



HAL
open science

Les Niveaux d'Évolution Motrice chez l'enfant cérébrolésé : un chemin à gravir : psychomotricité et kinésithérapie entre complémentarité et spécificité

Virginie Chatel

► **To cite this version:**

Virginie Chatel. Les Niveaux d'Évolution Motrice chez l'enfant cérébrolésé : un chemin à gravir : psychomotricité et kinésithérapie entre complémentarité et spécificité. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01358386

HAL Id: dumas-01358386

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01358386v1>

Submitted on 31 Aug 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris cedex 14



Les Niveaux d'Evolution Motrice chez l'enfant cérébrolésé :



Mémoire présenté par Virginie CHATEL
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Référent de mémoire : Christophe AROULANDA

Session juin 2016

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie mes différentes maitres de stage de cette année : Meryl Coudray, Ludivine Gérard, Hélène Renard et Manon Vernay qui ont toutes, à leur manière, participé à faire évoluer mes réflexions autour de ce mémoire. Merci pour ces échanges, votre écoute et toute l'expérience que vous avez su partager.

Je souhaite remercier mon maitre de mémoire, Christophe Aroulanda, pour ses conseils et ses remarques avisées.

Je remercie également les kinésithérapeutes Frédérique et Léa, qui ont accepté que j'observe leur pratique, et se sont montrées disponibles pour répondre à mes questions.

Je remercie tous les patients, les psychomotriciens et les professionnels que j'ai rencontrés durant ces trois années. A leurs contacts j'ai beaucoup appris, ils m'ont poussé à être curieuse et inventive, grâce à eux, j'ai pu enrichir ma pratique.

Merci à tous les psychopotes avec qui j'ai passé trois années intenses.

Enfin un grand merci à ma famille et mes amis pour leur soutien inconditionnel et leur présence, à ma mère pour ses relectures attentives, à Marc pour sa confiance et son réconfort tout au long de ces années d'étude.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
I. L'ENFANT CEREBROLESE : UN DEVELOPPEMENT SINGULIER.....	8
1) L'ENFANT PARALYSE CEREBRAL.....	8
A. <i>Description du trouble</i>	8
a. Définition	8
b. Etiologie.....	9
c. Les différentes formes cliniques	11
d. Les troubles associés.....	13
e. Education thérapeutique.....	15
B. <i>Présentation de Tom</i>	16
a. Anamnèse.....	16
b. Bilan psychomoteur.....	17
2) LESIONS CEREBRALES ACQUISES CHEZ L'ENFANT	21
A. <i>Description du trouble</i>	21
a. Définition	21
b. Etiologie.....	21
c. Le cas de la drépanocytose	23
d. Les différents troubles.....	24
e. Rééducation suite à un AVC chez l'enfant.....	25
B. <i>Présentation de Julian</i>	27
a. Anamnèse	27
b. Bilan psychomoteur.....	28
3) DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT.....	31

A. <i>Les étapes du développement de l'enfant</i>	31
a. Tonus et posture.....	32
b. Les étapes du développement psychomoteur.....	34
B. <i>Les Niveaux d'Evolution Motrice</i>	36

II. ENTRE PSYCHOMOTRICITE ET KINESITHERAPIE : LA PRISE EN CHARGE DES NIVEAUX D'EVOLUTION MOTRICE CHEZ L'ENFANT CEREBROLESE38

1) PRESENTATION DU CENTRE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION POUR ENFANTS	38
2) RENCONTRE AVEC LA KINESITHERAPIE.....	39
A. <i>Les différents outils</i>	40
a. Le concept Bobath et la méthode Medek.....	40
b. L'éducation thérapeutique de Le Métayer	42
B. <i>Le bilan</i>	45
C. <i>Les axes thérapeutiques</i>	47
D. <i>Description de séances</i>	49
2) SUIVI EN PSYCHOMOTRICITE.....	54
A. <i>Les différents outils</i>	54
a. Le jeu.....	54
b. Les médiations.....	57
B. <i>Le bilan</i>	58
C. <i>Les axes thérapeutiques</i>	59
D. <i>Description de séances</i>	61

**III. ENTRE COMPLEMENTARITE ET SPECIFICITE : LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE
DANS LE TRAVAIL DES N.E.M. CHEZ L'ENFANT CEREBROLESE.....65**

1) COMPARAISON DES DEUX TYPES DE PRISE EN CHARGE..... 65

2) LA PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN DANS UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE 67

3) LA PRATIQUE PSYCHOMOTRICE DANS LA PRISE EN CHARGE DES N.E.M. 68

A. Le cadre..... 68

B. L'importance du dialogue tonique..... 69

C. La régulation tonique..... 73

D. La place de sujet..... 75

E. L'image du corps..... 77

F. L'espace..... 80

CONCLUSION 83

BIBLIOGRAPHIE..... 85

INTRODUCTION

Au cours de cette année scolaire, je me suis beaucoup questionnée sur la psychomotricité et les différentes connaissances que l'on avait acquises durant ces deux précédentes années. Les stages ont été, à ce propos, des expériences riches d'enseignement pour mettre en pratique toute la théorie psychomotrice que l'on avait pu voir.

Ainsi lorsque j'ai débuté mon stage dans le centre de rééducation et de réadaptation pour enfant de nombreux questionnements ont surgi. Mes premières rencontres avec des enfants cérébrolésés m'ont amenée à me remettre en question. La pratique était bien différente du bagage théorique avec lequel j'étais arrivé, ce qui était au demeurant, très intéressant. Le travail de la psychomotricienne autour des Niveaux d'Evolution Motrice (N.E.M.) a particulièrement suscité mon intérêt. Ce travail corporel demandait une technique que nous avons pu aborder en TD autour du développement psychomoteur de l'enfant, mais il n'en demeurait pas moins très différent. Les particularités motrices propres aux enfants cérébrolésés (spasticité, hyperextension, dystonie...) demandaient une technique particulière et un séquençage de chaque mouvement pour guider de manière adaptée. Le travail autour du mouvement, de la relation et de l'adaptation entre le psychomotricien et l'enfant a enrichi mes réflexions autour de ce sujet. De plus, j'ai toujours été fascinée de voir dans mon entourage ou en crèche comment chaque enfant évolue, s'adapte à son environnement pour entrer en relation à sa manière. Le handicap entrave cette exploration mais il est impressionnant de voir les ressources que déploient certains enfants pour y arriver. Le plaisir qu'ont les enfants à être en mouvement, que ce soit vers eux-mêmes, vers les autres ou dans leur environnement, est essentiel.

C'est ainsi qu'a émergé l'idée d'un mémoire autour de ce sujet. Suite à ces premières séances denses et riches, je me suis alors posée cette question : quelle est la place, la spécificité, de la psychomotricité dans le travail autour des N.E.M. pour des enfants cérébrolésés ? Ces techniques, qui sont le plus souvent l'apanage des kinésithérapeutes, trouvent pourtant une vraie résonance dans la psychomotricité. D'autres questionnements viennent alors nourrir cette réflexion : quelles sont les spécificités et les complémentarités dans le travail des N.E.M. entre le psychomotricien et le

kinésithérapeute ? Comment le travail des N.E.M. étaye le développement psychomoteur de l'enfant et sa construction en tant que sujet ?

Pour étayer ce propos, j'aborderai dans une première partie les différents types de lésions que nous pouvons rencontrer chez des enfants cérébrolésés et leurs répercussions sur le développement psychomoteur. Il s'agira ensuite de détailler la prise en charge en kinésithérapie et en psychomotricité et notamment en ce qui concerne les N.E.M. afin de mettre en avant les spécificités et la complémentarité de chacun. Dans une dernière partie j'approfondirai l'intérêt de travailler les N.E.M en psychomotricité, la manière dont on peut se saisir de ce travail pour soutenir le développement psychomoteur.

I. L'enfant cérébrolésé : un développement singulier

Lors de mes premières rencontres avec les enfants cérébrolésés, plusieurs réflexions se sont imposées à moi. Premièrement, je savais peu de choses sur cette pathologie et les troubles qui s'y associent. Dans un second temps, je me posais la question de la répercussion de ces troubles sur le développement psychomoteur de l'enfant. Ces lésions cérébrales, sur un cerveau en plein développement, ont des répercussions très importantes sur les fonctions motrices cognitives ou sensorielles. Ma réflexion s'est tournée vers deux enfants que je voyais en séance, Tom qui était atteint d'infirmité motrice cérébrale et Julian qui avait eu un double AVC ayant entraîné des lésions cérébrales importantes. C'est ainsi que je décrirai, dans un premier temps, les différents troubles et les termes s'y associant pour ensuite, riche de ces définitions, pouvoir présenter les enfants.

1) L'enfant paralysé cérébral

A. Description du trouble

Le terme d'Infirmite Motrice Cérébrale a été utilisé pour la première fois dans les années 50 par Guy Tardieu. Ce dernier proposa ce terme pour désigner, au sein même des Cerebral Palsy (terme anglosaxon désignant des troubles issus de lésions cérébrales survenues avant, pendant ou après la naissance), les enfants ayant un trouble moteur d'origine cérébrale et un quotient intellectuel supérieur à 70. Cette définition a amené à distinguer l'enfant IMC, pour lequel la déficience intellectuelle n'est pas présente, et l'enfant IMOC, pour lequel la déficience intellectuelle est associée au trouble moteur.

a. Définition

«L'infirmité motrice d'origine cérébrale n'est pas une maladie mais un syndrome qui associe trouble de la posture et trouble du mouvement. C'est le résultat d'une lésion cérébrale non progressive et définitive survenue sur un cerveau en voie de développement»¹. Cette définition, relativement générale, regroupe les différents degrés

¹ AMIEL-TISON C., 2004, p. 88.

du syndrome. C'est cette définition, plus large et universelle, qui définit le mieux les paralysies cérébrales, que nous retiendrons. Cette dernière se rapproche plus du terme anglosaxon «cerebral palsy», et regroupe sous un même terme les Infirmités Motrices Cérébrales et l'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale.

Quelques précisions sont à apporter à cette définition. Le terme de cerveau en voie de développement est à associer aux premières années de la vie qui englobent la vie fœtale, la période néonatale jusqu'aux 2 à 3 ans de l'enfant. Ces premières années sont des périodes charnières dans le développement du système nerveux central (SNC) de l'enfant. Le SNC continue sa maturation et se développe rapidement, une lésion durant cette période déstructure totalement l'organisation des systèmes neuro-fonctionnels. Dans cette définition, l'accent est mis sur le trouble moteur ; il est cependant très rarement isolé et il s'accompagnera souvent de déficits sensitif, sensoriel, cognitif ou de trouble du comportement. Le caractère non progressif et définitif de la lésion est discuté ainsi «si la lésion cérébrale elle-même est cicatricielle et définitive, les conséquences du trouble de la commande motrice vont s'aggraver inexorablement, en particulier dans le domaine orthopédique.»².

Comme pour de nombreux syndromes, les définitions sont souvent discutées. Celle-ci m'apparaît comme la plus universelle, même si on peut lui reprocher de regrouper sous un même terme une expression des troubles hétérogènes.

b. Etiologie

Les causes de paralysies cérébrales sont nombreuses et variables. Elles peuvent survenir durant la période anténatale (avant la naissance), périnatale (autour de l'accouchement), ou bien néonatale (après la naissance jusqu'à environ 2 ans). Les événements survenant, durant ces périodes, peuvent être de natures différentes.

Les causes survenant lors de la période anténatale ou néonatale sont souvent des accidents hypoxiques-ischémiques. Ces accidents induisent une insuffisance d'alimentation en oxygène du tissu cérébral et/ou une diminution ou un arrêt de la circulation sanguine et donc de l'apport sanguin au niveau du cerveau.

² *Ibid*

Les étiologies de la paralysie cérébrale sont nombreuses et seront détaillées succinctement, «50% des étiologies concernent une agression fœtale ou du nouveau-né lors de l'accouchement»³. Lors de ces périodes, ce sont principalement une détresse respiratoire, une infection materno-foetale, une insuffisance placentaire ou encore une lésion d'un territoire artériel qui entraînent des accidents hypoxiques ischémiques. Ces accidents peuvent entraîner des leucomalacies périventriculaires (LPV) avec ou sans hémorragie intraventriculaire. Les LPV sont des lésions ischémiques de la substance blanche adjacente aux angles externes des ventricules latéraux. Ces lésions touchent les fibres motrices descendantes du cortex et les fibres d'association des fonctions visuelles, auditives et somesthésiques expliquant les séquelles neurologiques⁴. Des malformations cérébrales et des infections du fœtus peuvent aussi être une cause de paralysies cérébrales au cours de la période anténatale.

Durant la période périnatale, la prématurité et les risques de détresse respiratoire peuvent aussi occasionner des leucomalacies périventriculaires. Les différents systèmes neuro-fonctionnels du nouveau-né étant encore en formation, il est difficile de prédire les conséquences de la prématurité. Au cours de l'accouchement, une lésion cérébrale peut aussi être provoquée par un traumatisme obstétrical (accouchement difficile) ou une hypoxie.

On retrouve dans les causes postnatales divers accidents qui surviennent avant 3 ans, tel que des infections (méningites, encéphalopathies...), un état de mal convulsif hyperthermique, la noyade, des traumatismes crâniens, des AVC...

Dans certains cas, les causes peuvent être évidentes et une prise en charge peut se mettre très rapidement en place ; c'est le cas de la prématurité, avec des complications ou des accidents asphyxiques ou ischémiques pour lesquels, les techniques d'imagerie renseigneront rapidement sur l'étendue de la lésion.

En psychomotricité, ce sont principalement les descriptions des formes cliniques et la manière dont elles vont se manifester chez l'enfant et dans son environnement, qui vont orienter l'accompagnement.

³ COLOMBIE B., 1999, p. 134

⁴ MURGO S., AVNI E.F., DAVID P., MULLER M.F., GOLZARIAN J., BALERIAUX D., STRUYVEN J., 1999, p. 715

c. Les différentes formes cliniques

Le tableau clinique décrivant les différentes formes de paralysies cérébrales est particulièrement varié. Il va dépendre de l'étiologie, de la localisation et de l'étendue des lésions.

Le trouble moteur est ce qui va prédominer en premier lieu. Il associe des difficultés pour commander, contrôler, et organiser le mouvement. A cela s'ajoutent une faiblesse musculaire et une raideur qui entravent le mouvement. Cependant, d'autres fonctions peuvent être atteintes, on parlera alors de troubles associés que nous décrirons par la suite.

Les classifications existantes des paralysies cérébrales sont nombreuses. Les deux principales seront décrites, en fonction de la topographie des membres, dont la fonction motrice est touchée, ou en fonction des symptômes neurologiques qui prédominent.

Classification en fonction de la topographie

- ❖ Hémiplégie : cette atteinte concerne les membres supérieurs et inférieurs homolatéraux et peut être plus marquée sur le membre supérieur.
- ❖ Diplégie : les quatre membres sont atteints mais l'atteinte prédomine nettement au niveau du membre inférieur.
- ❖ Quadriplégie : les quatre membres sont atteints de manière équivalente mais un déficit fonctionnel prédomine sur le membre inférieur. Elle se caractérisera par une insuffisance posturale et un contrôle de la tête difficile.
- ❖ Hémiplégie double : comme précédemment les quatre membres sont atteints mais le déficit fonctionnel est surtout présent sur le membre supérieur.
- ❖ Monoplégie : l'atteinte touche principalement le membre supérieur, très proche d'une hémiplégie mais avec un membre inférieur presque pas atteint.
- ❖ Triplégie : est une atteinte des deux membres inférieurs et d'un membre supérieur.

Classification en fonction de la symptomatologie

- ❖ Forme spastique : elle se caractérise par la présence des signes pyramidaux, la motricité volontaire est entravée. On retrouvera de la spasticité qui se caractérise par une hypertonie de repos, des anomalies de l'étirement rapide, des réflexes ostéotendineux exagérés, avec peu ou pas de mouvement volontaire. Cette spasticité parasite l'organisation et le déroulement du mouvement. Elle va également inhiber la croissance musculaire et créer des tensions au niveau articulaire et ligamentaire ce qui peut provoquer des déformations osseuses. En général la spasticité prédomine au niveau des muscles fléchisseurs pour les membres supérieurs et au niveau des muscles extenseurs pour les membres inférieurs.
- ❖ Forme dyskinétique : sous cette forme, on retrouve plutôt une rigidité de type extrapyramidale diffuse, elle ne se modifie pas lors de mouvements lents et répétés de flexion et d'extension des membres (tuyau de plomb). Cette résistance est fluctuante et elle s'accompagne de mouvements involontaires et incoordonnés. La forme dyskinétique peut également regrouper des mouvements brusques et involontaires de type chorée et des mouvements lents et involontaires de type athétose. La dyskinésie peut aussi être qualifiée de dystonie, dans ce cas elle se caractérise par une contraction musculaire soutenue fixant les membres dans des postures anormales.
- ❖ Formes ataxiques : les formes pures sont rares, elles se caractérisent par des difficultés de coordinations volontaires, un élargissement du polygone de sustentation, des titubations, un équilibre précaire...
- ❖ Formes mixtes : les formes pures sont finalement les moins présentes et on retrouvera souvent plusieurs signes des différentes formes.

Ce tableau de Claudine Amiel Tison résume bien la variété des troubles que l'on peut retrouver dans la paralysie cérébrale.

**Variétés selon la nature du trouble moteur et implications sur la recherche
étiologique**

Variété	Physiopathologie	Orientation étiologique	Déficits associés
<i>Formes spastiques</i> Hémiplégie	Pyramidal prédominant Infarctissement d'un territoire artériel	Prénatal, nouveau-né à terme	Déficience visuelle, sensitive, épilepsie
Diplégie	Leucomalacies périventriculaires (LPV)	Postnatal, nouveau-né, prématuré	Strabisme
Quadriplégie	LPV étendues et/ou lésions corticales	Hypoxie-ischémie périnatale, infection périnatale	Déficience mentale Epilepsie
<i>Formes dyskinétiques</i>	Extrapyramidal prédominant noyaux gris centraux	Hypoxie-ischémie périnatale, pathologie génétique	Déficience auditive, troubles du langage
<i>Formes ataxiques</i>	Lésions cervelet	Rarement hypoxique-ischémique, plus souvent génétique	

d. Les troubles associés

Précédemment nous avons décrit la diversité des atteintes qui font partie des paralysies cérébrales, mais au-delà du trouble moteur, d'autres troubles peuvent s'associer. Ces troubles associés peuvent particulièrement compliquer l'exploration de l'environnement et l'appropriation des connaissances. Ils peuvent autant amplifier les difficultés chez un enfant cérébro-lésé ayant un trouble moteur important, que compliquer le quotidien d'enfant ayant un trouble moteur léger.

❖ Troubles organiques :

Les troubles alimentaires : ils peuvent être liés à la lenteur, la dépendance fonctionnelle ou des troubles de la mastication. Des risques de fausses routes peuvent aussi être présents.

Troubles sphinctériens : une incontinence, des fuites où une rétention urinaire peuvent fortement perturber la vie quotidienne de l'enfant

❖ Troubles sensoriels :

Les atteintes sensorielles sont très fréquentes ; elles touchent principalement la vision, l'audition et peuvent aussi impliquer la sensibilité profonde.

Troubles auditifs : ils sont principalement dus à des lésions des centres auditifs primaires ou de la cochlée et ils peuvent aller de la surdité à l'hypoacousie. Il faut être attentif jusqu'au trois ans de l'enfant car une surdité de transmission peut apparaître à tout moment des suites d'une pathologie de l'oreille moyenne, très fréquente chez les anciens prématurés.

Troubles de la vision : des troubles du regard vont compliquer la mise en place des coordinations oculo-manuelles. Des troubles de la fixation, de l'exploration et de la poursuite oculaire vont perturber les apprentissages. On peut aussi retrouver un nystagmus ou un strabisme.

❖ Troubles instrumentaux :

Les fonctions instrumentales donnent les moyens d'explorer son environnement. On retrouvera des troubles praxiques, de l'organisation spatiale, des capacités visuo-spatiales, des gnosies, des coordinations.... Ces difficultés entravent la découverte du milieu et peuvent être majorées par les mouvements parasites.

❖ Epilepsie :

Le risque de développer une épilepsie est fréquent chez l'enfant paralysé cérébral avec une incidence de 30 à 80% selon la forme clinique⁵. Les épilepsies sont dues au

⁵ AMIEL-TISON C., 2004, p. 179

dysfonctionnement du système nerveux central ; chez l'enfant paralysé cérébral elles sont liées aux lésions cérébrales qui troublent l'excitation neuronale.

❖ Troubles du langage :

Ils peuvent aussi bien toucher le langage écrit ou oral et ils sont principalement dus à une atteinte auditive ou un trouble moteur de la sphère bucco-faciale, ce qui perturbe l'articulation et la parole.

Déficiences intellectuelles :

Dans le cadre de la paralysie cérébrale recoupant IMC et IMOC, on retrouvera une grande variabilité concernant les compétences cognitives des enfants.

❖ Troubles liés à un dysfonctionnement frontal :

On retrouvera des perturbations liées au cortex frontal, des troubles de l'attention, de la mémoire de travail, de l'initiation du geste... Des persévérations sous différentes formes peuvent être présentes, ainsi que des manipulations incessantes de tout matériel situé dans l'espace de préhension.

e. Éducation thérapeutique

Sous le terme d'éducation thérapeutique, M. Le Métayer désigne les techniques spécifiques qui, en utilisant de la manière la plus adaptée les potentialités cérébro-motrices des enfants infirmes moteurs cérébraux (nommés paralysés cérébraux à présent) permettent de développer au maximum leur motricité fonctionnelle. L'efficacité et la prise en charge sont encore difficiles à évaluer, néanmoins si l'on établit une méthodologie d'examen et d'évaluations objectives, on peut mesurer l'effet de la prise en charge sur les possibilités fonctionnelles de l'enfant.

Ces techniques ont aussi pour objectif de permettre à l'enfant d'organiser les référentiels perceptifs, praxiques et motricité. Cette organisation vise à permettre à l'enfant d'adapter et d'ajuster son geste malgré les troubles qui entravent son mouvement.

Dans cette perspective l'approche psychomotrice, dans ce type de centre, est une approche majoritairement rééducative. Les prises en charge s'axent sur le soutien et/ou la mise en mouvement des processus de structuration psychomotrice. Le projet thérapeutique va s'établir suite aux résultats du bilan. L'accompagnement en psychomotricité vise une meilleure adaptation dans la vie quotidienne, et s'inscrit dans une prise en charge globale du patient.

A présent, je vais vous présenter Tom. C'est un petit garçon très attachant que j'ai rencontré lors de mon stage en centre de rééducation et de réadaptation. Cette première rencontre m'a particulièrement questionnée sur ma place et l'accompagnement d'un enfant avec une paralysie cérébrale.

B. Présentation de Tom

a. Anamnèse

Tom est un petit garçon né le 01 février 2010 par le siège à 38 semaines d'aménorrhée, il pesait 3030g et mesurait 50 cm. Son périmètre crânien était de 34 cm et il avait un score d'Apgar de 10/10. L'Apgar étant une note globale que l'on attribue au nouveau-né en fonction de cinq éléments spécifiques : la respiration, le rythme cardiaque, le tonus, la couleur de la peau et la réactivité aux stimulations. Cette évaluation est réalisée 60s après la naissance puis 5 min après, des scores faibles peuvent être prédictifs d'un trouble. Dans le cas de Tom le score d'Apgar n'était pas du tout prédictif d'un quelconque trouble. On peut ainsi se poser la question de l'annonce ; du moment où le diagnostic de paralysie cérébrale a été posé et de l'annonce aux parents. Tom a un frère jumeau qui ne semble pas avoir de trouble ; la question de cette gémellité, de l'image que lui renvoie son frère et du décalage qui existe entre les deux frères, doit surement impacter sur la construction personnelle de Tom. Tom a également un grand frère de 16 ans et une grande sœur de 13 ans, il vit au domicile parental. Le père de Tom est médecin et sa mère est sans emploi. Au sein du centre de médecine physique et de réadaptation pour enfant (CMPRE) où j'effectue mon stage les rencontres avec les parents se font essentiellement par l'intermédiaire du médecin référent.

Prise en charge

Tom a été admis au CMPRE dans le cadre d'une rééducation post toxine. Tom est atteint d'une paralysie cérébrale infantile du type quadriplégie spastique, des troubles sont associés comme je le décrirai dans le bilan. L'atteinte prédomine sur les membres inférieurs avec une spasticité importante au niveau des adducteurs, du triceps sural et du droit antérieur. Les injections de toxine botulique sont fréquentes dans ce type de pathologie afin de redonner de la souplesse aux muscles. En rééducation suite à l'injection on profite de l'amplitude récupérée pour travailler les déplacements, les postures, l'extensibilité du muscle...

Tom vient au CMPRE deux jours dans la semaine, le jeudi et le vendredi et il est scolarisé à temps partiel en maternelle. Au sein du centre, il bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire, il est suivi en ergothérapie, psychomotricité et kinésithérapie. En général il a deux séances de psychomotricité au CMPRE et une séance en libérale, deux séances de kinésithérapie par semaine et deux séances d'ergothérapie. Malgré un emploi du temps bien rempli, Tom vient avec enthousiasme et énergie aux séances.

b. Bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur de Tom a été réalisé, avant son entrée au CMPRE, par la psychomotricienne le suivant en libérale. Ce bilan a été réalisé en 2014, il représentera la trame de base sur laquelle j'ajouterai mes observations. Le développement de l'enfant est en perpétuelle évolution et des informations plus actuelles viendront le compléter. Il est cependant important de noter que les séances auxquelles je participe avec Tom sont sur un versant essentiellement moteur, le graphisme et la motricité fine sont des items sur lesquels j'ai réalisé peu d'observations.

Tom est un petit garçon très volontaire, souriant et bavard, il est toujours très motivé pour les séances de psychomotricité. Il apprécie de pouvoir se déplacer librement au tapis en dehors de son fauteuil.

Motricité globale / tonus

Tom a réalisé un long travail pour pouvoir s'asseoir dans une position qui lui est confortable. Actuellement il peut se mettre seul dans la position assise du "lapin" (à genoux), se mettre dans cette position lui demande cependant beaucoup d'énergie car sa

spasticité et ses dystonies gênent ses mouvements. Lorsque ses émotions prennent le dessus on peut l'étayer verbalement ou le guider dans la position pour qu'il puisse se recentrer sur lui et limiter ses mouvements parasites. Son tonus axial est suffisant pour qu'il se maintienne seul dans cette position. Cependant il peut facilement se déséquilibrer et chuter dès qu'il doit mobiliser son tronc ou ses bras. Les ceintures scapulaire et pelvienne ne sont pas dissociées, il est important de travailler sur les rotations du tronc et la dissociation de ces ceintures pour lui permettre d'étendre son exploration de l'environnement et de maintenir plus longtemps cette position.

Lorsque Tom est guidé dans le mouvement il peut passer de la position de la petite sirène à celle du tailleur. Une fois dans la position il peut garder la position mais il est beaucoup moins à l'aise pour manipuler et explorer que lorsqu'il est à genou.

Tom maintient correctement sa tête et son tronc en position assise ce qui lui permet de dégager sa ceinture scapulaire et d'utiliser ses membres supérieurs dans une amplitude correcte.

Une hypertonie est présente au niveau des membres supérieurs mais elle n'entrave pas trop les coordinations ni la coordination bi-manuelle. Cette hypertonie gêne principalement la mobilité des membres inférieurs avec une importante diffusion tonique quand les membres supérieurs sont sollicités.

Tom se déplace de manière autonome sur le tapis en décubitus ventral et en retournement, il peut utiliser occasionnellement une forme de quatre pattes. Les déplacements manquent de coordination entre les membres supérieurs et inférieurs mais ils entraînent un réel plaisir sensori-moteur. Se déplacer lui demande énormément d'énergie ce qui peut être particulièrement fatiguant.

Dans la position verticale les coordinations des membres inférieurs ne sont pas très efficaces, Tom alterne difficilement les membres inférieurs.

Tom oriente correctement son corps dans l'espace pour atteindre des objets, mais il peut être mis en difficulté par ses dystonies pour se mettre dans une position adaptée par rapport à l'objet.

Schéma corporel :

Pour son niveau d'âge (6 ans) la connaissance des parties du corps est bonne. Les différentes parties du corps sont désignées avec succès.

L'imitation des gestes de Bergès, consistant à imiter des gestes des membres supérieurs, était réussie pour les gestes simples et ébauchée pour les gestes complexes des doigts. Le dessin du bonhomme n'est pas encore identifiable.

Le schéma corporel est en cours d'intégration et nécessite d'être affiné en multipliant les propositions de situations motrices et sensorimotrices.

Coordinations :

Les gestes au niveau des membres supérieurs manquent encore de précision et demandent beaucoup de concentration mais ils sont d'amplitude tout à fait correcte.

La coordination bi-manuelle, quant à elle, demande un effort d'ajustement tonique, mais elle s'avère spontanée et très efficace.

Comme décrit plus haut, les coordinations contralatérales nécessaires aux quatre pattes ou au ramper ne sont pas acquises et demandent d'être travaillées.

Latéralité :

Au niveau du membre supérieur Tom alterne la main droite et gauche dans les manipulations manuelles comme le puzzle ou les encastremements, mais il utilise de façon stable la main droite en graphisme et pour les exercices de motricité fine. Il semble aussi à l'aise à gauche qu'à droite si on inhibe une main.

Graphisme :

Tom tient son crayon avec une prise tri-digitale. Au niveau postural Tom s'oriente vers la feuille avec une bonne coordination oculo-manuelle et un plaisir réel dans la trace.

Organisation pratique et perceptivo-motrice :

La discrimination spatiale et visuelle est compliquée pour Tom, il a peu de stratégies d'exploration visuelle. Il reconnaît cependant parfaitement les couleurs et oriente son geste vers les bonnes pièces de couleurs même si la pièce est petite.

La difficulté principale mise en avant est l'organisation perceptive et non la coordination oculomotrice. On peut également noter une tendance à la persévération sur une activité ou une consigne. La construction d'une tour de cubes est possible avec aide. Tom peut visser et dévisser mais il a besoin d'être éayé dans son mouvement.

Motricité fine :

La motricité fine est compliquée mais étonnamment efficace. Il n'hésite pas à mettre en œuvre sa coordination bi-manuelle pour réussir une activité.

Tom n'a pas de difficultés langagière il s'exprime correctement et comprend ce qu'on lui dit. Concernant son comportement Tom est un petit garçon très attachant qui sait jouer de ses qualités pour essayer d'amadouer les professionnels. Les domaines dans lesquels Tom est le plus en difficultés concernant sa motricité fine et globale, son tonus, et l'organisation spatiale. La prise en charge tient également compte de sa scolarisation, en essayant de soutenir ses apprentissages scolaires.

Axes thérapeutiques :

Suite à ce bilan des axes thérapeutiques, que nous détaillerons par la suite, ont été mis en avant, ils concernent :

- ✓ l'éducation motrice et gestuelle,
- ✓ le contrôle tonique, trouver des moyens de régulation tonique,
- ✓ les coordinations manuelles et bi-manuelles (principalement au niveau de l'espace antérieur),
- ✓ un travail autour de la gestion de l'espace, son exploration, tout en proposant un travail perceptif dans lequel l'orientation et la topographie seront mis en avant,
- ✓ une autonomie à la station assise que l'on favorisera, en permettant à Tom d'explorer l'environnement dans cette posture.

Ces axes seront travaillés par l'intermédiaire des niveaux d'évolution motrice sur tapis, et par des activités de manipulations et de coordinations diverses, telles que la pâte à modeler. Tom est un petit garçon plein de ressources et les séances auxquelles je participe avec lui sont les séances qui se déroulent au tapis, comme nous le verrons par la suite. Je vais à présent évoquer les lésions cérébrales acquises ; ces lésions peuvent apparaître chez des enfants après 3 ans et engendrer des répercussions proches de celles que l'on retrouve chez les enfants atteints de paralysie cérébrale.

2) Lésions cérébrales acquises chez l'enfant

Ces lésions apparaissent chez l'enfant qui a déjà emmagasiné des expériences motrices et cognitives. Suite à la lésion et en fonction des zones atteintes, les séquelles peuvent impacter sur les acquis et le développement futur de l'enfant.

A. *Description du trouble*

a. Définition

Les lésions cérébrales acquises désignent tout dommage ou lésion survenant sur le cerveau après la naissance. On précisera après trois ans pour distinguer de la paralysie cérébrale. Ces lésions peuvent apparaître chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte mais elles auront des répercussions différentes. Contrairement à l'adulte, le cerveau de l'enfant est encore en perpétuel développement. Après trois ans certaines fonctions sont matures, d'autres en cours de maturation et d'autres encore immatures, ces dernières sont de ce fait encore plus vulnérable. Les atteintes seront alors d'une grande diversité tant par leur intensité que par la forme des symptômes et de leur association. Les troubles peuvent toucher les fonctions motrices, cognitives et sensorielles.

b. Etiologie

Les lésions cérébrales acquises de l'enfant peuvent survenir suite à différents événements. On retrouvera de manière fréquente :

- ❖ Des traumatismes crâniens, qui vont apparaître suite à un choc violent subit par le crâne et qui ébranle le cerveau.
- ❖ Des tumeurs cérébrales, elles vont se développer de manière progressive.
- ❖ Des accidents vasculaires cérébraux que nous détaillerons par la suite.
- ❖ Des encéphalites, méningo-encéphalites, inflammation de l'encéphale et/ou des méninges.
- ❖ Une anoxie cérébrale
- ❖ Et d'autres pathologies rares

Dans mon stage j'ai rencontré un enfant, Julian, ayant eu plusieurs accidents vasculaires cérébraux, je souhaite donc détailler un peu plus cette lésion.

Accident Vasculaire Cérébrale (AVC) :

« Le terme d'accident vasculaire cérébrale ou ictus désigne toute pathologie vasculaire sans préjuger du mécanisme en cause (hémorragique ou ischémique, embolique ou thrombotique).»⁶, dans notre cas nous distinguerons les accidents ischémiques et les accidents hémorragiques.

- L'accident vasculaire hémorragique, en générale des signes peuvent précéder ce type d'infarctus, on peut retrouver des céphalées ou des troubles de la conscience. Ce type d'AVC se définit par une irruption de sang dans le parenchyme, les causes principales sont l'hypertension artérielle ou une malformation artério-veineuse.

- L'accident ischémique est la conséquence de l'arrêt de la circulation sanguine artérielle entraînant une souffrance du parenchyme cérébrale rapidement irréversible. On distingue deux mécanismes :
 - ❖ Une thrombose : l'occlusion se fait en un point, c'est le cas de l'athérosclérose ou les plaques d'athérome finissent par réduire le diamètre de l'artère jusqu'à entrainer une occlusion par un thrombus (une forme de caillot) et l'arrêt de la circulation sanguine.
 - ❖ Une embolie : un thrombus se détache dans la circulation sanguine et va bloquer une artère.

Les causes de l'accident ischémique peuvent avoir plusieurs sources :

- l'arthérosclérose qui «se caractérise par un dépôt, sur la paroi des artères, de matières grasses qui s'organise en plaques fibreuses obstruant peu à peu ces artères»⁷, cette dernière va être augmenté par des facteurs de risques vasculaires (hypertension artérielle, tabac, diabète, hypocholestérolémie...).

- Des pathologies cardiaques, pathologies valvulaires, des troubles du rythme auriculaire...

⁶ PERKIN G. D., 2002, p. 109

⁷ CARRIC J.C, SOUFIR B., p. 27

- Des pathologies vasculaires peuvent aussi entraîner des AVC ischémiques, tel que la drépanocytose qui multiplie le risque.

Julian est quant à lui atteint de drépanocytose il me semble alors intéressant de développer un peu plus cette pathologie.

c. Le cas de la drépanocytose

La drépanocytose est une maladie de l'hémoglobine qui se transmet sous le mode autosomique récessif. Cette mutation s'observe principalement chez les patients d'origine africaine (Afrique Noire) et des caraïbes⁸. Les molécules d'hémoglobine drépanocytaire vont sous leur forme désoxygénée polymériser et ainsi former des fibres qui déforment l'hématie, ce qui lui donne cette forme caractéristique de faucille, on nomme alors cette cellule le drépanocyte.

Cette polymérisation de l'hématie en drépanocyte va fragiliser et rigidifier la cellule, le drépanocyte perd alors ses propriétés de déformabilité et d'élasticité, caractéristique indispensable de l'hématie pour passer à l'intérieur des vaisseaux de l'organisme.

On pourra retrouver différents types de syndrome drépanocytaire en fonction du génotype. Un patient drépanocytaire homozygote ne produira que des drépanocytes, quand un patient hétérozygote avec un autre type d'hémoglobine pathologique pourra produire une petite quantité d'hémoglobine normale, ce qui limitera les complications.

L'atteinte vasculaire cérébrale est fréquente chez l'enfant drépanocytaire homozygote et peut générer un handicap sévère. En effet une étude de la coopérative study of sickle Cell Disease a permis d'évaluer le risque spontané d'AVC à 11% avant 20 ans chez les patients homozygotes, ces évènements surviennent majoritairement avant 10 ans avec un pic entre 2 et 5 ans⁹. Le risque est d'environ 300 fois supérieur à celui des enfants du même âge non drépanocytaire¹⁰. L'une des particularités de l'atteinte vasculaire cérébrale chez l'enfant drépanocytaire est sa progressivité. On remarquera des accidents aigus, comme les AVC ischémiques mais il existe aussi des infarctus dit «silencieux». Les manifestations cliniques ne sont pas évidentes et c'est infarctus

⁸ KOSSOROTT M., GREVENT D., DE MONTALEMBERT M., 2014, p. 405

⁹ OHENE-FREMPONG K., WEINER SJ., SLEEPER LA., et al., 1998, cerebrovascular accidents in sickle cell disease : rates and risk factors

¹⁰ KOSSOROTT M., GREVENT D., DE MONTALEMBERT M., 2014, p. 407

peuvent passer inaperçu. Ils vont principalement toucher la substance blanche et ils peuvent s'associer d'une dégradation cognitive. Les deux types d'accidents peuvent donc avoir des répercussions cognitives et motrices.

Il est également à noter que ces accidents apparaissent principalement durant l'enfance, à l'âge adulte ce sont les hémorragies intracrâniennes qui prédominent.

Actuellement il existe plusieurs mesures de prévention, on pourra parler de prévention primaire quand on va tenter d'éviter la survenue d'un premier AVC chez l'enfant drépanocytaire. Et de prévention secondaire lorsque l'on essayera d'empêcher la survenue d'un second AVC. En prévention primaire on va mesurer à l'aide d'un doppler transcrânien la vitesse des globules rouges dans les vaisseaux intracrâniens. Si celle-ci est supérieurs à 200cm/s on parlera de vitesse anormale et un programme transfusionnel mensuel sera mis en place, actuellement ses programmes sont indiqués à vie et vise à réduire le taux d'hémoglobine pathologique (HbS). En prévention secondaire l'échange transfusionnel sera réalisé en urgence avec l'objectif d'un taux d'hémoglobine pathologique inférieur à 30%. Des études autour de traitement médicamenteux moins contraignant pour le patient, en prévention secondaire sont en cours (hydroxyurée...), mais il semble que les taux de récurrence soient pour le moment importants¹¹.

d. Les différents troubles

Dans la description de ces troubles nous allons plus particulièrement décrire les troubles pouvant apparaître des suites d'un AVC ischémique. Les signes cliniques vont varier en fonction du territoire artériel touché.

Le territoire qui sera le plus fréquemment atteint est celui de **l'artère cérébrale moyenne ou sylvienne**. Les lésions peuvent ainsi entraîner :

- ❖ du côté opposé à l'atteinte artérielle : des troubles moteurs (hémiplégie), des troubles sensitifs, des troubles visuels comme une hémianopsie latérale homonyme (perte du champ visuel du côté opposé à la lésion).

¹¹ KOSSOROTT M., GREVENT D., DE MONTALEMBERT M., 2014, p. 409

- ❖ Du côté de l'hémisphère atteint : des troubles d'ordre neuropsychologique telle qu'une aphasie si la lésion est à gauche ou une négligence de l'espace gauche (Négligence Spatiale Unilatérale) si la lésion est à droite.

Lorsque l'atteinte touche les territoires de **l'artère cérébrale antérieure** on retrouvera :

- ❖ Une hémiplégie qui prédominera sur le membre inférieur du côté opposé à l'atteinte, alors que le membre supérieur et la face sont indemnes.
- ❖ Des troubles neuropsychologiques de différents ordres, syndrome frontal avec troubles du comportement, inhibition ou agitation, des persévérations...

Si l'accident se situe dans le territoire de **l'artère cérébrale postérieure** les troubles seront de nature différente :

- ❖ Des troubles visuels (hémianopsie latérale homonyme controlatérale)
- ❖ Les troubles neuropsychologiques varieront en fonction de l'hémisphère atteint, aphasie et trouble de la lecture (alexie) lors d'une atteinte à gauche et négligence de l'espace gauche en cas de lésion à droite.

Enfin un syndrome dit alterne caractérisera une atteinte des **territoires vertébro-basilaire, du tronc cérébrale et du cervelet** :

- ❖ Une hémiplégie du côté opposé à la lésion
- ❖ Des troubles sensitifs du côté opposé également
- ❖ Les nerfs crâniens seront atteints du côté de la lésion
- ❖ Et un syndrome cérébelleux pourra se manifester.

Ces différents troubles peuvent constituer un tableau complet ou incomplet, et s'ajouter lorsque différents accidents touchant différents territoires sont apparus. C'est justement le cas de Julian que nous allons présenter par la suite.

e. Rééducation suite à un AVC chez l'enfant

Je vais décrire brièvement la rééducation des AVC de l'enfant, afin de donner quelques points de comparaison entre les différentes approches de prise en charge pour des enfants cérébrolésés.

La rééducation post AVC doit se faire selon les recommandations de L'HAS (Haute Autorité de Santé), rapidement après l'accident. Chez l'enfant, dont le cerveau est en cours de maturation, les conséquences sont difficilement prédictibles. Certaines difficultés n'apparaîtront que plusieurs années plus tard, lorsque le cerveau aura terminé sa maturation et qu'il devra répondre à un environnement de plus en plus exigeant. C'est une des raisons pour lesquelles il n'existe pas de prise en charge standard de l'AVC chez l'enfant. On attachera une importance particulière à travailler sur les différentes séquelles (motrices, cognitives, psychologiques...) afin de permettre à l'enfant de développer ses propres capacités.

La rééducation des AVC, qu'elle soit chez l'adulte ou chez l'enfant, repose sur les phénomènes de neuro-plasticité. Cette neuro-plasticité ou plasticité cérébrale est définie comme «l'ensemble des processus de réorganisation des réseaux neuronaux, de modification dans la somatotopie des cortex sensori-moteurs et de réorganisation du métabolisme cérébral.»¹².

En rééducation fonctionnelle, on tiendra également compte de l'effecteur musculo-squelettique et on pourra également utiliser le terme de plasticité de la fonction motrice. Lors de la rééducation on pourra se soutenir de ces différentes plasticités. Il ne faut cependant pas négliger l'impact des facteurs affectifs et environnementaux qui peuvent, par les sollicitations, les apprentissages, les expériences propre de l'individu, améliorer grandement la récupération. La récupération maximum des différentes fonctions est un objectif en rééducation post AVC. Dans le cadre de la récupération fonctionnelle, on détermine à entre 3 et 6 mois le délai moyen de récupération¹³, même si ce délai est très variable en fonction de l'enfant. On va s'appuyer sur l'intégration des schèmes moteurs avant l'accident pour travailler la marche, le ramper, les postures.... La prise en charge sera pluridisciplinaire en fonction des atteintes (orthophonie, kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie...).

Autour de cette récupération, de réelles questions sont soulevées. L'enfant a, de manière générale, conscience de ses difficultés et se rend bien compte qu'il n'est plus le même. Dans cette perspective, certains enfants pourront récupérer leurs capacités cognitives et physiques mais garderont des séquelles de l'accident. Pour d'autres, ils ne

¹² DIDIER J.P., 2010, p. 15

¹³ HAS, 2007

retrouveront jamais leur aisance passée, l'accompagnement global de l'individu est alors déterminante pour sa construction.

Je vais maintenant vous présenter Julian que j'ai rencontré lors de mon stage au centre de médecine physique et de réadaptation pour enfant.

B. Présentation de Julian

a. Anamnèse

Julian est un garçon né le 3 avril 2008 à Goussainville, son père travaille comme artisan et sa mère comme comptable. Il vit au domicile familial avec ses parents et son frère de 3 ans. Il est scolarisé en CP au sein de l'institution.

Julian est né à 35 semaines d'aménorrhée, un accouchement par césarienne a été pratiqué du fait d'une bradycardie. A la naissance Julian pesait 2165 g et mesurait 35 cm pour un périmètre crânien de 41 cm. Au niveau de l'apgar il était de 7 à la naissance puis de 9.

Julian est un enfant atteint de drépanocytose, ces hématies sont en forme de faucilles et le risque d'AVC est accru dans ce type de maladie.

Julian est entré le 14 octobre 2015 au CMPRE pour une prise en charge pluridisciplinaire de rééducation/réadaptation suite à plusieurs accidents vasculaires cérébraux (AVC). En effet Julian a eu un premier AVC ischémique frontale à droite le 25 octobre 2013, puis un second AVC ischémique sylvien à gauche le 19 août 2014. Il semble qu'une récurrence d'AVC a eu lieu le 17 décembre 2014. Suite à ces différents AVC Julian a été pris en charge pour un séjour de rééducation polyvalente à l'hôpital Saint Maurice. Il est ensuite arrivé au CMPRE dans le cadre d'une double hémiplégie spastique avec aphasie, le membre supérieur gauche étant plus touché que le droit.

Prise en charge

Julian est pris en charge en kinésithérapie 5 fois par semaine, en ergothérapie 2 fois par semaine et en psychomotricité 3 fois par semaine, je participe à une des trois séances qu'il réalise au sein de la structure. Il est suivi à l'extérieur dans le service

d'hématologie de Robert Debré pour sa drépanocytose. Il est à noter qu'il présente des allergies alimentaires au poivron, tomate, petit pois, concombre, carotte...

Concernant les appareillages, Julian se déplace dans un siège coquille réalisé récemment, il porte deux attelles de pieds que l'on retire lors des séances. Une attelle de coude était présente à son arrivé dans la structure mais il ne l'a porte plus actuellement, elle avait tendance à limiter ses mouvement. Il a également un verticalisateur qui est aussi utilisé au domicile familial et il porte des attelles de posture nocturne pour les pieds.

Julian aime la musique, les chants et les jeux de découverte, c'est un petit garçon volontaire qui veut bien faire mais qui présente des difficultés pour trouver l'élan nécessaire pour débiter une activité. Il a besoin de beaucoup d'étayage et de stimulation pour initier les mouvements.

b. Bilan psychomoteur

Un bilan psychomoteur de Julian a été réalisé dans son ancienne structure. Le bilan n'a pas été refait lors de son entrée au centre de réadaptation ; je vais ainsi, en fonction des différents items psychomoteurs, faire état de mes observations lors des séances. Julian a eu quelques difficultés lors des premières séances : il avait peu d'envie, le fait de se retrouver face à ses difficultés cognitives ou motrices a été très déstabilisant. Au fil des séances, il a commencé à prendre plaisir dans le mouvement et à retrouver l'envie d'explorer.

Au niveau du langage, Julian présente une aphasie, séquelle de ses nombreux AVC. Il semble bien comprendre ce qu'on lui dit, mais l'expression est peu fluide. Il va souvent utiliser des répétitions, ses compétences sémantiques restent limitées. De plus, Julian présente une apraxie bucco-faciale qui gêne sa prononciation. C'est un enfant dans la relation et la communication qui peut exprimer ses désirs. Mes observations se déroulent principalement lors des séances au tapis, qui sont plus orientées sur un versant moteur.

Motricité globale / tonus :

Lors des premières prises en charge, Julian se déplaçait peu tout seul. Il pouvait rester en décubitus dorsal ou ventral sans initier de mouvement pour se déplacer. A présent, il peut se déplacer par lui-même en retournement, il peut initier le mouvement si l'exploration l'intéresse, mais il est fatigable et il faut pouvoir le guider dans son mouvement. Concernant les déplacements (ramper, quatre pattes, marche), les dissociations entre membres inférieurs et membres supérieurs sont compliquées, les déplacements nécessitent un guidage ; apposer un contact et un nom, aux parties du corps à déplacer, facilitent l'initiation. Pour le ramper, il faut soutenir Julian verbalement et corporellement en décrivant toutes les étapes du mouvement, «on tourne la tête à gauche, on plie la jambe gauche, bras devant on tend le bras droit...». Pour la marche, on soutient Julian au niveau des épaules et on le guide en imprimant un mouvement de balancement droite/gauche pour initier les changements d'appuis et l'avancée du mouvement. Julian apprécie ses moments de déplacements debout ; à l'inverse, le quatre pattes est très inconfortable pour lui, tant du point de vue physique qu'émotionnellement.

Le maintien de l'axe et de la tête est possible, mais il peut vite s'affaisser si on ne le stimule pas verbalement. Julian tient difficilement la position assise sur un bloc, il va avoir tendance à s'affaisser en avant et sur son côté gauche, l'appui sur sa main gauche étant très précaire. Ses rétractions musculaires et sa spasticité ne favorisent pas la position à genoux, qui semble douloureuse, même s'il semble la tolérer de mieux en mieux. Julian peut avec guidage passer en position tailleur qu'il peut tenir un petit temps seul. Une hypertonie spastique prédomine sur les membres inférieurs et sur le membre supérieur gauche au niveau du fléchisseur du coude, l'axe quant à lui est très hypotonique.

Schéma corporel :

Pour son niveau d'âge, 8 ans, la connaissance des parties du corps est bonne. Les différentes parties du corps sont désignées avec succès. Le schéma corporel est en cours d'intégration et nécessite d'être affiné en multipliant les propositions de situations motrices et sensorimotrices.

Latéralité :

De par son hémiplégie, Julian est latéralisé au niveau des membres supérieurs à droite. Concernant la connaissance droite/gauche, Julian sait désigner sur lui-même ses membres droits et ses membres gauches.

Graphisme :

Concernant le graphisme, Julian tient spontanément son crayon à droite avec une prise palmaire, mais si on modifie sa prise en une prise tri-digitale, il semble plus à l'aise pour tracer. Il semble trouver un réel plaisir dans la trace, malgré les efforts que cela lui demande.

Motricité fine :

De par son hémiplégie prédominante à gauche, les manipulations sont difficiles sur cette main. Il soutient son mouvement et sa préhension avec la main droite, dans une coordination bi-manuelle relativement efficace. Sur stimulations verbales, Julian peut ouvrir et attraper volontairement des objets avec la main gauche. Le relâchement volontaire est possible et il peut guider son mouvement pour déposer les objets à un emplacement particulier. Julian ne va pas utiliser spontanément sa main gauche, mais si on le stimule et malgré l'effort que cela lui demande, il en est capable. La motricité de la main droite est peu précise, mais Julian est volontaire et il peut réaliser un coloriage seul.

Organisation spatio-temporelle :

Julian se repère bien dans le temps et l'espace. Il peut se situer au sein de la structure, l'étage, les lieux... Il peut également nous dire quel chemin prendre pour nous rendre dans un lieu précis. Au niveau temporel il repère bien les jours, date, mois, année, le moment de la journée...

Axes thérapeutiques :

Suite à cette observation, des axes thérapeutiques que nous détaillerons, par la suite, peuvent ressortir.

- ✓ Au niveau cognitif un travail perceptif pourra être engagé, soutenu par un travail d'analyse visuelle et constructive.
- ✓ Favoriser l'exploration de l'espace en permettant à Julian de se mouvoir par lui-même,

- ✓ Stimuler l'utilisation de la main gauche et développer les manipulations de la main à droite,
- ✓ Favoriser l'autonomie à la station assise, en permettant à Julian de trouver une posture adaptée qui facilitera la relation et l'exploration manuelle,
- ✓ L'accompagner dans une régulation de son tonus en stimulant et en enrichissant les perceptions de son axe corporel.

Ces axes seront travaillés par l'intermédiaire des niveaux d'évolution motrice sur tapis, et par des activités de manipulations et de coordinations diverses.

Je vais, à présent, décrire le développement psychomoteur de l'enfant afin d'enrichir, par ses données théoriques, ma compréhension du vécu de ses enfants.

3) Développement psychomoteur de l'enfant

A. Les étapes du développement de l'enfant

Le développement psychomoteur est ce qui accompagne et soutient l'enfant dans son exploration du monde. Il se constitue des deux composantes qui s'étayent mutuellement : le psychisme et la motricité. Actuellement, on pourrait apparenter le développement psychomoteur du jeune enfant à un « torrent impétueux plutôt qu'à un long fleuve tranquille »¹⁴. Cette analogie permet d'ouvrir les perspectives autour du développement psychomoteur. En effet, même si des constantes normatives vont ressortir, chaque enfant aura son propre rythme, sa propre temporalité.

De même, le développement psychomoteur n'est ni linéaire, ni ordonné. Il pourra se ponctuer de bonds en avant, d'arrêts, voir même de régressions. Ces caractéristiques semblent identifier des paliers de réorganisation structurale. Les expériences de l'enfant enrichissent le processus de développement en nourrissant les différentes composantes en interrelation que sont le corps, les affects et la cognition. Cependant le corps est une donnée pré-organisée, l'affect et le cognitif eux vont se développer dans l'expérience par les liens qui vont se tisser entre le vécu interne et les interactions avec l'environnement. Par ce fait, au début de la vie, le bébé « ne peut, qu'ancrer ses expériences quotidiennes

¹⁴ RIVIERE J., 2000, p. 13

d'abord dans son corps»¹⁵, le corps est ainsi l'interface qui va lier affects, cognitif et corps. Dans cette perspective, tonus et posture soutiennent la dynamique du développement psychomoteur et vont jouer ce rôle d'intégrateurs entre les différentes composantes.

a. Tonus et posture

«Le tonus constitue la trame-support de l'existence dont les aspects, fonctionnel et relationnel, ne peuvent être dissociés»¹⁶.

Posture et tonus font partie des supports du développement psychomoteur. Ils soutiendront le mouvement et les passages d'une position à une autre et par la même, l'exploration de l'environnement et les interactions.

Le tonus est «l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leurs nerfs moteurs. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales.»¹⁷.

Cette définition du tonus nous renseigne sur son aspect physiologique. Elle sera à nuancer par l'existence d'un tonus de fond, d'un tonus postural et d'un tonus d'action, mais également par l'aspect psychique que revêt le tonus. Ces différentes fonctions du tonus, par leur lien avec la proprioception, vont participer à développer la conscience de soi. Chaque fonction jouera un rôle dans cette émergence d'un soi uni et différencié, présent, en mouvement et en relation.

Le tonus de fond correspond à la tension permanente des muscles qui perdure même au repos. Cette tension permanente contient, elle permet de mettre en évidence un intérieur et un extérieur. « Le tonus soutient alors le sentiment d'unité corporelle et d'individuation, et constitue une véritable « enveloppe tonique » en support de l'enveloppe-peau »¹⁸. Pour des enfants, présentant des troubles du tonus, peut se poser la question de cette unité corporelle, face à cette enveloppe si contrastée.

¹⁵ COEMAN A., RAULIER H. DE FRAHAN M., 2013, p. 16

¹⁶ ROBERT OUVRAY S., SERVANT LAVAL A., 2011, p. 154

¹⁷ JOVET M., 2000, p. 17-18

¹⁸ ROBERT OUVRAY S., SERVANT LAVAL A., 2011, p. 155

Le tonus postural, quant à lui, «représente l'activité tonique minimale permettant le maintien des «mises en formes corporelles» et de leur équilibre»¹⁹. Ce tonus est présent dans le maintien des postures, entre deux séquences de mouvement. La posture est définie comme «le maintien du corps dans une position donnée grâce à une activité musculaire permanente (tonus) et qui s'oppose au jeu des articulations.»²⁰. La posture soutient, prépare et assure l'efficacité du mouvement. Tonus et posture sont en interrelation, ils s'étayent l'un sur l'autre et dans la relation à l'environnement.

Enfin, le tonus d'action se définit par «la contraction musculaire dite phasique, permettant l'action et le mouvement, dans un déroulement spatialisé»²¹. Ce tonus soutient la motricité globale et le mouvement et participe à l'exploration du monde.

Ainsi tonus et posture se lient, pour soutenir le développement de l'activité motrice, comme le souligne Sherrington «La posture suit le mouvement comme son ombre»²². Le tonus revêt également une dimension relationnelle. Le dialogue tonique entre la mère et son enfant est une première forme de relation, qui va venir soutenir le système émotionnel. Wallon écrit : «Les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire»²³. Le tonus est une interface pour les émotions, elles marqueront leur empreinte physique.

Le tonus participe également au développement de l'activité psychique chez le jeune enfant. «L'unification du corps et sa coordination vont permettre au moi du bébé de passer, d'un état d'objet partiel et fragmenté, à un objet entier et unitaire qui soutient le rassemblement psychique»²⁴. Le tonus, de par son rôle dans le mouvement et le sentiment d'unité du corps, va poser les bases de cette construction psychique.

Suzanne Robert Ouvray propose un modèle intégratif du développement psychomoteur dans lequel le tonus est à la base de cette organisation. Elle décrit quatre niveaux d'organisation, différenciés mais interdépendants. Ces niveaux tonique, sensoriel, affectif et représentatif se suivent et s'étayent sur le précédent. «Tout le processus intégratif visera la différenciation des deux champs, moteur et affectif, puis

¹⁹ *ibid*

²⁰ JOVET M., 2000, p. 18

²¹ ROBERT OUVRAY S., SERVANT LAVAL A., 2011, p. 156

²² LE METAYER M., 1993, p. 33

²³ ROBERT OUVRAY S., SERVANT LAVAL A., 2011, p. 157

²⁴ ROBERT OUVRAY S., 2007, p. 47

leur alliance nouvelle subjective dans des liens psychomoteurs singuliers»²⁵ ; de cette distinction naîtra alors une unité psychocorporelle.

Au début de son développement, l'enfant utilisera principalement le premier niveau tonique, il oscillera entre tension et détente. Sur ce niveau va venir s'étayer le niveau sensoriel : les variations toniques apportent une couleur aux expériences sensorielles, autour du dur et du mou, dans l'opposition plaisir-déplaisir. Le palier suivant, le niveau affectif, prend appui sur les deux précédents mais nécessite la présence d'autrui. C'est l'autre, dans sa communication, qui apportera une tonalité aux affects du bébé. Enfin, le niveau représentatif viendra s'étayer sur le précédent et apportera des représentations, tels que des monstres ou des explosions pour des sensations de dur, de désagréable, de noir... Tout au long de ces niveaux, c'est la personne pourvoyeuse de soins qui accompagnera la mise en forme des éprouvés du bébé, dans un enroulement garant de la sécurité interne et du sentiment d'unité.

b. Les étapes du développement psychomoteur

Afin d'avoir des points de repère dans le développement psychomoteur de l'enfant, nous pouvons nous appuyer sur le tableau suivant. Il regroupe deux composantes que sont le développement postural, au travers de la motricité, et le développement de la préhension. Je ne développerai pas sur la préhension, mais il est intéressant d'effectuer la corrélation avec la motricité globale et les âges moyens d'acquisition, car les deux se développent dans une constante interaction. Cette interaction s'étaye sur la régulation tonique et la rencontre avec l'environnement.

Développement psychomoteur de l'enfant de la naissance à 3 ans

	Motricité	Préhension
Naissance à 1 mois	Hypertonie des membres Hypotonie de l'axe Assis : cyphose dorsale Décubitus Ventrale (V) : position fœtale	Grasping
2 mois	Tenue de tête quelques instants et vacille Décubitus dorsale (D) : attitude asymétrique V : appui avant-bras, tête se soulève à 45°	Grasping plus discret Mains ouvertes

²⁵ ROBERT OUVRAY S., 2007, p. 78

3 mois	Intérêt pour son corps, âge du «regard à la main» D : mouvements de flexion et extension des MI V : appui avant-bras, tête se soulève à 45°-90°	Préhension au contact
4 mois	Assis tient sa tête D : roule dos-côté V : appui coude, tête 90°, extension MI	Mains au centre Essaie d'atteindre les objets avec les mains. Joue avec hochet mais le perd souvent
5 mois	D : pédalage V : appui avant-bras en hyperextension. Fait l'avion, essaie de se retourner ventre-dos	Préhension volontaire cubitopalmaire Objets à la bouche
6 mois	Assis en trépied D : saisit ses pieds, se retourne dos-ventre V : appui mains Debout : stade du sauteur	Préhension volontaire globale bien acquise Tient 2 cubes
7 mois	Assis : stade du parachutiste D : pieds à la bouche V : poids du corps sur une main pour saisir objet	Relâchement volontaire global Début de préhension en pince inférieure
8 mois	Tient assis seul D : peut s'asseoir seul en prenant appui sur un côté V : fait l'ours 1er mode de locomotion : les retournements	Perfectionne pince inférieure Déliement de l'index
9 mois	Assis, pivote sur ses fesses V : rampe Se met debout en se tenant aux meubles	Préhension en pince supérieure
10 mois	4 pattes Se met debout, « chevalier servant	Pince supérieure plus fine
11-12 mois	Marche de l'ours Début des 1ers pas Marche le long des meubles	Pointe son index
15 mois	Marche seul Monte escalier à 4 pattes Se met debout sans appui	Relâchement manuel fin et précis Tient sa cuillère, gribouille
18 mois	Monte-descend escaliers en se tenant à la rampe Début course, saut 2 pieds Marche à reculons	Lance balle Mange seul Aime faire des gribouillis
2 ans	Monte-descend escaliers sans alterner les pieds Court vite Tape dans ballon	Souplesse du poignet Dévisse couvercle 2,6 ans : copie rond
3 ans	Monte-descend escaliers en alterné Saute sur un pied Fait du tricycle	Bonhomme têtard Copie une croix Tour de cubes S'habille seul

B. *Les Niveaux d'Evolution Motrice*

Comme nous l'avons vu précédemment, tonus et posture soutiennent le développement de l'enfant et l'activité motrice. M. Le Métayer, suite à de nombreuses observations dans les conditions socio-culturelles occidentales, va mettre en évidence une succession de redressements, de maintiens, d'enchaînements, de déplacements qui amèneront l'enfant de la position en décubitus à la station debout et à la marche. Ces différents enchaînements, que l'on nomme Niveaux d'Evolution Motrice (N.E.M.), représentent «des situations actives où les aptitudes, cérébro-motrices innées, interviennent d'une manière évidente dès les premiers niveaux pour permettre des ajustements automatiquement régulés dans l'exécution des mouvements»²⁶. Ces N.E.M se découvrent par l'enfant dans son exploration de l'environnement : face à différentes situations et stimulations, il pourra expérimenter des enchaînements variés. La répétition de ses expériences permettra à l'enfant de générer des apprentissages qu'il conservera toute sa vie, en dehors de toute atteinte fonctionnelle.

L'éducateur et le rééducateur à la motricité doivent être formés aux différentes variantes de ces enchaînements, afin d'aider un enfant en difficulté à les découvrir et les expérimenter, voire un adulte à les redécouvrir.

Le développement fonctionnel des N.E.M nécessite la mise en jeu et le contrôle de postures complexes et globales. Elles impliquent tout le système musculaire et articulaire, où les rotations des segments de membres sont toujours présentes, ce qu'interdisent certains types d'appareillages. En retirant les attelles lors de ces séances, on permet aux enfants de ressentir des enchaînements et d'enrichir leur vécu psychocorporel.

Je vais ainsi citer les différents niveaux d'évolution motrice tels que décrits par M. le Métayer.

1. Décubitus dorsal
2. Décubitus ventral : position du sphinx
3. Retournements : du dos au ventre et du ventre au dos
4. Reptation

²⁶ LE METAYER M., 1993, p. 35

5. Position du lapin (à genoux) : assis sur ses fesses et retenu par ses mains
6. A genoux dressés : sans appui des mains
7. Assis position plage (position de la petite sirène) : de la position du lapin, glissement du bassin sur le côté
8. Assis stable
9. Position du chevalier servant
10. Position accroupie : avec appui des mains, puis sans appui
11. Position de l'ours : en appui sur ses mains et ses pieds, l'enfant lève son bassin vers le haut
12. Quatre pattes
13. Passage en position debout : souvent à partir de la position du chevalier servant
14. Debout avec appui des deux mains
15. Debout avec appui d'une seule main
16. Debout sans appui
17. Marche

En reliant ces étapes du développement moteur au tableau du développement psychomoteur précédent, on peut relier, à des âges théoriques d'acquisition, ces différents niveaux.

Le travail des N.E.M est un point essentiel de la prise en charge des enfants cérébrolésés, ces enchainements soutiennent le développement moteur de l'enfant. De par leur lien d'inclusion avec la posture et le tonus, ils jouent également un rôle au niveau affectif. Cependant ils requièrent une technique et une confiance pour être pratiqués de la manière la mieux adaptée à l'enfant. Ainsi cette citation du Docteur Danièle Truscelli résume bien l'engagement dans la prise en charge du rééducateur : «l'enfant est là, engoncé dans sa difficile motricité, attendant de nous l'aide nécessaire qui allègera sa différence. Ce n'est pas une mince responsabilité qui nous échoit et nous y sommes souvent si mal préparés.»²⁷.

²⁷ Préface TRSUCELLI D., LE METAYER M., 1993, p. 1

II. Entre psychomotricité et kinésithérapie : la prise en charge des niveaux d'évolution motrice chez l'enfant cérébrolésé

1) Présentation du centre de médecine physique et de réadaptation pour enfants

Ce centre appartient à la croix rouge française fondée en 1864, c'est une association reconnue d'utilité publique. La croix rouge française déploie ses missions sur le territoire français et à l'international dans 5 secteurs d'activité : l'urgence et le secourisme, l'action sociale, la santé, la formation, la solidarité internationale.

Le Centre de Médecine Physique et de Réadaptation (CMPRE) est un établissement de santé privé, d'intérêt collectif, géré par la croix rouge française. Il a une capacité de 102 places dont 52 lits avec mention de « prise en charge des enfants de moins de six ans et de plus de six ans et des adolescents à titre non exclusif », en hospitalisation complète et hospitalisation à temps partiel pour des prises en charge spécialisées des affections suivantes : les affections de l'appareil locomoteur, et des affections du système nerveux.

Prise en charge

L'établissement prend en charge des adolescents et des enfants en hospitalisation à temps complet (HTC) et/ou en hospitalisation de jour (HDJ). Peut être accueilli, tout enfant de plus de trois ans, présentant une ou plusieurs déficiences secondaires à une maladie acquise ou congénitale, et entraînant des incapacités pour lesquelles les moyens thérapeutiques du centre peuvent raisonnablement permettre une amélioration fonctionnelle mesurable.

Les principales pathologies des enfants accueillis sont : la paralysie cérébrale infantile, les lésions cérébrales acquises (traumatismes crâniens, rupture de malformation artério-veineuse, encéphalite...), les lésions neurologiques (paraplégie, tétraplégie, spina-bifida...), les troubles orthopédiques (scoliose, pathologie de la hanche, traumatologie...) et les troubles des fonctions cognitives.

Mode d'hospitalisation :

Les enfants sont accueillis en hospitalisation de jour lorsque leur état clinique et leur lieu de domiciliation le permettent (- de 50 km). L'hospitalisation à temps complet est nécessaire lors de séjours post-opératoire et/ou lorsque le domicile est trop éloigné pour faire des allers-retours journaliers.

Le CMPRE propose une offre de soins très diversifiée. Ainsi peuvent être réalisées des consultations externes en médecine physique et de réadaptation, et des consultations pluridisciplinaires médico-chirurgicales (neuro-orthopédie, orthopédie, neuro-chirurgie...). Des séjours de rééducation pluridisciplinaire, qui peuvent comporter des séances avec de nombreux professionnels, (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, psychomotricité, activité physique adaptée, neuropsychologie, orthoptie). Tout comme des bilans externes qui peuvent être réalisés sur une journée ou une semaine. Des prises en charge peuvent ensuite être proposées si cela est nécessaire. L'établissement peut également proposer des appareillages et des injections de toxine botulique.

Une équipe pluridisciplinaire accompagne les enfants en fonction de leurs besoins. Une équipe médicale composée de 5 médecins spécialisés en médecine physique et de réadaptation, du personnel de rééducation (kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, orthoprothésistes....), ainsi qu'une équipe d'infirmiers et d'aides-soignants participent à la prise en charge des enfants. Les enfants seront accompagnés durant les temps « hors soins » par une équipe éducative (moniteurs éducateurs, éducatrices de jeunes enfants, aides médico-psychologiques...). La scolarité est également assurée de la maternelle à la classe de 3^{ème}, cette scolarité s'adapte à l'emploi du temps de l'enfant (souvent à temps partiel). Un service social est également présent pour informer, soutenir ou aider les familles dans leurs démarches.

2) Rencontre avec la kinésithérapie

Mon stage se déroule dans un centre regroupant de nombreux professionnels. Suite aux premières prises en charge en psychomotricité autour des niveaux d'évolution motrice et des questionnements en découlant, je me suis rapprochée des kinésithérapeutes de la structure. J'ai ainsi pu assister à plusieurs séances de

kinésithérapie concernant les enfants que j'accompagnais en psychomotricité. En kinésithérapie le travail des N.E.M dans la rééducation des enfants cérébrolésés va s'appuyer sur plusieurs méthodes mises au point par des kinésithérapeutes. La technique principale que l'on retrouvera sera celle de Michel Le Métayer, mais je vais également décrire la méthode Bobath et succinctement la méthode Medek qui peuvent également être utilisées. Au sein de mon stage, c'est la technique de Le Métayer qui est utilisée et que j'ai pu observer.

A. Les différents outils

a. Le concept Bobath et la méthode Medek

Concept Bobath

Ce concept de rééducation fut développé, dans les années 1940, par Madame Berta Bobath physiothérapeute et son mari neurologue le Docteur Karel Bobath. Madame Bobath distingue les lésions du système nerveux central de l'adulte et de l'enfant. La lésion survenant sur un cerveau immature va interférer sur le développement neuromoteur de l'enfant. Le concept se base sur le développement neuro-physiologique du jeune enfant pour proposer une prise en charge adaptée aux enfants paralysés cérébral ou ayant des troubles du développement neuro-moteur. Ainsi, pour Madame Bobath : «le développement moteur normal est la manifestation de l'éclosion progressive des possibilités latentes de l'enfant»²⁸, les 18 premiers mois de vie sont considérés comme ceux regroupant les changements les plus fulgurants. Les stades de développement les plus importants sont censés être acquis et l'enfant peut ainsi commencer à explorer et interagir avec son environnement de manière autonome. L'enfant paralysé cérébral a, quant à lui, un développement beaucoup plus lent et qui ne suivra pas le chemin préétabli. Le dépistage précoce est préconisé mais il peut s'avérer compliqué chez les bébés de quatre ou même six mois. Par la suite, la spasticité, l'ataxie ou l'athétose va s'accroître et les difficultés de mouvement et de posture de l'enfant apparaîtront évidentes. Madame Bobath précise : «tous les enfants IMC atteignent les stades de développement plus tard que la normale, et ce indépendamment du degré d'intelligence et de motivation. Ce n'est pas seulement le cas de l'enfant quadriplégique,

²⁸ BOBATH B., BOBATH K., 1985, p. 1

mais aussi celui du diplégique et de l'hémiplégique»²⁹. La prise en charge vise ainsi à amener l'enfant à élargir son répertoire de capacités et de compétences, en suivant son développement, malgré les difficultés posturales et de coordination qui entravent son mouvement.

Madame Bobath décrit des étapes de développement chez l'enfant IMC, cette description n'est pas à visée comparative avec un développement normal. Elle vise plutôt à réfléchir le développement en termes de «modifications des comportements de coordination et d'interactions du développement des réactions posturales normales et anormales, plutôt qu'en termes d'acquisitions»³⁰ ; dans cette optique Madame Bobath nuance le concept d'étapes successives du développement moteur. En voulant obtenir les activités les unes après les autres, telles que décrites dans le développement moteur normal, certains schèmes moteurs risquent de se renforcer aux dépens des autres. Sa méthode propose ainsi de tenir compte du concept de compétition des comportements moteurs, qui s'appuie sur l'interaction des activités qui se développent tout le long des différents stades. Cette interaction peut amener à renforcer l'une ou l'autre des activités ou à les faire entrer en compétition. Cette compétition vise à limiter le renforcement de certains schèmes moteurs qui pourraient, par la suite, favoriser les rétractions ou les déformations. Madame Bobath cite l'exemple d'un enfant spastique qui peut tenir assis et faire du quatre pattes mais qui ne peut tenir debout et marcher, activités qui font partie du même stade de développement ; le fait de ne travailler que sur les schèmes moteur du quatre pattes risque de renforcer les déformations en flexion des hanches et des genoux.

La méthode Bobath est une méthode de prise en charge précoce qui vise à prévenir et lutter contre les attitudes posturales et les mouvements anormaux. En tenant compte du développement de l'enfant paralysé cérébral, la méthode propose des mouvements préparatoires essentiels permettant à l'enfant de réaliser des activités, et d'expérimenter celles qu'ils auraient dû acquérir pour son âge ou son étape de développement.

Je n'ai pu voir en pratique comment cette méthode se mettait en place, mais il me semble intéressant de garder l'idée de compétition de comportements moteurs qui peut se retrouver lors de l'exploration spontanée de l'enfant.

²⁹ BOBATH B., BOBATH K., 1985, p. 5

³⁰ BOBATH B., BOBATH K., 1985, p. 11

Méthode Medek

Cette méthode a été mise au point au Chili, dans les années 1970, par Ramon Cuevas, physiothérapeute. Cette méthode est très peu développée en France, seulement trois praticiens semblent la pratiquer, mais elle est très utilisée en Amérique du Sud et du Nord (principalement au Canada). Medek signifie «Méthode Dynamique de stimulation motrice», elle se base sur la plasticité cérébrale et la capacité du cerveau à contourner les lésions pour continuer son développement. Le rééducateur cherche à faire apparaître la motricité «automatique», qui devrait se mettre en œuvre, mais qui est entravée du fait des lésions. De nombreux exercices s'appuyant sur l'influence de la force de gravité sont proposés à l'enfant³¹. Graduellement le rééducateur fera progresser le soutien, qu'il propose à l'enfant, d'un appui proximal à un appui de plus en plus distal (éloignement progressif de la tête). Cette méthode repose sur une stimulation très intensive, qui doit être suivie au domicile parental. Ramon Cuevas préconise des séances quotidiennes de 50 min réalisées par les parents en plus des séances avec le kinésithérapeute. Cette méthode a pour particularité de ne pas vraiment tenir compte des niveaux d'évolution motrice ni des étapes du développement neuromoteur, l'objectif principal étant l'acquisition de la marche. L'enfant est très peu actif de sa prise en charge car le rééducateur réalise la plupart des manipulations. Cette méthode est très particulière, peu d'études ont été faites en France sur son efficacité. Cependant la perspective de la marche fait écho aux attentes de nombreux parents d'enfants cérébrolésés. J'ai ainsi entendu parler de cette méthode par l'intermédiaire de parents qui recherchaient des informations auprès des professionnels sur l'un de mes lieux de stage.

b. L'éducation thérapeutique de Le Métayer

La rééducation cérébromotrice de M. Le Métayer est une technique de rééducation particulièrement répandue, elle s'adresse aux différents rééducateurs. Sur mon lieu de stage, kinésithérapeutes et psychomotriciens sont formés à cette méthode. M. Le Métayer repose sa technique de rééducation motrice sur des notions développementales, celles des niveaux d'évolution motrice tels qu'on les a décrits précédemment. M. Le Métayer appuie sa rééducation sur une technique très rigoureuse tout en étant conscient de ses limites «la technique même la plus consciencieuse ne suffit pas, il faut en faire comprendre le rôle à l'entourage, savoir inventer des situations

³¹ <http://www.cuevasmedek.com/cme/>

d'apprentissages vivantes, ne rien négliger pour la qualité de la mise en œuvre»³². En cela, sa description s'approche de ce que met en pratique la psychomotricité. Michel Le Métayer va évoquer les schèmes pathologiques pour décrire l'ensemble des contractions pathologiques organisées chez l'enfant paralysé cérébral. Il précise que ces contractions, en fonction des enfants, peuvent être amplifiées par l'anxiété ou l'émotivité. Ces facteurs émotionnels peuvent avoir des conséquences brutales en perturbant l'équilibre en position assise ou debout, les activités manuelles, le langage ou la déglutition.

M. le Métayer fera également une distinction entre des schèmes pathologiques préférentiels et des schèmes pathologiques obligatoires. Ces schèmes pathologiques sont nommés préférentiels lorsque l'enfant peut exercer un contrôle, total ou partiel sur ces schèmes, par sa commande volontaire et obligatoires quand il lui est impossible d'agir volontairement sur ces schèmes pathologiques. La description de ces schèmes pathologiques a permis d'adapter la prise en charge en tenant compte de leurs influences sur l'organisation motrice fonctionnelle et sur les troubles orthopédiques.

Pour les enfants cérébrésés, des mesures préventives sont mises en place pour favoriser l'allongement des muscles et éviter les rétractations qui amplifieraient les schèmes pathologiques. Les kinésithérapeutes, dans leur pratique quotidienne, participent à limiter les rétractations en réalisant des manipulations d'extensibilité. Des plâtres, des attelles et des injections de toxine botulique, peuvent également être prescrites en ce sens.

M. Le Métayer reprend également les observations de G. Tardieu concernant ce qu'il a appelé le facteur E. «E» pour extérieur, ce facteur se caractérise par l'augmentation excessive des contractions basales (contractions présentes en situation de repos, en dehors de toute activité volontaire et de réactions contre la pesanteur) lors de sollicitations extérieures (bruit soudain, contact inopiné, stimulation visuelle rapide...). Ce facteur amplifie les difficultés motrices et témoigne d'un état d'anxiété permanent chez l'enfant. M. le Métayer propose de travailler sur ce facteur en proposant des situations évolutives et adaptées dans lesquelles on encouragera l'enfant à se contrôler.

L'un des principes mis en avant par Le Métayer est la mise en évidence des aptitudes motrices innées de l'enfant. Suite à différentes études, il décrit ces aptitudes comme «définitivement programmées, observables dès les premiers mois de la vie et tout au

³² LE METAYER M., 1993, p. 3

long de l'évolution motrice de l'homme»³³. Il établit alors un bilan neuromoteur afin d'évaluer chez le jeune enfant ces aptitudes. Dans ces aptitudes motrices innées sont regroupées la fonction posturale, les fonctions antigravitaires (réactions face à la pesanteur) et de locomotion (succession de prises d'appuis suivies de propulsion permettant les déplacements). On y ajoute la sélectivité qui consiste à pouvoir réaliser des mouvements individualisés, des différents segments de membres, et d'y apporter une forme de fantaisie. Ces constatations ont permis à M. le Métayer de proposer une grille d'observation, permettant de déceler les anomalies dans les aptitudes motrices innées. Ces anomalies pouvant être prédictibles de pathologie durable, les détecter permet de mettre en place une prise en charge précoce.

Michel Le Métayer va proposer également des techniques de décontraction automatique, ces techniques sont particulièrement utilisées dans le quotidien des enfants cérébrolésés. Ces techniques permettent de décontracter, sans douleur, les muscles des membres supérieurs, inférieurs, et de l'axe. Elles permettent d'apporter un certain confort à l'enfant et de faciliter les actes de la vie quotidienne. Elles consistent à allonger, progressivement, les muscles antagonistes aux muscles contractés et favorisent la détente des muscles agonistes. La manœuvre, que l'on pratique en stage, est celle de l'allongement de l'extenseur des orteils qui entraîne l'allongement du jambier antérieur et favorise la triple flexion du membre inférieur. Cette technique permet la décontraction des muscles extenseurs de la hanche, du genou et des fléchisseurs des pieds, ce qui facilite le mouvement et les postures.

Suite aux différents bilans que propose M. Le Métayer, la prise en charge s'orientera sur l'éducation thérapeutique. Cette prise en charge est proposée pour des enfants ayant des atteintes cérébro-motrices. Elle vise à «modifier l'organisation motrice pathologique par des techniques appropriées et de proposer à l'enfant d'agir autrement pour améliorer ses performances fonctionnelles»³⁴. Durant les séances, M. Le métayer décrit différents temps qu'il est nécessaire de respecter :

- **La rencontre avec l'enfant** : créer une alliance thérapeutique en rassurant l'enfant, en lui laissant le temps de se familiariser avec le lieu et le praticien, en lui proposant des jouets, en recherchant des conditions motivantes pour l'inciter à agir...

³³ LE METAYER M., 1993, p. 16

³⁴ LE METAYER M., 1993, p. 76

- **Un moment de décontraction automatique et correction posturale** qui consiste à allonger les muscles antagonistes des muscles les plus contractés. Ces manœuvres sont correctrices de postures et sources d'informations gnosiques permettant de garder en mémoire des mouvements produits automatiquement.
- **Le temps de stimulation des automatismes cérébro-moteur innés**, le regard est un support à l'action motrice et l'utilisation de jouets facilitera le guidage de la motricité. Le rééducateur s'applique à reproduire les mêmes manœuvres qui reproduiront les mêmes informations sensitives. C'est à cette étape que sont travaillés les N.E.M..

M. Le Métayer propose également une éducation thérapeutique des activités manuelles et de la motricité bucco-faciale mais, sur mon lieu de stage, les kinésithérapeutes ne font pas ce type de prises en charge.

L'éducation thérapeutique est une méthode très complète et technique. Mon maître de stage étant formée à cette méthode, j'ai pu mettre en pratique les différentes techniques auprès des enfants cérébrolésés. L'éducation thérapeutique de M. Le métayer étant à destination majoritairement des kinésithérapeutes, nous verrons par la suite comment cette technique et la prise en charge psychomotrice se font échos dans la pratique.

B. Le bilan

Sur mon lieu de stage, les kinésithérapeutes réalisent différents types de bilans. Classiquement des bilans sont réalisés à l'entrée de l'enfant dans l'établissement, ensuite un bilan avant et après l'injection de toxine, puis un bilan de sortie. Trois types de bilans peuvent être pratiqués, un bilan articulaire, musculaire et un bilan fonctionnel des niveaux d'évolution motrice. Le bilan articulaire consiste à manipuler les articulations afin d'évaluer leur fonctionnalité. Le bilan musculaire, quant à lui, évalue l'extensibilité des différents muscles, il se réalise par des mobilisations passives. Lors de ces bilans musculaire et articulaire, le kinésithérapeute va évaluer :

- ✓ l'état de contraction du muscle qui s'oppose à l'allongement,
- ✓ les possibilités d'allongement des muscles lorsqu'ils sont décontractés,

- ✓ la réactivité du réflexe d'étirement (réflexe myotatique) évaluée par la mobilisation rapide,
- ✓ l'amplitude articulaire et la laxité capsulo-ligamentaire.

Chez les enfants cérébrolésés, les anomalies vont se retrouver principalement, au niveau des membres inférieurs sur les muscles extenseurs (triceps suraux, ischio-jambiers internes, externes et droit internes, les muscles fléchisseurs de hanche...), au niveau des membres supérieurs sur les muscles fléchisseurs (muscles fléchisseurs des doigts, palmaires, cubital antérieur, fléchisseurs du coude...).

Un autre type de bilan Evaluation Motrice Fonctionnelle Globale (EMFG) est particulièrement utilisé sur mon lieu de stage. C'est un outil d'évaluation quantitatif validé, il est spécifique de l'enfant paralysé cérébral. «L'EMFG est une échelle d'évaluation dont la validité, la reproductibilité et la sensibilité à mesurer un changement dans la fonction motrice de l'enfant IMC ont été démontrées»³⁵ ; ce test permet de mesurer les changements de la motricité fonctionnelle globale au cours du temps. Il permet d'objectiver les capacités fonctionnelles de l'enfant et de recentrer les objectifs de la rééducation kinésithérapique.

Un schéma de cotation est établi et il doit servir d'indication d'ordre général. Cependant, la plupart des items ont des indications spécifiques pour chaque cotation, l'utilisation des consignes de passation est impérative pour chaque item. La cotation va de 0 à 3, et elle se décrit ainsi : 0 = n'ébauche pas, 1 = ébauche, 2 = accompli partiellement, 3 = accompli, NT = non testé.

L'E.M.F.G. va évaluer la motricité fonctionnelle en détaillant quatre catégories d'items de A à E, A pour le coucher et retournement, B pour la position assise, C pour le quatre pattes et à genoux, D pour la station debout, et E pour la marche, course et saut. Dans chaque item, des sous-items seront observés par exemple en décubitus dorsal, on évaluera si l'enfant tourne sa tête en gardant les extrémités symétriques... Ce test est très complet pour l'évaluation de la motricité de l'enfant paralysé cérébral et permet d'objectiver les évolutions de l'enfant.

³⁵ GIRARDOT F., BERARD C., 2005, p. 140

Durant mes séances avec les kinésithérapeutes de la structure, je n'ai pas assisté à la passation de bilans. Ce sont ces bilans qui permettent par la suite de mettre en évidence les axes thérapeutiques pour chaque enfant.

C. Les axes thérapeutiques

Les axes, que je vais détailler par la suite, sont les axes de la prise en charge de Tom et Julian en kinésithérapie. J'ai pu observer la mise en pratique de ses différents axes lors des séances auxquelles j'ai assisté. Les causes du handicap de Tom et Julian sont différentes. Tom est un enfant paralysé cérébral et Julian a subi des lésions cérébrales à l'âge de 5 ans suite à différents AVC. Les axes de prises en charge quant à eux sont relativement similaires.

Julian est suivi cinq fois par semaine en kinésithérapie, la prise en charge s'oriente autour de quatre axes principaux :

- ✓ **La mobilisation et la lutte contre les raideurs articulaires** : cette mobilisation est à privilégier sur le membre supérieur gauche ainsi que sur les membres inférieurs, et plus spécifiquement la cheville et les genoux. Une hypertonie spastique prédomine sur les membres inférieurs et sur le membre supérieur gauche au niveau du fléchisseur du coude.
- ✓ **La verticalisation**, sur verticalisateur personnel, a plusieurs rôles. Elle va favoriser la circulation sanguine pour les enfants qui restent longtemps en fauteuil, elle stimule une autre forme d'exploration par le regard... Cette verticalisation est censée soutenir la marche en mettant en charge les os et les muscles des membres inférieurs. La marche sera également travaillée avec un soutien sous les aisselles par différents équipements.
- ✓ **Le travail de la position assise sur coussin cylindrique et sur coussin plat** : s'axe sur le tonus et l'équilibre du tronc avec main en avant à la recherche d'objet. Ce travail vise à renforcer l'axe qui reste encore assez hypotonique. Julian ne présente pas de réactions anti-gravitaires ou parachutes, ces réactions seront travaillées petit à petit, quand le tonus de l'axe se sera renforcé.
- ✓ **Le travail des N.E.M. au tapis** : ramper (dissociation des membres, des hémicorps, haut et bas du corps...), retournement, travail position assise et redressement du dos sur coussin cylindrique. A partir de la position assise un

travail des membres supérieurs, surtout à gauche sur table, peut être entamé. Des exercices de marche par l'intermédiaire d'un dynamico seront également proposés à Julian.

Au niveau neuromoteur, le déficit est important surtout au niveau des membres inférieurs et du membre supérieur gauche. La commande volontaire est extrêmement difficile au niveau des membres inférieurs ; elle est présente sur les membres supérieurs, en particulier sur le côté droit, mais elle est entravée par des mouvements dystoniques qui gênent la préhension.

Tom, quant à lui, est suivi deux fois par semaine en kinésithérapie. Les axes de sa prise en charge sont les suivants :

- ✓ Tom étant très hypertonique, **un travail sur la respiration** lui permet de relâcher autant que possible ses tensions.
- ✓ **Un travail des N.E.M sur tapis** (équilibre assis, ramper, quatre pattes, genoux dressés avec support antérieur, transfert de poids, assis-debout...). Il faudra être attentif à la diffusion tonique, en particulier lorsqu'un travail sur les membres supérieurs est entamé, la diffusion aux membres inférieurs est très fréquente.
- ✓ Un travail de la **position debout avec un appui antérieur**.
- ✓ Un travail de **déverrouillage volontaire du quadriceps** (assis-debout sur un semi boudin).
- ✓ **La reprise de la déambulation avec aide**, pour avancer la jambe gauche, sera proposée dans «l'araignée» (outil de déambulation maintenant le tronc avec un soutien au niveau de l'entre-jambe).
- ✓ **Un guidage du déroulement du pas** (déverrouillage du droit fémoral), en appuyant sur l'attaque de pas par le talon et l'alternance du pas avec l'araignée. La marche se déroule avec des attelles adaptées que Tom ne porte qu'en séance de kinésithérapie.
- ✓ **La marche** sera aussi reprise dans les barres parallèles.
- ✓ **La verticalisation** sera pratiquée avec attelles et chaussures.
- ✓ **Une mobilisation articulaire avec étirements** au niveau des muscles les plus toniques ischio- jambiers, les gastrocnémiens, les adducteurs, le droit fémoral en bilatéral. Ce travail permet de garder une certaine mobilité pour le mouvement et de limiter les raideurs articulaires.

A présent, nous allons voir, au cours d'une séance à laquelle j'ai assisté, comment sont mis en pratique ces différents axes.

D. Description de séances

Je vais maintenant décrire les séances de kinésithérapies de Tom et de Julian, que j'ai pu observer durant cette année. J'ai ainsi pu voir comment les axes thérapeutiques, décrits précédemment, sont mis en pratique lors des prises en charge. Je vais décrire « une séance type », puis brièvement l'évolution au fil des séances pour Julian car je n'ai pu observer qu'une séance avec Tom.

Séance en kinésithérapie avec Tom

Je n'ai assisté qu'à une seule séance en kinésithérapie avec Tom, c'est cette séance que je décrirai. Tom semble prendre plaisir à venir en séance de kinésithérapie. Il se questionne sur ma présence, je lui explique que je viens observer ce que sa kinésithérapeute fait en séance avec lui. Par la suite ma présence ne le gêne pas et je participe à quelques activités. Tom est pris seul en séance, il faut préciser qu'au sein de la structure, les kinésithérapeutes doivent en général prendre deux enfants en même temps. La kinésithérapeute de Tom organise donc son emploi du temps pour pouvoir être entièrement disponible pour Tom sur le temps de sa séance. La séance s'inspire des différentes étapes de la prise en charge décrites par M. Le Métayer.

Dans sa rencontre avec l'enfant, la kinésithérapeute de Tom est très attentive à l'état émotionnel de Tom et à ses envies. Ainsi en fonction de Tom et de ses attentes, elle adaptera ses propositions. Tom se sent ainsi plus investi dans le travail qu'il réalise car, même si la kinésithérapeute garde en tête ce qu'elle veut faire pendant la séance, elle laisse à Tom « le choix » de l'ordre dans lequel il le fera.

En kinésithérapie, la séance commence avec quelques mobilisations passives au niveau des membres inférieurs, afin de générer une décontraction automatique des muscles les plus contractés. On va ensuite mettre des attelles à Tom. Au quotidien et dans les séances de psychomotricité, Tom ne porte pas d'attelle. La kinésithérapeute m'explique qu'elles lui sont utiles, principalement pour la marche, mais que leur taille

n'est plus vraiment adaptée, Tom est un petit garçon en pleine croissance. De nouvelles attelles plus adaptées à la morphologie actuelle de Tom sont ainsi en préparation.

Durant cette séance, Tom a particulièrement envie de marcher avec le déambulateur. Sa motivation est telle pour cette marche, si proche de la marche verticale, qu'il en parle dans sa famille comme d'un déplacement qu'il pourra réaliser seul chez lui ou à l'école. La kinésithérapeute doit donc modérer l'enthousiasme de Tom et de sa famille, car cette marche est encore très difficile pour lui et elle n'est pas possible de manière autonome. La kinésithérapeute utilise cet engouement pour garder la motivation de Tom durant la séance. On va ainsi privilégier les exercices d'équilibre assis et de travail de la commande volontaire avant la marche.

Les exercices d'assis-debout sont travaillés sur un boudin. Tom est assis les deux jambes de part et d'autre du boudin, la kinésithérapeute est derrière lui. Le passage de assis à debout se travaille avec les mains sur les genoux : on demande à Tom de pousser sur ses jambes pour se redresser tout en gardant un léger enroulement du tronc. Une fois debout, la kinésithérapeute propose à Tom de positionner ses mains sur son ventre. Cette posture lui permet de se recentrer sur lui-même et je peux observer qu'elle limite les diffusions toniques aux membres supérieurs. Ces exercices de assis-debout sont soutenus par la respiration, ce qui permet à Tom de soutenir la verticalisation, par l'inspire et l'enroulement pour se rasseoir, par l'expire. Le rythme respiratoire s'adapte ainsi à la physiologie du mouvement.

Ensuite des exercices d'équilibre assis sont proposés à Tom, il doit rester le plus longtemps en équilibre, dans différentes postures, stimulant plus au moins son adaptation posturale. Assis les mains sur les genoux, assis une main sur un genou une main sur la tête, assis les deux mains sur la tête ; cette dernière posture est la plus compliquée pour Tom qui, de par ses tensions postérieures à tendance à partir en arrière. L'enroulement est une posture qui est largement à privilégier chez lui. Suite à ces différents exercices, Tom commence à fatiguer, mais il veut aller marcher. La kinésithérapeute soutient son désir et lui propose, pour commencer progressivement, «l'araignée» : cet appareil maintient le torse avec des sangles et soutient de manière souple l'entrejambe. Il est nécessaire de guider Tom dans sa marche, en avançant un de ses pieds, afin qu'il puisse poursuivre le mouvement avec l'autre.

Suite à un aller on ressent dans ses attitudes, son affaissement. Tom est fatigué même s'il ne le verbalise pas. Un moment de détente sur une table de kinésithérapie lui

est alors proposé, la commande volontaire continue à être stimulée en lui proposant des jeux où il doit toucher avec la main ou le pied un objet. Puis Tom demande d'aller sur le déambulateur, on le lui amène. Grâce à son tonus postural, Tom maintient son axe lors des déplacements et s'aide de ses bras pour se redresser. En revanche, la commande volontaire au niveau des membres inférieurs est difficile. Malgré les attelles, la cheville se tourne vers l'extérieur et le pied prend une position horizontale par rapport au sens du mouvement. Les genoux fléchissent peu et les pieds « traînent » au sol ce qui bloque leur avancée. Cependant par une impulsion donnée sur l'un des pieds, Tom est en capacité d'avancer son autre pied et d'intégrer le rythme du mouvement. Ce type de déplacement demande beaucoup d'énergie, après un aller-retour nous proposons à Tom de retourner au fauteuil ce qu'il accepte avec enthousiasme.

Je n'avais jamais vu Tom marcher en séance de psychomotricité. Sans ses attelles, qui lui fournissent un appui au sol et facilite la flexion de la cheville, repousser le sol avec sa plante de pied est très difficile pour lui. Ce moment, face à l'enthousiasme de Tom pour marcher et à sa volonté, m'a particulièrement touché. J'ai pu m'enrichir au cours de cette séance des conseils techniques de la kinésithérapeute afin de gagner en aisance lors des séances que j'ai pu ensuite avoir avec Tom en psychomotricité. L'aspect technique de la pratique m'a frappée, mais il apporte aussi une certaine confiance dans l'accompagnement de l'enfant. Cette confiance qui s'acquiert dans la pratique permet, petit à petit de s'alléger de la technique pour s'attacher au relationnel.

Séance en kinésithérapie avec Julian

Les séances de kinésithérapie de Julian avaient lieu le jour de mon stage, j'ai ainsi pu assister à plusieurs séances. Je vais principalement décrire la première séance à laquelle j'ai assisté, cette séance m'a permis de voir de manière assez générale le travail qui est réalisé avec Julian. A la différence de Tom durant les séances de Julian, le kinésithérapeute doit s'occuper de plusieurs enfants en même temps. Julian demande beaucoup d'attention : il a besoin d'un accompagnement constant, ma présence avait le bénéfice de permettre à Julian d'être stimulé d'une façon différente même lorsque le kinésithérapeute devait accompagner les autres enfants.

Les séances auxquelles j'ai assisté étaient principalement orientées vers les N.E.M.. Avec Julian, le kinésithérapeute travaille principalement la locomotion, la position assise, l'équilibre et les manœuvres d'étirement et de mobilisations articulaires et musculaires. La séance commence avec des mobilisations passives, par des manœuvres

d'étirements de ses membres inférieurs. Ces mobilisations ne semblent pas douloureuses pour Julian, c'est un moment durant lequel il reste relativement passif. Le kinésithérapeute m'a ainsi détaillé dans la pratique, la manœuvre d'inhibition qui favorise la triple flexion de la jambe chez l'enfant cérébrolésé. Comme décrit précédemment, cette manœuvre a pour but d'allonger les muscles antagonistes aux muscles contractés. Ici c'est l'extenseur du gros orteil qui est allongé progressivement et entraîne la triple flexion.

Le schème de reptation est favorisé pour ensuite pouvoir aller vers la marche en fin de séance. Lors de la reptation, un jouet (une voiture) est utilisé pour attirer l'attention de Julian et lui signaler la direction du mouvement. Le kinésithérapeute guide et positionne les membres inférieurs, tout en apportant un appui, pour permettre à Julian d'avancer en exerçant une pression sur un support. Le ramper se déroule ainsi : on touche et nomme la jambe à fléchir, on attend de ressentir l'initiation du mouvement de l'enfant et on accompagne. On lui demande de tendre le bras controlatéral (que l'on nomme bras gauche ou droit) et de tourner la tête vers la jambe fléchie. La jambe fléchie est remontée relativement haut pour favoriser la prise d'appui sur le sol. Ensuite Julian, par le jeu des appuis, se propulse en fonction de ses capacités. Il faut ensuite l'inviter à dégager son bras qui va souvent se coincer sous son torse. Ensuite on reprend toutes les étapes de l'autre côté. Seul, Julian n'initie pas le mouvement, il faut le soutenir verbalement et par le contact. Une fois arrivé au jouet, le kinésithérapeute va passer au travail de la position assise sur un rouleau.

Ces exercices ont pour objectif de stimuler son tonus postural afin de lui permettre progressivement de pouvoir se maintenir seul sur une chaise et de pouvoir aller aux toilettes. Julian se positionne, assis sur le rouleau, les jambes de part et d'autre ; la taille du rouleau doit lui permettre de pouvoir poser ses pieds au sol. Ses mains se positionnent à plat sur la table devant lui afin de lui apporter un appui antérieur, le kinésithérapeute se place à l'arrière. Julian a tendance à partir en hyperextension, régulièrement il faut l'inciter à s'enrouler pour limiter ce schème pathologique. Le kinésithérapeute m'explique que l'enroulement a aussi pour but de favoriser la mobilisation des membres inférieurs, lors du relevé assis-debout ; l'enroulement facilite l'appui et l'utilisation des muscles des jambes pour se relever.

Les séances sont assez intenses pour Julian, elles sont entrecoupées de moments actifs et passifs en fonction de la présence du kinésithérapeute. Julian a aussi des

séances durant lesquelles il travaille la marche, principalement avec « un *dynamico* » mais je n'ai pas pu y assister.

Certaines séances sont allouées à la verticalisation en verticalisateur, elles durent environ 45 min. Cette verticalisation a pour objectif de stimuler la circulation sanguine et le retour veineux. Pour l'enfant cérébrolésé, qui passe beaucoup de temps en position assise (dans le fauteuil) ou couché, elle évite la stagnation du sang et permet un renforcement osseux en mettant le corps en charge. Durant ce type de séance, les préhensions seront mises en avant. J'ai ainsi pu participer à différents jeux dans lesquels, ouverture et fermeture de la main, relâchement volontaire et croisement de l'axe tiennent une place importante. Cependant la relation avait aussi sa place au grès de l'activité. Cette position, qui ne submergeait pas Julian de ses ressentis corporels, lui a permis d'entamer un jeu autour du garage, des voitures qui montent, vont se garer et tout cela dans une interaction avec l'autre.

Evolution des séances :

Au cours des séances qui ont suivi, le travail sur l'extensibilité et les mobilisations a continué. Concernant les N.E.M., Julian par la répétition a commencé à intégrer le schème de reptation. Il peut à certains moments initier les mouvements sans stimulation verbale, mais le contact reste nécessaire. Le passage par les différents niveaux d'évolution motrice s'étoffe, les quatre pattes et le passage par le chevalier servant sont guidés afin d'apporter des perceptions autour de ses mouvements. Cependant, ces intermédiaires sont très inconfortables pour Julian, des douleurs à l'arrière des jambes, au niveau de ses muscles contractés entravent son mouvement.

Suite à ces différentes séances, l'abord technique que m'a apporté le kinésithérapeute a enrichi mon vécu des séances autour des N.E.M en psychomotricité. Les explications anatomo-fonctionnelles sur, comment faire et le pourquoi, m'ont permis d'aborder ses accompagnements avec plus de confiance. La place laissée à l'enfant, dans la prise en charge, est ténue car les manipulations techniques, qui rythment la séance, laissent moins de place à la construction de l'enfant en tant que sujet. Motricité spontanée, exploration de l'espace, créativité, prise d'initiative restent au second plan. Cependant j'ai pu apprécier l'approche fonctionnelle du kinésithérapeute et les objectifs en termes d'autonomie et de déplacement qui visent à faciliter les activités de la vie quotidienne.

2) Suivi en psychomotricité

A. *Les différents outils*

Nous avons vu succinctement les outils de la kinésithérapie, nous allons maintenant détailler quelques dispositifs que nous pouvons mettre en pratique lors des séances de psychomotricité.

a. Le jeu

«Jouer est une affaire sérieuse» dit le petit prince à Saint Exupéry³⁶.

Durant mes premières années en psychomotricité, je me suis beaucoup questionnée sur le «jeu». Le jeu apparaissait comme un dispositif indispensable de la palette du psychomotricien et pourtant j'attachais cette notion à la spontanéité d'un jeu d'enfant, au ludique, à l'amusement et à la récréation. Toutes ces notions sont pour autant très enrichissantes pour le développement de l'enfant, mais j'avais du mal à lier, à identifier le rôle de la psychomotricité dans le jeu. Cependant, au détour de mes différentes lectures sur cette thématique, j'ai vraiment pris conscience de l'importance du jeu, le travail du jouer soutient le travail d'axes spécifiques en psychomotricité. Il est intéressant de constater que le jeu, dans notre langue française, regroupe plusieurs types de jeux : le jouer, selon le Larousse, réfère à «la pratique d'un jeu, s'amuser avec un jeu». En anglais, différents termes sont utilisés pour définir l'étendue des significations que peut regrouper le jeu ; le game, le play, le playing. Le game faisant références à des jeux codifiés, aux règles bien définies, comme les jeux de société. Le play se réfère à l'aspect symbolique du jeu, il fait appel à l'imagination, la spontanéité. Et le playing dont le -ing appuie sur «être en train de faire quelque chose», ce terme réfère alors aux processus de création, aux multiples modifications qui se jouent dans l'instant du jeu.

Winnicott a d'ailleurs largement écrit sur ces distinctions. Les mécanismes en jeu sont de natures différentes, le jeu (game) est une activité organisée socialement, encadrée par des règles, et l'activité de jouer (play) est une intention de l'individu, une création qui lui est propre. Jouer permet une multitude de variations quand le jeu est beaucoup plus cadré. Winnicott toujours, relie les jeux au faux self et le jouer au vrai self. Il définit

³⁶ POTE L C., 2013, p. 363

ainsi le vrai self comme le sentiment d'être soi, quand le faux-self serait plutôt à relier à la nécessité de se protéger, à ce que l'on renvoie au groupe et aux règles sociales. Winnicott nous dit : «Il ne faut jamais oublier que jouer est une thérapie en soi. Faire le nécessaire pour que les enfants soient capables de jouer, c'est une psychothérapie qui a une application immédiate et universelle ; elle comporte l'établissement d'une attitude sociale positive envers le jeu. Mais il faut admettre que le jeu est toujours à même de se muer en quelque chose d'effrayant. Et l'on peut tenir les jeux (games), avec ce qu'ils comportent d'organisé, comme une tentative de tenir à distance l'aspect effrayant du jeu (playing).»³⁷. C'est peut-être à ce carrefour entre le jeu et le jouer, que peut se situer une séance de psychomotricité. Elle permet l'émergence de l'aspect effrayant du jeu si elle est nécessaire, mais elle la canalise par un cadre organisé et organisant. En fonction des enfants, il sera nécessaire de naviguer entre ces différents types de jeux tout en restant ancré dans la réalité de l'instant.

Fabien Joly propose d'ailleurs une définition très complète des mécanismes du jouer qu'il nommera le «carrefour psychomoteur du jouer». Il nous dit ainsi, «l'enfant qui joue met, dans le même temps et le même mouvement, en travail sa curiosité et ses apprentissages cognitifs, sa sensori-motricité et le plaisir bien tempéré de son corps-en-relation, autant que sa vie pulsionnelle, affective et représentationnelle»³⁸. De cette définition ressort la globalité des dimensions touchées par le jeu. Jouer met en mouvement les dimensions psychique, motrice, cognitive et relationnelle, ce que cherche à faire la psychomotricité.

Dans le jeu symbolique, l'enfant joue différents rôles, il «les domestique, les comprend, les intègre ; ce faisant, il se construit un soi tout en prenant place au sein du monde social.»³⁹. Cette perspective apporte encore une pierre à l'édifice du jouer, au travers du jeu l'enfant expérimente des interactions, des attitudes sociales, qui lui permettront de construire son identité sociale.

Vignette clinique

Ainsi en séance, à partir d'un jeu symbolique simple de dinette avec Tom, nous lui avons laissé un espace de liberté dans lequel il décida de préparer un repas pour nous. Dans cet espace de jeu il créa son histoire, il prépara des repas qu'il avait l'habitude de manger chez lui et il nous servit. Dans cette échange la relation se tisse et on apporte un peu de

³⁷ WINNICOTT D.W., p 103

³⁸ JOLY F., 2003, p. 11

³⁹ GAUSSOT L., 2003, p. 37

différents, «moi j'aimerais plutôt des pâtes», «moi je n'aime pas trop le citron...». Cette distinction participe au processus d'individuation en mettant en évidence les différences de chacun. Dans le même temps, on va travailler la posture et la dissociation des ceintures, par une position à genoux adaptée à la taille de la table. Par des allers-retours entre la cuisine et la table qui demande à Tom de ne tourner que sa ceinture scapulaire, de réguler son geste et son tonus...

Dans cette aire de jeu, cette aire transitionnelle «où se construit la symbolisation, où se fabrique le moi et le non-moi»⁴⁰, le jeu permet à l'enfant de se sentir sujet.

«Jouer c'est faire»⁴¹, nous disait Winnicott et faire c'est être sujet, c'est agir sur le monde à sa manière. Le jeu permet cela «c'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi.»⁴². Ce soi qui permet à chacun de se construire en tant qu'être différent, à part entière entre altérité et memeté d'être. C'est ainsi que nous le précise Isabelle Pascal Cordier, «premier terme nécessaire à la naissance de l'espace transitionnel, qui serait celui de ce sentiment d'espace commun partagé, d'importance du sentiment de «memeté» dans le reflet renvoyé par le miroir.»⁴³ Ce terme de « memeté d'être » qui nous renvoie à ce que décrit Dolto dans l'image de base, composante de l'image du corps. Ainsi dans cet espace transitionnel partagé, dans le jouer qui remplit cet espace, une composante de l'image du corps est en construction.

Le jeu, dans la pratique quotidienne en psychomotricité, tient un rôle essentiel. Cependant pour des enfants cérébrolésés, le travail du jouer prend encore une autre dimension. Le jeu, en particulier, peut participer à remettre en mouvement les différentes dimensions qui composent le sujet (motrices, psychiques, affectives...), si souvent scindées, par le handicap, les prises en charges spécifiques.... De même le jeu peut permettre de redonner à l'enfant sa place de sujet, en favorisant le plaisir d'un vécu corporel unifié et différencié.

A présent, nous allons évoquer un outil de la prise en charge en psychomotricité, les médiations. Les médiations tiennent une place particulière dans la prise en charge

⁴⁰ PASCAL CORDIER I., 2003, p. 154

⁴¹ WINNICOTT D. W., 1975, p. 90

⁴² WINNICOTT D. W., 1975, p. 76

⁴³ PASCAL CORDIER I., 2003, p. 152

psychomotrice, outils que l'on retrouvera moins dans la palette des autres professionnels.

b. Les médiations

La médiation, selon le petit Robert, consiste à «mettre d'accord, ce qui sert d'intermédiaire, et fait appel à un processus créateur»⁴⁴. La médiation a pour objectif de proposer un espace intermédiaire, entre deux ou plusieurs personnes, dans lequel, grâce à un objet commun, peut se tisser une relation, un lien. «Une médiation est une proposition d'accordage, de mise en accord et en partage»⁴⁵; cette mise en relation entre soi et l'autre, favorise l'expression et pour qu'elle soit thérapeutique, elle doit favoriser la rencontre avec le monde. La médiation peut être corporelle (danses, arts martiaux...), mais cela peut aussi être un objet commun (cerceau, foulard, voiture...). Selon Catherine Potel, les médiations revêtent différents objectifs. Elles favorisent le jeu du corps en tant que vecteur d'expressions diverses. Dans ce jeu peuvent naître des expériences propices à l'organisation symbolique des sensations et perceptions émergentes. De ces expériences les éprouvés corporels peuvent être transformés (verbalisation, réflexions, créations...), facilitant l'accès aux représentations. Ces médiations peuvent avoir des objectifs très variés (contrôle du mouvement, vie de relation, sensibilité sensorielle, émotions...) mais elles se doivent de rester au service de l'expression de soi dans sa globalité et sa créativité.

Tout au long de l'année, nous n'avons pas utilisé de médiation particulière. Nous utilisons le corps comme médiateur et des objets simples qui mettent en jeu le corps, comme des ballons de baudruches, des cerceaux, des bâtons.... Ces objets étaient propices à l'échange et à la relation et permettaient de mettre en valeur le corps dans son mouvement et dans la relation. Ce type d'objet médiateur peut être relié à la notion «d'objeu» que décrit René Roussillon. Il évoque des objets très simples, sur lesquels on peut projeter de grandes significations, il permet de créer et de projeter. Lors des séances, le recours à une médiation plus particulière ne s'est pas fait ressentir, mais cela peut être un axe d'évolution. Une médiation autour d'arts martiaux au tapis, tel que le judo ou le jujitsu, peut être une manière d'aborder les N.E.M. d'une façon différente.

⁴⁴ PETIT ROBERT, p. 58

⁴⁵ POTE C., 2015, p. 59

B. Le bilan

Le bilan en psychomotricité dans l'institution va s'adapter en fonction de l'enfant et de ses difficultés. Le bilan en psychomotricité est «une méthode d'observation, au moyen de consignes, de situations, de tests, qui permettent aussi d'évaluer les difficultés [et les capacités] d'un patient et de donner des repères pour un travail ultérieur»⁴⁶.

Un bilan type existe sur mon lieu de stage. Il est principalement à destination d'enfants ayant des troubles des apprentissages mais il reprend les grands items psychomoteurs et peut donc s'adapter pour les enfants ayant des handicaps moteurs. Actuellement «le bilan psychomoteur pose la question de l'objectivation des troubles au détriment de la subjectivation»⁴⁷. Ce questionnement autour du bilan met en évidence la difficulté de positionnement du psychomotricien dans sa pratique. Sur mon lieu de stage, centre de médecine physique et de réadaptation, l'aspect rééducatif est présent, les bilans, quand cela est possible seront chiffrés pour situer l'enfant dans le développement psychomoteur. Ces résultats objectifs permettront de démarrer les prises en charge autour d'axes précis.

Cependant, pour des enfants ayant des handicaps moteurs importants, les chiffres ne doivent pas avoir une importance prépondérante. Leur développement psychomoteur étant souvent entravé par les difficultés motrices, une observation de leurs capacités et difficultés, sans y apporter de données chiffrées, est privilégiée.

Lors du bilan, l'aspect relationnel est à prendre en compte. Le bilan est un instant, une interaction entre un enfant et un professionnel (ou stagiaire). La manière dont l'enfant interagit, répond, vit le bilan (attitude, mimique, état tonique...), est à observer et à prendre en compte. Toutes ces observations sont à mettre en relation avec les données théoriques autour du développement psychomoteur, afin d'enrichir le bilan. Suite à ce bilan qui se déroulera sur 2 à 3 séances, en fonction des enfants, un compte rendu de bilan est rédigé et transmis au médecin référent de l'enfant. Les résultats des bilans seront communiqués aux autres professionnels s'occupant de l'enfant, lors de réunions de synthèse.

Nous allons à présent détailler les différents axes thérapeutiques qui sont ressortis des bilans de Tom et Julian.

⁴⁶ POTEL C, 2013, p. 231

⁴⁷ POTEL C, 2013, p. 230

C. Les axes thérapeutiques

Je vais détailler un peu plus les axes thérapeutiques cités précédemment et mis en évidence suite au bilan. Pour Tom les axes en psychomotricité sont les suivants :

Un travail sur l'éducation motrice et gestuelle : ce terme décrit un type d'accompagnement très présent dans la structure où je fais mon stage. L'éducation motrice et gestuelle fait suite aux techniques de M. Le Métayer qui décrit l'éducation thérapeutique. Ce travail est très présent chez les enfants paralysés cérébrales. Il vise à développer au maximum leur motricité fonctionnelle en fonction de leur potentialité cérébromotrice. Ce travail a pour objectif de lui permettre d'adapter son geste et sa motricité pour faciliter le mouvement et l'exploration de l'environnement.

On va également s'attacher à solliciter la motricité du bassin et la conscience des diverses positions d'équilibre. On va l'accompagner vers une autonomie dans la position assise, sa spasticité étant très importante, on va essayer de favoriser la position à genoux.

Dans la même veine on va également travailler sur le contrôle tonique, permettre à Tom de réguler, autant que possible, son tonus, afin de faciliter le mouvement et le maintien des postures assises.

Le contrôle tonique va également faciliter ses coordinations manuelles et bi-manuelles. Pour développer ses coordinations, il est intéressant de lui proposer des postures limitant son recrutement tonique pour qu'il puisse porter sa concentration sur les coordinations des membres inférieurs et supérieurs. On va aussi travailler sur la conscience du mouvement à réaliser, afin de lui permettre d'anticiper et de se concentrer sur sa réalisation.

Un travail autour de l'organisation perceptive et spatiale, l'orientation et la topographie, permettra de favoriser les apprentissages scolaires. On pourra aussi commencer à initier des activités de pré-graphisme autour des formes simples, rond, carré, traits... On va continuer à proposer des expériences sensori-motrices afin d'enrichir ses perceptions corporelles (pâte à modeler, physioball, toboggan...).

Tom a aussi tendance à être vite submergé par ses émotions, on parle du fameux facteur E qui s'exprime par une difficulté à intégrer les stimulations extérieures ce qui

provoque des débordements moteurs. On essayera de l'accompagner dans cette gestion des stimulations. C'est dans cette perspective que lui a été proposée une activité de groupe.

Ces différents axes pourront être travaillés autour d'activités de manipulations et de coordinations. Lors des séances au sol, on va travailler sur les niveaux d'évolutions motrices, des jeux de lancer, de viser, de séquence gestuelle...

Pour Julian ce sont ces axes qui vont être travaillés en psychomotricité :

Au niveau cognitif un travail perceptif pourra être engagé. Ce travail perceptif sera travaillé par des exercices de recherche, de classification, de reconnaissance, d'organisation... On s'attachera à proposer à Julian des stratégies d'analyses visuelle et constructive.

On favorisera l'exploration de l'espace en permettant à Julian de se mouvoir par lui-même. Dans cette optique les déplacements autonomes seront privilégiés, pour le moment ce sont les retournements qui semblent les plus appropriés aux capacités de Julian, mais il est important de lui permettre d'explorer différents types de déplacements.

Stimuler l'utilisation de la main gauche et développer les manipulations de la main à droite, permettront à Julian de pouvoir agir sur les objets de son environnement. On va favoriser l'ouverture, la fermeture et la préhension à gauche pour que Julian puisse spontanément l'utiliser.

L'autonomie à la station assise sera travaillée en permettant à Julian de trouver une posture adaptée qui facilitera la relation et l'exploration manuelle. On s'attachera à proposer à Julian la posture la plus adaptée et la plus confortable pour qu'il puisse maintenir son équilibre assis seul.

L'accompagner dans une régulation de son tonus en stimulant et en enrichissant les perceptions de son axe corporel. Afin qu'il puisse se redresser et ressentir sa colonne dans son rôle de charpente corporelle.

D. Description de séances

Tom et Julian ont deux séances de psychomotricité par semaine, ce découpage permet à la psychomotricienne de travailler différents axes sur chaque séance. Les séances, auxquelles je participe en psychomotricité avec ces deux enfants, se réalisent principalement au tapis. J'ai suivi Tom et Julian sur des séances individuelles en début d'année puis nous avons choisi de leur proposer une séance de groupe ensemble. Je décrirai ainsi pour chaque enfant, une séance parmi celles auxquelles j'ai participé, puis je décrirai l'évolution vers une prise en charge groupale.

Séance avec Tom

Les premières séances avec Tom m'ont particulièrement questionnée. Le travail au tapis était très intense pour moi, émotionnellement et physiquement.

Tom est un petit garçon très volontaire et qui prend plaisir à se mouvoir dans son environnement. C'est la première réflexion que je me suis fait en le voyant, tant bien que mal, se déplacer et explorer cet environnement qui s'ouvrait à lui.

Benoit Lesage exprime très bien ce ressenti «Les patients IMC (paralysés cérébral) nous présentent un fatras de tensions contradictoires qui transforment chaque tentative de mouvement en une lutte épuisante et désordonnée»⁴⁸. Mais de toutes ces tensions qui entravaient le mouvement de Tom, une réelle volonté de se mouvoir émergeait.

La relation qui lie Tom et la psychomotricienne est forte, mais Tom ne semble pas éprouver de problème quant à la participation d'un tiers lors de la séance ; il semble avoir l'habitude que des stagiaires soient présentes lors de ses séances. J'ai ainsi pu prendre une part active dans les séances. J'ai pu mettre à l'épreuve la théorie autour des N.E.M et la pratique de travaux dirigés, à la clinique. C'est ainsi que j'ai pu constater que le travail autour de N.E.M. était bien différent avec des enfants ayant une paralysie cérébrale. L'hypertonie du membre inférieur, accompagnée de mouvements parasites, rend le guidage des différents mouvements très difficile. Il est également nécessaire de connaître certaines manœuvres d'inhibition afin de favoriser la flexion des membres inférieurs.

⁴⁸ LESAGE B, 2015, p. 137

Durant cette première séance, j'ai vraiment pu ressentir l'importance du dialogue tonique qui se crée entre l'enfant et le praticien. J'ai observé l'ajustement de la psychomotricienne et j'ai ensuite expérimenté cette adaptation en prenant sa place dans l'accompagnement de Tom. J'ai ainsi tant bien que mal essayé d'accompagner Tom dans la position à genoux, puis vers la position genoux dressés afin qu'il puisse prendre appui avec ses mains sur un rouleau placé devant lui. Lors de ses changements de posture, Tom réclamait souvent sa psychomotricienne ; je ressentais son angoisse face aux difficultés qu'il rencontrait. Son angoisse m'envahissait et je me sentais démunie pour y répondre. Je lui proposais alors de se poser quelques secondes pour respirer en enroulant la tête, je me rendis compte que cette proposition s'adressait aussi bien à Tom qu'à moi. Cette respiration avait pour effet de calmer l'agitation incessante de Tom et de nous recentrer sur nos ressentis. On essayait ensuite de se déplacer, en poussant le rouleau vers l'avant, à genoux dressés. Je soutenais Tom par le bassin, son axe étant plutôt bien maintenu. Il avait tendance à se précipiter dans le mouvement, je ne savais alors plus comment m'adapter à cette agitation motrice. La psychomotricienne m'apporta plusieurs conseils pour soutenir Tom de manière plus adaptée. Ainsi, je positionnais mes mains sur le rouleau, soutenant Tom avec mes bras de chaque côté du torse. Cette position était beaucoup plus contenante et permettait de faire corps avec Tom, à cela s'ajoutait un mouvement de balancier afin de stimuler les prises d'appuis droite/gauche. Pour finir, nous avons proposé du quatre pattes à Tom, ce schème moteur est encore très désordonné pour lui. L'alternance controlatérale, les dissociations membres inférieurs/supérieurs, ou les dissociations des ceintures pelvienne et scapulaire ne sont pas intégrées et compliquent tous les schèmes qui nécessitent ce type de coordinations.

Ainsi, lors de cette première séance, Tom a bien exprimé son inconfort quand je le guidais vers des postures ou dans les différents déplacements. Je réfléchissais beaucoup à la manière dont je devais faire le mouvement, ce qui se ressentait sur mon engagement corporel et psychique. Durant les premières séances, Tom demandait souvent à ce que ce soit la psychomotricienne qui le guide dans ses mouvements ; beaucoup plus assurée, elle lui apportait une contenance et une réassurance dans ses déplacements. Petit à petit, j'ai pu mettre à l'épreuve mes compétences ; la pratique et les séances auprès des kinésithérapeutes, m'ont permis de pouvoir me détacher progressivement de la technique pour apporter à Tom une certaine contenance et de l'assurance dans son mouvement. Cette idée de dialogue tonique est prédominante dans le travail des N.E.M.

Je l'ai particulièrement ressenti lors du passage vers la position en tailleur, où il est nécessaire de guider et soutenir l'enfant, mais aussi de lui laisser un espace pour qu'il expérimente par lui-même et ressente ses propres sensations.

Durant les autres séances, équilibre, dissociation et coordination étaient également travaillés au travers de jeux de ballon, de viser.... Le facteur E (Extérieur) chez Tom est très présent, un élément extérieur peut rapidement venir bouleverser son adaptation à l'environnement. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons décidé de lui proposer une prise en charge en duo avec Julian.

Séance avec Julian

J'ai commencé à suivre Julian en séance plus tardivement que Tom. Ainsi mon adaptation était peut-être un peu plus évidente. La problématique de Julian est cependant bien différente. Ce qui m'a marquée, lors des premières séances avec Julian, c'est le peu d'élan (ce que certains auteurs pourraient appeler de la pulsion de vie) que Julian investissait dans ses mouvements. Si on ne venait pas le guider ou l'aider à se déplacer, il pouvait rester au même endroit durant toute la séance même sur stimulation verbale. Suite à ces observations, on propose à Julian une séance basée sur un des premiers déplacements, les retournements. Cette séance a pour but de permettre à Julian de trouver un moyen de se déplacer seul, d'expérimenter le mouvement afin de pouvoir initier le mouvement et pouvoir explorer.

La séance débute par une marche du fauteuil vers un petit banc. La marche est guidée par les épaules et on imprime un léger mouvement de balancier pour favoriser les changements d'appuis d'une jambe à l'autre. Julian semble avoir plus de difficultés de la jambe gauche, mais cela semble assez variable. Il est également nécessaire, sur le pied en difficulté, d'imprimer un léger mouvement d'avancée avec notre propre pied. Ce déplacement est coûteux pour Julian, mais il investit ce mode de déplacement vertical et va demander, par exemple, à retourner au fauteuil en marchant. Arrivé devant le petit banc, Julian doit se retourner pour se retrouver dos au banc et s'asseoir dessus. Les étapes du passage assis sont répétées, enroulement vers l'avant, bassin en arrière, on pose les mains sur le banc, afin de permettre à Julian d'intégrer ces différentes étapes. Les chaussures sont retirées sur le banc et on marche vers le centre du tapis. Durant cette séance, on alterne entre moi et la psychomotricienne dans le guidage de Julian. Le travail de la marche fait intervenir de la même manière le dialogue tonique ; chez Julian, ce dialogue permet d'insuffler un certain élan dans les déplacements : il faut savoir

doser entre soutenir l'initiation, initier et le laisser initier le mouvement. Cet échange demande d'être attentif à ses propres ressentis et à ceux de l'enfant afin de percevoir, même si c'est de manière ténue, à quel moment il va démarrer son mouvement.

Ensuite, une fois arrivé au milieu du tapis, on va permettre à Julian de retourner au sol, afin d'entamer un jeu avec le ballon. Le ballon dans sa course va se déplacer et Julian essaye d'aller le chercher en se déplaçant par des retournements. On guide au début ses retournements puis, petit à petit, on le laisse trouver son rythme, sa manière de faire, en le soutenant verbalement. Julian a tendance à s'appuyer sur son schème en hyperextension pour se retourner ; on va ainsi insister sur l'enroulement, la position de la tête et l'importance du regard pour entrainer le haut du corps. Dégager et positionner le bras gauche est indispensable pour le mouvement et éviter qu'il désinvestisse ce bras. Dans le prolongement de cette séance les retournements, en inhibant les schèmes pathologiques (hyperextension postérieure), sont à soutenir. Cependant il faut noter que Julian a réussi à trouver une force, un élan, qui lui a apporté l'envie de se mouvoir dans l'espace de la séance.

Séance de groupe

Le groupe joue ainsi un rôle différent pour chacun des enfants. Julian, pour sa part, me semble très investi dans l'aspect relationnel de ce groupe ; il rit beaucoup de ce que fait ou dit Tom et l'échange, qui peut naître chez les deux enfants, stimule son engagement moteur. De la même manière, Tom investit énormément cet aspect relationnel ; cependant chez lui, cela se manifeste par une agitation motrice et psychique, il faut alors contenir verbalement et corporellement Tom. Le groupe, pour Tom, influe sur son facteur E et lui demande d'aller puiser dans ses ressources pour expérimenter des façons de se contenir.

Durant ces séances, nous avons proposé différentes activités à Tom et Julian. Lors de la première séance Tom était malade, il est resté sur un pouf pour se reposer. Nous avons alors proposé à Julian d'aller chercher des peluches pour Tom. Nous avons ainsi pu travailler les différents déplacements, les retournements, le ramper.... Julian a particulièrement investi cet échange avec Tom, il était très actif et volontaire dans ses déplacements. Lors d'une autre séance, nous avons proposé à Tom et Julian un jeu durant lequel il tenait chacun par une main un bâton. Les enfants devaient passer un anneau sur le bâton et ensuite le transmettre à l'autre. Ce jeu faisait appel à leur régulation tonique et à l'équilibre, pour maintenir la position à genoux à partir de

laquelle, ils échangeaient les anneaux, mais également pour se les transmettre. Les enfants devaient adapter et ajuster leur posture et leur tonus à l'autre. Celui qui transmettait l'anneau, devait lever le bras quand l'autre enfant, le baissait pour que l'anneau glisse sur le bâton. Chaque enfant était attentif et réceptif à l'autre ; l'anneau dans son rôle de médiateur tissait la relation entre les enfants.

Au grès de la séance, des temps de motricité spontanée sont laissés aux enfants. Ainsi cet espace peut aussi bien encadrer une décharge motrice pour Tom, qu'un moment de temps calme pour Julian.

De ces différentes séances en kinésithérapie ou en psychomotricité, j'ai pu observer, tisser des liens entre les pratiques. Les approches sont différentes, complémentaires et spécifiques mais elles s'entremêlent pour apporter à l'enfant les ressources nécessaires à son développement. Nous allons à présent réfléchir à l'approche psychomotrice dans le travail des N.E.M et comment elle peut se positionner face à l'approche kinésithérapique.

III. Entre complémentarité et spécificité : la place de la psychomotricité dans le travail des N.E.M. chez l'enfant cérébrolésé

1) Comparaison des deux types de prise en charge

Suite aux séances de kinésithérapie, de psychomotricité et aux bilans, que j'ai pu décrire précédemment, je vais effectuer une brève comparaison. Cette comparaison a surtout pour but de mettre en évidence les spécificités de chacun mais elle est forcément influencée par ma vision en tant que stagiaire en psychomotricité.

Pour commencer, les bilans que réalisent ces deux professionnels sont bien différents. Le bilan du kinésithérapeute est essentiellement fonctionnel, il évalue à un instant donné les capacités motrices et les amplitudes articulaires de l'enfant. Dès le bilan, sur un versant essentiellement moteur, le kinésithérapeute oriente sa prise en charge vers une démarche fonctionnelle. Le bilan kinésithérapique est spécifique de la pathologie des enfants. Ainsi pour des enfants ayant une paralysie cérébrale, c'est un

bilan type qui sera utilisé. Le bilan en psychomotricité, même s'il peut dans certains cas être spécifique aux pathologies rencontrées, suit une trame et des items que l'on retrouve dans toutes les populations. Motricité globale, fine, schéma corporel, graphisme, organisation temporo-spatiale, latéralité sont des items que je retrouve dans la pratique de bilans pour des enfants ayant des troubles des apprentissages, des enfants en CAMSP ou des enfants cérébrolésés. Comme nous avons pu le voir précédemment, les questionnements autour du bilan en psychomotricité sont encore nombreux. Autant en kinésithérapie l'évaluation et l'objectivation des éléments fonctionnels est une évidence, autant en psychomotricité plusieurs approches s'affrontent. Il n'en demeure pas moins que même dans une structure de rééducation et de réadaptation, telle que celle où j'effectue mon stage, le bilan psychomoteur s'attache aux éléments fonctionnels mais également relationnels et laisse une place à la subjectivation dans l'observation. Dans une prise en charge pluridisciplinaire, cette vision globale de l'enfant permet au bilan psychomoteur d'être complémentaire des bilans des autres professionnels. Le bilan psychomoteur apporte cette trame d'ensemble et les autres professionnels apportent leur vision plus spécifique sur un domaine. L'accès à tous ces bilans permet vraiment d'adapter la prise en charge à l'enfant.

Concernant la prise en charge, comme nous avons pu le voir, les deux professionnels dans la structure ont reçu une formation aux Niveaux d'Evolution Motrice selon M. Le Métayer. La méthode mise en pratique est relativement similaire. Cependant à partir de mêmes techniques, les approches sont bien différentes. Les compétences anatomo-physiologiques du kinésithérapeute lui permettent d'appréhender le travail des N.E.M sur un versant plus fonctionnel. Ainsi à la question : quel est pour vous le but du travail des N.E.M chez les enfants cérébrolésés ? La kinésithérapeute de Tom a mis en avant l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Cette autonomie est à privilégier pour permettre à l'enfant de faire un maximum d'activités par lui-même. Par exemple, en séance de kinésithérapie, l'une des prescriptions du médecin était de travailler la position assise, pied posé et genoux fléchis à 90°, pour permettre à Julian de pouvoir se tenir seul sur les toilettes.

En psychomotricité, même si cette question d'autonomie est présente, elle n'est pas prédominante. A la même question la psychomotricienne de la structure a mis en évidence l'aspect «écologique» du travail des N.E.M. Les N.E.M sont un moyen de permettre à l'enfant d'interagir avec son environnement. Cette interaction concerne aussi bien l'aspect instrumental : pouvoir agir et maîtriser son environnement, que

l'aspect relationnel et cognitif : pouvoir entrer en relation avec l'autre et enrichir son vécu psychocorporel.

Ainsi une réelle complémentarité se tisse entre les différents professionnels, afin de proposer à l'enfant, entraver dans ce corps défaillant, des moyens d'expressions à moduler. Le kinésithérapeute, en accompagnant l'enfant dans sa rééducation fonctionnelle, soutient la prise en charge psychomotrice. Cette dernière va pouvoir prendre appui sur ces techniques pour permettre à l'enfant d'expérimenter, de découvrir, d'enrichir son vécu. Comme le souligne Alexandre Jollien, l'enfant cérébrolésé «ne choisit guère d'habiter un corps réduit, dépendant ; son unique choix porte sur la façon de l'habiter»⁴⁹, c'est dans cette optique que l'accompagnement par les rééducateurs peut prendre sens.

2) La place du psychomotricien dans une équipe pluridisciplinaire

Cette année dans le cadre de mon stage, j'ai pu évoluer au sein d'une équipe pluridisciplinaire, composée de psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, rééducateur en activités physiques adaptées, éducateurs spécialisés... Tous ces professionnels se retrouvent pour échanger autour de l'enfant.

J'ai ainsi pu apprécier la place du psychomotricien au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Evidemment cette place prendra un sens différent en fonction du psychomotricien en exercice et de l'équipe soignante. De manière générale, il me semble que le psychomotricien, de par sa formation, est amené à aller à la rencontre des autres professionnels, afin d'enrichir sa vision de l'enfant dans sa globalité.

Au cours de mon stage j'ai pu aller observer les enfants, dans le cadre des séances de kinésithérapie, mais également dans leur groupe, entourés des autres enfants et encadrés par les éducateurs. Les comportements de l'enfant et de son entourage vont évoluer en fonction du cadre. Cette vision de l'enfant dans un cadre différent permet d'enrichir et de confronter les points de vue. Ces échanges permettent de construire un cadre de prise en charge commun, qui s'adaptera au mieux aux besoins de l'enfant.

⁴⁹ JOLLIEN A., 2002, p. 63

Vignette clinique

J'ai pu observer Julian au sein de son groupe durant une après-midi. Julian coloriait un poisson d'Avril avec les autres enfants. Les interactions avec les autres enfants étaient présentes. Certains avaient tendance à le surprotéger en voulant faire à sa place, quand d'autres mettaient au point avec lui des stratégies pour coller les poissons. Julian semblait très à l'aise dans son groupe et prenait plaisir à l'activité. Ces moments m'ont vraiment permis d'enrichir ma vision de Julian : le voir dans un autre cadre que le cadre rééducatif, permet vraiment de nourrir une vision plus globale de l'enfant.

Au sein de la structure, il peut arriver que le psychomotricien travaille avec d'autres professionnels en séance. Par exemple, la psychomotricienne propose une séance avec Julian et une des éducatrices de son groupe. Je ne pu y assister, mais cette séance avait pour objectif de permettre à l'éducatrice de proposer des moments de motricité à Julian, de lui permettre de jouer en dehors de son fauteuil avec le groupe. Ce type de séance permet à chaque professionnel d'amener son savoir-faire, de se nourrir de celui de l'autre professionnel et d'enrichir sa vision globale de l'enfant et de ses capacités.

3) La pratique psychomotrice dans la prise en charge des N.E.M.

A. Le cadre

«Le cadre est ce qui contient une action thérapeutique, dans un lieu, dans un temps, dans une pensée,»⁵⁰; cette définition peut s'appliquer autant pour une séance de psychomotricité que de kinésithérapie. Différentes conditions participeront à la construction de ce cadre (conditions d'espace, de matériel, de temps, d'encadrement, de fonctionnement) ; toutes ces conditions seront pensées afin de s'adapter à l'enfant. Dans l'institution où j'ai réalisé mon stage, psychomotriciens et kinésithérapeutes ne sont pas soumis aux mêmes conditions de cadre. Les séances en psychomotricité se déroulent en individuel, dans des grandes salles pour les prises en charge plus «motrices» et en petite salle pour les prises en charge plutôt «cognitives». Des prises en charge de groupe peuvent aussi être proposées quand cela semble adapté pour les enfants. Au niveau institutionnel, les séances de kinésithérapie durent 1h et se déroulent avec deux enfants. De nombreux enfants ont des séances en kinésithérapie et le nombre de salle est limité.

⁵⁰ POTEL C., 2013, p. 321

Deux enfants par séance, cela peut être une manière de proposer une prise en charge soutenue malgré un espace limité.

Au cours de mon stage, j'ai ainsi pu voir comment le cadre pouvait évoluer et s'adapter à l'enfant. En psychomotricité le cadre a évolué vers une prise en charge avec Tom et Julian ensemble. Les conditions d'encadrement se sont ainsi modifiées, de deux encadrants (la psychomotricienne et moi-même) pour un enfant, à un encadrant par enfant. Pour Tom qui réclame et recherche notre attention, ces changements auraient pu être difficiles à vivre. Mais il a finalement bien investi la prise en charge en groupe et demande désormais si l'on va bien faire la séance tous les quatre. Julian quant à lui s'est très bien adapté, et me semble beaucoup plus dynamique dans le groupe. Ce cadre semble particulièrement contenant pour ces enfants, même s'il revêt une dimension différente en fonction des enfants. Pour Tom, ce cadre prend plutôt la forme d'une contenance face à ses états émotionnels qui le désorganisent ; pour Julian, le cadre revêt une forme plus structurante qui le soutient dans sa dynamique d'exploration.

Lors des séances de kinésithérapie, le cadre est différent entre les séances de Julian et les séances de Tom. Tom est seul en séance, sur initiative de sa kinésithérapeute. Lorsque je l'ai questionnée à ce sujet, elle m'a expliqué que pour être tout à fait disponible aux sollicitations de Tom et limiter son agitation, elle préférerait prendre trois enfants sur une autre séance. Julian, quant à lui, est pris en charge avec un autre, voire parfois deux autres enfants, lorsque les plannings ne permettent pas de faire autrement.

Il est intéressant de voir comment, dans ce cas, le cadre en séances de kinésithérapie s'adapte aux comportements de l'enfant. Tom, petit garçon agité, en recherche de contenance psychocorporelle, a une séance individuelle, et Julian petit garçon calme (trop?) se retrouve souvent dans une séance à partager avec plusieurs enfants.

B. L'importance du dialogue tonique

Lors de mes séances avec Tom et Julian, le dialogue tonique est une des notions qui m'a le plus questionnée. J. Ajuriaguerra, en s'appuyant sur les écrits de Wallon, le définit ainsi : «la préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive, dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs, dans un dialogue qui est le prélude au

dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé dialogue tonique». Cette définition s'applique plus particulièrement au bébé, dans ses interactions précoces, mais ce dialogue se tisse tout au long de la vie du sujet. Dès les premières séances, dès la rencontre avec l'enfant, la relation commence à se tisser dans cette forme de corps à corps. Cette distance relationnelle, dans une proximité immédiate, m'avait déjà interpellée lors de mon stage en polyhandicap. J'aborderai ainsi la notion des distances relationnelles, autour de l'espace, un peu plus loin. J'avais également pu expérimenter cette relation avec le bébé, lors de mon stage en CAMSP, mais mes ressentis étaient bien différents. Effectivement dans la relation au bébé, les notions, qu'a pu développer Winnicott, de handling et holding font partie intégrante de cette relation. Winnicott décrit le «holding» comme le maintien psychique et physique du bébé par sa mère ; ce portage contenant va lui permettre de se sentir dans une continuité d'être. Dans le cas d'un petit enfant spastique, tel que Tom, ce holding est particulièrement difficile, mais il est possible : il demandera à la mère comme à l'enfant de s'adapter et d'adapter l'environnement. Ces particularités vont aussi jouer sur le handling : la manière dont la mère va manipuler physiquement son enfant dans la vie quotidienne ; il y aura également nécessité d'une adaptation de la mère et du bébé. Ces deux composantes sont importantes pour que l'enfant ressente ses limites corporelles, qu'il ressente un sentiment d'unité dans cette interface entre sa peau et l'autre. Dans le cas d'un enfant paralysé cérébral, ces composantes s'intégreront avec un peu plus de temps et demanderont une adaptation des parents et de l'enfant.

Il est intéressant de noter que holding et handling peuvent se retrouver dans la relation soignant-patient avec les enfants cérébrolésés. Effectivement, il faut adapter la manière dont on va réaliser les transferts (entre fauteuil et tapis, au sol...) avec l'enfant, mais également ensuite dans la manière dont on va le guider et le soutenir dans le mouvement. Ces notions ont une valeur différente pour Tom et Julian ; ces deux enfants ont leur propre parcours de vie, qui apporte au handling ou au holding, dans la prise en charge, une couleur bien différente.

Dès les interactions précoces entre la mère et le bébé va se poser la question de la spasticité pour l'enfant paralysé cérébral. Cette hypertonie de repos, qui perturbe l'organisation du mouvement volontaire, va demander à la maman comme au bébé de s'adapter dans le portage. Tom a ainsi expérimenté cette adaptation, dans ces interactions précoces, et elle perdure dans l'accompagnement des soignants. La question des limites corporelles chez Tom peut ainsi se poser : comment ressent-il ce sentiment

d'unité qui s'acquiert dans le contact, le maintien de l'autre mais aussi dans le détachement, la séparation qui s'en suit. Toujours dans ce jeu entre le support, qu'il soit matériel ou corporel, Benoit Lesage nous dit que : «l'hypertonie postérieure, que l'on peut retrouver chez de nombreux enfants cérébrolésés, entrave le jeu naturel des repoussés que le bébé exerce sur son support»⁵¹. Le bébé apprend dans ce jeu, avec la gravité, à s'appuyer et donc se fier au support qui doit avoir la qualité requise, qu'il accueille et en même temps qu'il soit assez consistant pour apporter cette sécurité d'arrière fond. L'hypertonie postérieure des enfants cérébrolésés ne leur permet pas forcément d'expérimenter ce lien au support. Au cours des séances, j'ai ainsi pu remarquer comment Tom était toujours à la recherche de ce soutien d'arrière fond. Lors des différentes activités telles que des jeux de ballons, je me positionnais derrière lui pour le guider dans sa posture à genoux. Par l'intermédiaire de cette position, je lui propose un arrière-fond et un soutien corporel postérieur venant étayer son axe corporel déficitaire. Ensuite nous lui disions qu'il devait essayer de garder son équilibre tout seul, que je ne serai plus derrière pour le soutenir. Cependant au cours des exercices, il regardait souvent en arrière afin de voir si j'étais ou non présente ; pourtant le contact n'était plus là, la question des limites peut encore être soulevée. Seul il maintient difficilement sa position lors d'activités, qui demandent des rééquilibrages posturaux. Finalement ma présence, même légère par un contact sur le dos ou au niveau du bassin, suffisait à le contenir et à lui permettre de se recentrer sur ses ressentis et à mieux se rééquilibrer.

Dans le cas de Julian, ce rapport est encore différent. Julian est un petit garçon qui, nous le supposons, a expérimenté le holding et le handling dans ses interactions précoces, sans réelles difficultés liées à une hypertonie ou des tensions musculaires. Ce sentiment continue d'exister et les limites corporelles ont pu s'expérimenter ; cependant, suite à ses accidents, il revient à cet état antérieur où portage, guidage et corps à corps font partie du quotidien. Lors des séances, Julian a beaucoup moins besoin d'être contenu ; au contraire il va demander une réelle stimulation, verbale voire corporelle. Comme si il aurait besoin d'être «re-porté» physiquement et psychiquement, pour redonner sens à son vécu et se réapproprier ses sensations. Ainsi, lors du même jeu de ballon avec Julian, nous allons essayer de favoriser les stimulations, la motivation. Cette stimulation va être verbale et physique et concerner la posture, «on se redresse, on ouvre la main gauche, on appuie ses mains sur les genoux pour se soutenir, attention tu

⁵¹ LESAGE B., 2015, p. 135

tombes d'un côté», on nomme ce qu'il vit et en même temps on y apporte une stimulation corporelle en touchant les parties du corps concernées. Mais cette stimulation peut aussi être en lien avec l'activité et toucher le projet moteur, «on va attraper le ballon, on relance le ballon, oh on a lancé trop fort...». De la même manière, la verbalisation donne du sens au vécu de Julian. Ainsi dans le dialogue tonique qui s'installe, je me suis rendu compte que ma tonicité se module en fonction de mon accompagnement avec Tom et avec Julian. Avec Tom je m'attache à être contenante et détendue car il me renvoie une tonicité toute en tension et en explosion. Avec Julian je vais être plus tonique, plus stimulante car il me renvoie quelque chose de beaucoup plus malléable et détendu.

Le dialogue tonique prend ici toute sa place. Champonnois parle de «l'étrangeté de la raideur [...] ou au contraire de l'absence de tonicité des jambes»⁵² ; ce sont ces ressentis qui m'ont marquée lors de mes séances avec Tom et Julian. Le dialogue tonique est dans une adaptation permanente, le terme de dialogue prend ici toute sa signification.

Le dialogue ainsi entamé se joue dans un rapport de présence et d'absence, dans le soutien que l'on apporte et dans la place que l'on laisse à l'enfant pour se soutenir lui-même. Cette notion de soutien est indispensable pour permettre au bébé ou aux personnes dont l'axe corporel est trop hypotonique de «confier leur poids et de jouir ainsi d'une disponibilité tonique, donc également émotionnelle et relationnelle»⁵³. C'est dans cette disponibilité tonique que l'on essaye d'apporter au grès du travail des N.E.M et dans le jeu des postures (à genoux, genoux dressés, en tailleur, en petite sirène...) une disponibilité pour entrer en relation avec l'environnement et avec l'autre.

Il est intéressant de constater que certains enfants sont encore plus sensibles à ce dialogue, à ce qui se transmet par notre tonus. Lors de mes premières séances avec Tom, j'étais très peu à l'aise, je ne savais pas vraiment comment le guider, et j'étais très tendue. Je ressentais ainsi le passage de son tonus d'un extrême à un autre ; ces modulations avaient pour effet de me faire passer également d'un extrême à l'autre, ne sachant comment m'adapter, je me laissais envahir par les sensations qu'il me renvoyait. Cette nervosité, qui m'envahissait, devait sûrement se répercuter sur Tom et je le sentais lui-même démuni. Au fil des séances, me sentant également plus à l'aise dans ce que je

⁵² CHAMPONNOIS C., 2002

⁵³ LESAGE B., 2015, p. 135

proposais à Tom, j'ai pu moduler mon tonus, m'adapter à son état tonique autant que possible, pour tenter de lui faire ressentir des intermédiaires toniques et enrichir son vécu psychocorporel. Ce qui m'a touchée, c'est d'observer comment Tom, en fonction de la personne qui le guide, va vivre la séance. Durant les premières séances, quand je guidais Tom, il demandait régulièrement sa psychomotricienne. Il se sentait en difficulté pour réaliser des mouvements qu'il avait l'habitude de réussir avec une personne plus expérimentée. Je me suis ainsi questionnée sur son ressenti, son vécu lors du travail des N.E.M., comment il pouvait appréhender la variabilité de ses capacités motrices en fonction de la personne qui le guidait. Au fil des séances, j'ai ainsi pu prendre confiance en ma manière de guider pour me détacher petit à petit de l'aspect technique et ainsi lui permettre de prendre une place dans cet accompagnement. La kinésithérapeute de Tom m'expliquait justement qu'en fonction des personnes s'occupant de lui, Tom ressentait très intensément le malaise ou le manque d'aisance dans les gestes. Cette sensation pouvait vraiment le désorganiser. En assistant aux séances de kinésithérapie, j'ai pu voir à quel point la technique dans le travail des N.E.M. est précise et prend une place importante dans la relation. En psychomotricité, la technique est présente mais une certaine liberté permet à l'enfant d'expérimenter les différents mouvements.

Le dialogue tonique est très présent lors du travail des N.E.M., c'est un dialogue dans lequel patient et soignant sont actifs et en interaction. Il signe «une forme de communication primitive et primordiale»⁵⁴ qui enrichit le travail des niveaux d'évolution motrice.

C. La régulation tonique

Dans la continuité du dialogue tonique le tonus, comme nous l'avons déjà vu, tient un rôle prépondérant dans le développement de l'enfant et dans l'acquisition des différents niveaux d'évolution motrice. La modulation de ce tonus permet de vivre des positions intermédiaires, tant d'un point de vue psychique que physique. «La modulation tonique est l'expérience de la part de soi, qui reçoit la marque du monde, et par laquelle nous marquons notre présence, en répondant et appuyant sur les choses»⁵⁵;

⁵⁴ PIREYRE E. W., 2015, p. 63

⁵⁵ LESAGE B., 2015, p. 128

la régulation tonique marque ici notre relation au monde et la manière dont on va s'affirmer dans ce monde.

Chez les enfants cérébrolésés, le tonus se situe dans les extrêmes. On retrouvera souvent une hypertonie des membres et une hypotonie du tronc. Tom présente une hypertonie postérieure : en séance de psychomotricité on essaye de le soutenir pour qu'il relâche ses tensions et puisse s'apaiser. Cette conscience corporelle est compliquée à percevoir pour lui : on va ainsi lui proposer d'aller vers une dynamique d'enroulement afin de relâcher les tensions postérieures et les muscles antéro-latéraux qui verrouillent les épaules et les hanches. Ce déverrouillage facilitera le mouvement et les passages d'une posture à l'autre. Dans la même optique, lors du travail des retournements, on proposera à Julian de s'enrouler afin d'inhiber l'utilisation de son schème d'hyperextension. Pour un autre enfant n'ayant que ce schème pathologique, comme soutien au mouvement, on pourra s'appuyer dessus. De la même manière, en séance de kinésithérapie, l'enroulement est privilégié à partir de la position assise, afin de permettre l'extension des membres inférieurs pour atteindre la position debout. Benoit Lesage nous précise que l'excès de tension postérieure est dommageable «il projette le corps en avant, hors de son axe, donc hors de l'état de disponibilité optimale, avec tout un cortège d'effets biomécaniques»⁵⁶. En séance de kinésithérapie, ce travail de régulation tonique va être accompagné par la respiration. La respiration est ainsi un réel soutien au mouvement d'enroulement. Pour Tom la kinésithérapeute lui propose souvent, en position assise ou debout, de respirer calmement. Cet exercice lui permet de se recentrer sur ses sensations et de garder un enroulement du tronc favorisant le maintien de la posture.

La régulation tonique, lors d'une séance autour des niveaux d'évolution motrice, est travaillée autant en psychomotricité qu'en kinésithérapie. Son rôle est primordial pour favoriser le mouvement cependant, en psychomotricité, on peut apporter un regard différent sur le tonus de l'enfant. Le tonus reflète un vécu interne, «le tonus nous propose une forme sensorielle de communication, à travers une réalité virtuelle et tactile»⁵⁷. Cette communication peut être plus compliquée à ressentir chez des enfants cérébrolésés au tonus très contrasté, mais elle existe.

⁵⁶ LESAGE B., 2015, p. 138

⁵⁷ ROBERT OUVRAY S., 2007, p. 43

D. La place de sujet

Comme a pu le souligner Suzanne Robert Ouvray, le corps «n'est pas l'instrument de la psyché mais son partenaire»⁵⁸. La maturation neurologique chez le nouveau-né lui permet de développer ses compétences motrices, de façon concomitante, la psyché va s'organiser et prendre sens. Tout au long de ce développement, l'organisation motrice et psychique et la mise en sens seront soutenues par l'environnement. Ce corps, présent dès la naissance, va être le «socle d'une construction identitaire porteur d'une identité différenciée, objet d'une appropriation autant physique que psychique»⁵⁹. De ces interactions se construit une unité psychomotrice qui prend sens et permet au nouveau-né de devenir sujet.

Le terme de sujet peut référer à de nombreuses choses en fonction des courants de pensées. Le dictionnaire Larousse définit ainsi le terme : «Individu qui est le support d'une expérience, d'une action, d'un droit, d'une connaissance»⁶⁰; de cette définition, l'individu en tant que support d'expériences diverses est à retenir. L'enfant va petit à petit se construire en tant que sujet au travers de ses expériences physiques et psychiques. Cette construction prendra racine dans les interactions précoces, continuera à s'en nourrir, et à se développer tout au long de la vie du sujet.

La définition, que donne L'Ecuyer en 1975, décrit bien ce que j'entends par le terme de sujet : «des liens encore plus étroits, plus complets et profonds s'établissent entre les différentes perceptions, images et représentations de soi. Ceci donne lieu à l'émergence d'un profond sentiment d'unité, de cohérence, de stabilité, de permanence dans le temps et permet à l'individu de se reconnaître d'un moment à l'autre par rapport à lui-même et par rapport aux autres»⁶¹. Cette notion d'un tout unifié, différencié de l'autre, va permettre à l'enfant de se vivre comme un être à part entière. Lors du travail des N.E.M. avec les enfants cérébrolésés, il faut rester attentif à continuer de soutenir la construction de l'enfant dans cette perspective. Chez ces enfants les expériences, les perceptions, sont entravées par leur handicap. Le rapport à l'autre, la différenciation entre soi et l'autre souffrent d'un contact permanent ; ceci ne facilite pas leur construction en tant que sujet.

⁵⁸ ROBERT OUVRAY S., importance du tonus dans le développement psychique de l'enfant, s.robertyouvray.free.fr

⁵⁹ POTELE C., 2013, p. 72

⁶⁰ LAROUSSE, 2008, p. 974

⁶¹ PES J.P., 2007, p. 114

Comme nous l'avons vu précédemment, le dialogue tonique tient une part importante dans la prise en charge. Il initie chez le tout petit les prémices à l'individuation. Se pose ainsi la question de l'individuation chez l'enfant cérébrolésé. Ce travail qui démarre par le dialogue tonique, d'intégration par la répétition, de la distinction sensorielle entre le dedans et le dehors par cette interface que représente la peau : comment va t'il se mettre en place chez ces enfants? La prise de distance avec la mère peut-elle vraiment s'initier quand le portage, même s'il est différent, s'avère toujours présent. La construction du sujet peut ainsi être mise à mal. Chez les enfants que j'ai rencontrés, les problématiques peuvent être bien différentes. Tom est, depuis tout petit, face à des troubles du tonus qui peuvent entraver ce dialogue tonique primitif. Toutefois cela n'empêchera pas l'enfant de se construire même si cela prendra un peu plus de temps. Tom sait exprimer ce qu'il veut ou ne veut pas, même s'il peut avoir tendance à se conformer à ce que la psychomotricienne lui demande de faire. Il peut alors se poser la question du «vrai self» et du «faux self» chez ses enfants qui vont avoir tendance à se conformer aux demandes des soignants. En séance de psychomotricité, leur permettre de garder un espace, où leur spontanéité peut s'exprimer, est important. Lors d'une séance laisser l'enfant choisir son jeu, proposer des choses, s'appuyer sur les propositions de l'enfant, l'étayer dans sa construction. Ainsi lors d'une séance Tom voulut jouer à la dinette : on lui sortit le jeu, il put ainsi jouer à sa manière à des jeux de son âge, nous inclure dans son jeu, laisser son imaginaire proposer, laisser place à sa créativité. On lui a laissé alors un espace, en dehors de la rééducation, tout en travaillant sur la palette d'axes mis en avant (tonus, coordinations, équilibre, N.E.M...).

De cet aspect du jeu peut être mis en avant une spécificité de la psychomotricité dans le «jouer avec»; jouer, c'est aussi jouer avec soi, avec l'autre, avec ses représentations, avec ses pensées. Dans une séance de psychomotricité autour des N.E.M, on jouera avec l'enfant en mobilisant toutes ses ressources psychocorporelles. Dans un jeu de ballon de baudruche avec Tom et Julian, on a tous participé à l'activité, par l'échange qui s'est produit, chacun ayant apporté un peu de lui-même. Lorsque les enfants nous touchaient avec le ballon, nous pouvions faire semblant de tomber. On joue alors avec les représentations qu'ils peuvent avoir du soignant, lui aussi a des failles, et eux, ont aussi leurs forces. Chacun propose une manière de lancer le ballon, de le rattraper, on construit ainsi une activité de jeu ensemble.

Lors d'une séance en kinésithérapie le jeu a une fonction bien différente. Le jeu prend alors plutôt une dimension d'outil dans la prise en charge. On va utiliser le jeu

pour stimuler, motiver l'enfant dans la rééducation. Par exemple pour Julian, dans un travail autour du ramper, la voiture, étant un jouet qu'il apprécie particulièrement, sera posée devant pour lui donner un objectif à atteindre, attraper la voiture. On s'attache alors plutôt à la partie essentiellement motrice du sujet.

Au cours des séances le psychomotricien va «se rendre suffisamment malléable pour que l'enfant puisse l'utiliser comme un double (ou un moi auxiliaire) au service d'un renforcement narcissique»⁶². Ce renforcement narcissique fait écho à ce que j'ai pu voir en séance avec Julian. On peut supposer que sa construction, en tant que sujet depuis la petite enfance, s'est réalisée correctement. Mais suite à ses AVC peut alors se poser la question de son vécu, vers cet état de régression "enfantine" qui se retrouve dans les portages et les transferts. Une phrase qui m'a marquée, alors que l'on travaillait le quatre pattes avec Julian, il nous dit : «Mais c'est les bébés qui font du quatre pattes» ; il n'a pas plus voulu ensuite poursuivre ce déplacement. Dans le travail autour des N.E.M., il est donc nécessaire de prendre en compte la part du vécu du patient. En fonction de ce que l'on propose, il faut tenir compte des représentations et des images que cela renvoie.

Ainsi proposer une médiation peut permettre de mettre une distance face à ces représentations. Julian, à qui l'on a proposé d'aller chercher une peluche pour Tom ou de faire la course avec lui, a mieux accepté le quatre pattes. Comme nous le décrit Catherine Potel : «Proposer une médiation, c'est donner une chance aux pulsions créatives, motrices, sensorielles, d'exister, de se manifester, pour qu'elles participent à cette construction d'un sujet toujours en mouvement»⁶³.

E. L'image du corps

L'image du corps peut se définir de nombreuses manières. En psychomotricité, cette notion s'est nourrie de nombreux courants dont la psychanalyse et Dolto. Dolto évoque l'image inconsciente du corps selon trois composantes, l'image de base, l'image fonctionnelle, et l'image érogène. Dolto définit l'image de base comme liée au sentiment de memeté d'être, «c'est à dire dans une continuité narcissique ou dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis sa naissance, malgré les mutations de

⁶² POTE C., 2013, p. 354

⁶³ POTE C., 2015, p. 60

la vie et les déplacements imposés à son corps et en dépit des épreuves qu'il est amené à subir»⁶⁴. Ainsi cette image de base évolue et se nourrit des expériences corporelles.

L'image fonctionnelle quant à elle «est une image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir»⁶⁵, cette image se réfère plutôt à la notion d'identité. Enfin l'image érogène «est le lieu où se focalise plaisir ou déplaisir érotique (au sens psychanalytique) dans la relation à l'autre»⁶⁶. Cette idée de relation à l'autre est prépondérante dans la dynamique de l'image du corps. Dolto résume ainsi son concept «l'image du corps est la synthèse vivante, en constant devenir, de ces trois images : de base, fonctionnelle et érogène»⁶⁷. A cette première définition Eric Pireyre, dans une synthèse dynamique des concepts de Winnicott, Bullinger et Damasio, apportera sa vision de l'image du corps ; il va nourrir le concept psychanalytique de sa pratique psychomotrice. Ainsi sa définition se réfère à une image composite du corps, composite car construite d'une multitude d'éléments.

Ces sous-composantes s'inspirent des trois images de Dolto, sous les termes de sensation de continuité d'existence, d'identité et d'identité sexuée. A cela s'ajoute la peau physique et psychique, la représentation de l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale (ou sensorialité), les compétences communicationnelles du corps et les angoisses corporelles archaïques. Dans cette définition, la sensibilité somato-viscérale désigne le concept de schéma corporel, comme une composante de l'image du corps.

Si on reprend la définition d'Ajuriaguerra «édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification.»⁶⁸ (Ajuriaguerra 1970). On retrouve dans cette définition cette idée de sensibilité somato-viscérale, de liens entre les flux sensoriels et les perceptions. Bullinger évoque «la coordination entre la sensibilité profonde et les flux sensoriels de surface dans l'actualisation de la limite entre intérieur et extérieur du corps»⁶⁹. La répétition, l'extraction d'invariant, provenant de

⁶⁴ DOLTO F., 1984, p. 50

⁶⁵ DOLTO F., 1984, p. 55

⁶⁶ DOLTO F., 1984, p. 57

⁶⁷ DOLTO F., 1984, p. 57

⁶⁸ GOLSE B., 2010, p. 9

⁶⁹ BULLINGER, 2015, p. 77

l'expérience de cette coordination construit le schéma corporel. Cette coordination est susceptible de se modifier, d'évoluer en fonction de l'interaction de l'organisme avec son milieu.

Au cours de nos séances de groupe avec Tom et Julian, nous leur avons proposé un jeu autour des parties du corps. Chacun devait toucher la partie citée sur l'autre enfant. Ce jeu s'intégrait au travail autour des N.E.M., chaque enfant se déplaçait jusqu'à un rouleau placé au milieu du tapis. On privilégiait le ramper pour Julian et le quatre pattes pour Tom, déplacement qui lui demande beaucoup plus d'efforts. Moi et la psychomotricienne guidions corporellement les enfants en les encourageant. Apporter un léger esprit de compétition, «le premier qui arrive au rouleau» est stimulant pour ces deux enfants qui se laissent entraîner dans ce jeu. Arrivé au rouleau, chaque enfant doit, en utilisant le rouleau comme point d'appui fixe, essayer de se redresser et de se mettre à genoux. A partir de cette position, nous restons la psychomotricienne et moi-même, derrière les enfants pour soutenir leur mouvement. Ce jeu permettait de travailler le schéma corporel dans la relation à l'autre, les flux sensoriels variés jouaient sur cette coordination entre sensibilité profonde et flux sensoriel de surface : ce n'est pas mon nez que je touche, mais le nez de l'autre, ce n'est pas moi qui touche mon épaule mais l'autre.... A cette expérience s'ajoute un réel travail autour de l'équilibre postural, les changements de posture, entraînés par les mouvements pour toucher les parties du corps de l'autre, stimule la régulation tonique et gestuelle.

Ainsi au cours d'une séance de psychomotricité orientée vers les N.E.M. de nombreuses autres composantes peuvent être mises en jeu. En kinésithérapie, ce travail du schéma corporel et de l'image du corps se poursuit mais de manière détournée. Le but premier de la prise en charge ne vise pas ces aspects, mais de par l'expérience du corps et de la relation, ils seront forcément touchés. Ainsi comme le décrit M. Le Métayer, «les techniques manuelles de stimulation du développement des automatismes moteurs innés contribuent, par les multiples afférences nées des mouvements actifs produits, à la construction des practo-gnosies. Ainsi s'élaborent les référentiels practognosiques de la motricité fonctionnelle chez l'enfant valide et chez l'enfant handicapé.»⁷⁰. Les practo-gnosies représentent la comparaison entre les informations gnosiques (ensemble de perceptions organisées qui prennent une identité) proprioceptives et extéroceptives issues des flux sensoriels, avec les représentations

⁷⁰ LE METAYER M., 1999, p. 100

intériorisées de l'acte à accomplir. Elles peuvent donc se relier au concept de sensibilité somato-viscérale, de nos ressentis corporels, de surface ; des perceptions se créent et enrichissent les gnosies. Ainsi le travail sur le schéma corporel, initié en séances de psychomotricité, apporte une base solide qui enrichit l'élaboration des référentiels practognosiques. Les practo-gnosies soutiennent le développement de la motricité fonctionnelle chez l'enfant en apportant des représentations.

Lors des séances de kinésithérapie, j'ai pu observer ce travail à l'œuvre. Julian connaît sa main gauche, sa main droite, sa jambe gauche et son pied droit ; lors d'un travail autour du ramper, le kinésithérapeute lui propose de plier sa jambe gauche et de regarder vers cette jambe. Cependant, Julian se trouve en difficulté pour situer quelle jambe bouger, dans sa position couchée. Le contact de notre main, sur le membre à déplacer, lui permet de resituer spatialement la partie du corps à mobiliser et d'élaborer ainsi l'acte à accomplir. Lors de ce type d'exercice, le schéma corporel est sollicité et enrichi par le lien qui les unit, l'image du corps également. L'une des composantes de l'image du corps sur laquelle psychomotricien et kinésithérapeute sont également attentifs en séance, sont les compétences communicationnelles du corps. En effet pour ces enfants qui peuvent rencontrer des difficultés à exprimer leurs ressentis, le corps peut communiquer beaucoup de choses. Ainsi en séance de kinésithérapie Tom, qui semblait très fatigué, voulait marcher avec le déambulateur. La kinésithérapeute soutint son envie et lui proposa d'utiliser le déambulateur. Tom n'exprimait pas ses difficultés mais de par ses mimiques, ses attitudes, ses variations de tonus brutales sa fatigue transparaissait. A ce moment il est intéressant de laisser un peu d'espace libre à l'enfant, afin qu'il puisse par lui-même adapter sa motricité à ses ressentis.

Cette idée d'espace de liberté est intéressante à détailler. En effet, durant une séance sur les N.E.M en kinésithérapie, la rééducation prend une place tellement importante qu'elle ouvre très peu d'espace de liberté à l'enfant. En psychomotricité, cette notion d'exploration de l'espace dans une certaine forme de liberté de mouvement, fait partie de la séance.

F. L'espace

Cette notion a un grand intérêt en psychomotricité, elle va organiser la pensée et l'action dans un cadre référencé. Ce cadre a un espace et une temporalité, il va permettre

d'inscrire et d'intégrer les expériences psychocorporelles du sujet et servira de base à sa construction. «L'espace est une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être à son milieu. La structuration spatiale permet à l'homme de se repérer dans son environnement, mais aussi de se mouvoir, d'organiser ses mouvements dans un cadre spatial référencé. L'espace c'est aussi la distance, ce qui sépare le soi du non soi, l'autre, l'objet. C'est le support de la relation, de la communication»⁷¹ ; cette définition très complète met en exergue la diversité des domaines que touche l'espace. Dans la pratique des N.E.M. telle que j'ai pu l'expérimenter en stage, la notion de distance m'a beaucoup questionnée. En tant que soignant, lorsque l'on travaille les N.E.M, nous nous positionnons dans un corps à corps avec l'enfant, dans une distance si proche qu'elle peut être vécue comme intrusive.

E.T Hall, évoque ces différentes distances, il en distingue quatre qu'il décline en deux : proche et éloignée. La distance intime où «la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif»⁷² ; cette distance est celle où les sens tels que le tact ou l'odorat sont très impliqués, la vision quant à elle est moins nette. Cette distance est souvent réservée au partenaire, à la famille ; une intrusion peut revêtir l'aspect d'une menace éventuelle. En séance autour des N.E.M, que ce soit en kinésithérapie ou en psychomotricité, c'est cette distance qui est privilégiée, le guidage et l'étayage corporel nécessitent cette proximité. Cela demande au soignant de bien étayer verbalement l'enfant : sur sa position «je me mets derrière toi», sur son action «je vais prendre ta main», sur le but de sa présence, permettant ainsi à l'enfant de se sentir en confiance. Cet étayage est également nécessaire à l'enfant cérébrolésé dans le but de lui faire ressentir cette distance entre le soi et le non soi. «Se situer dans l'espace suppose que l'on ait acquis un point de vue, que l'on puisse se situer, c'est-à-dire situer l'autre par rapport à soi, le distinguer clairement au dehors, sans le perdre, rester relié»⁷³ ; ce rapport à soi et à l'autre peut être altéré par les contacts, le portage, les manipulations qu'il vit dans son quotidien.

Vignette clinique

Dans les premiers temps de mon stage, j'ai guidé Julian vers la position du tailleur. A partir de la position couchée, de nombreuses étapes sont nécessaires. Durant ces premières séances, j'étais très peu à l'aise avec ce type de guidage et j'étais beaucoup trop concentrée

⁷¹ GALIANO A. C., PAVOT C., POTEL C., 2013, p. 220

⁷² HALL E. T., 1971, p. 147

⁷³ LESAGE B., 2015, p. 32

sur les mouvements que je devais faire. Ainsi j'étais très peu verbalement Julian, il ne pouvait mettre de sens au mouvement qu'il effectuait ; je ne me situais plus alors dans un guidage ou un étayage mais dans une forme de manipulation, je faisais à sa place. Cette prise de conscience m'a permis par la suite de réajuster ma position et de privilégier le dialogue et l'échange à la technique du mouvement.

E.T. Hall parle ensuite de la distance personnelle : c'est la distance qui marque une affectivité particulière avec l'autre. La distance sociale est plutôt celle des relations sociales sans lien affectif particulier. La distance publique enfin est une distance, plutôt impersonnelle, dans laquelle les personnes vont commencer à forcer leur voix, leur gestuelle ou leur posture afin d'être mieux compris. De ces différentes distances, la distance de soin se situera entre la distance intime et la distance sociale en fonction des problématiques.

Lors des séances de psychomotricité, des temps d'exploration de l'espace sont laissés aux enfants. Ces temps leur permettent d'expérimenter leurs mouvements, leurs adaptations au milieu qui les entoure et d'enrichir leur propre repère corporel. La perception de l'espace chez l'enfant se déroule selon différentes étapes. A la naissance l'espace est perçu comme morcelé. Au grès de ces changements posturaux, l'enfant va être capable d'unifier l'espace «quand l'œil parle à la main leur langage est l'espace»⁷⁴ et d'accéder à un espace de préhension. L'appréhension de l'espace se concentrera alors principalement autour d'un espace vécu, puis représenté, avec comme repère principal le corps propre (repère égocentré). Par la suite vers 8 ans, l'enfant sera capable de décentrer ses repères à l'extérieur du corps propre. Au cours du travail des N.E.M, avec Julian et Tom, on s'attachera principalement à localiser des objets dans l'espace et à orienter le corps vers ses objets, on privilégiera les repères égocentrés.

En séance de kinésithérapie l'espace est un cadre bien défini, il est délimité par le kinésithérapeute, c'est un espace alloué à la rééducation. Cependant, les échanges et les liens qui se tissent avec l'enfant, font également de cet espace un support à la relation. Le travail en kinésithérapie permettra à l'enfant d'organiser ses mouvements dans un cadre bien référencé. Ces exercices enrichiront par la suite la motricité spontanée, telle que l'enfant pourra l'expérimenter en psychomotricité.

⁷⁴ BULLINGER A., 2015, p. 20

CONCLUSION

Comme nous avons pu le voir, le travail des niveaux d'évolution motrice tient une place prépondérante dans la prise en charge des enfants cérébrolésés. Les kinésithérapeutes maîtrisent avec précision les techniques de guidage liées à cette pratique. Le psychomotricien auprès des enfants cérébrolésés, se nourrit de cette technique pour doser, entre rééducation motrice et développement psychocorporel, afin de favoriser autant que possible un équilibre chez l'enfant. Dans le cadre de mon stage, en structure de médecine physique et de réadaptation, l'approche rééducative tient une place importante. Cependant elle laisse une place à la relation et au lien avec l'enfant.

Chaque professionnel, de par son échange et son approche spécifique, va enrichir la vision globale de l'enfant. Cette approche de l'individu, dans ses multiples dimensions, permet d'adapter la prise en charge à la personnalité de l'enfant. La dimension familiale, dans ce type de structure, est un peu laissée de côté car c'est principalement le médecin qui est en contact avec la famille. Des rencontres avec les familles, les professionnels, mais également les professionnels extérieurs (école, prise en charge libérale...) permettraient de proposer une véritable continuité dans l'accompagnement.

Psychomotricité et kinésithérapie se complètent pour développer les niveaux d'évolution motrice sous des angles différents. Les N.E.M., en kinésithérapie, vont privilégier l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne de l'enfant, alors qu'en psychomotricité, ils vont favoriser l'entrée en relation avec l'environnement. Cette distinction reste subtile dans la pratique où les différentes approches se chevauchent. Cependant en psychomotricité, sans être forcément des axes thérapeutiques, de nombreux items psychomoteurs seront travaillés : tonus, dialogue tonique, image du corps, espace ; ils vont interagir pour étayer le développement psychomoteur de l'enfant. Pour ces enfants, une approche sensori-motrice pourrait aussi trouver sa place, en travaillant sur la coordination des flux sensoriels et de la sensibilité profonde, afin de favoriser la conscience du mouvement.

Pour finir, ma rencontre avec Tom et Julian a été très enrichissante. J'ai vraiment pu appréhender ma qualité relationnelle et mon investissement physique et psychique dans l'accompagnement psychomoteur. Ces enfants m'ont marquée par leur volonté, leur joie de vivre à toute épreuve et leur capacité à puiser dans toutes leurs ressources. Ces enfants, dans leurs toutes premières années de vie, font preuve d'une réelle force

d'esprit et de corps, ce qui leur permettra de continuer à faire face aux flots impétueux de la vie. Ainsi nous pouvons finir sur ces mots d'Alexandre Jollien : «Devant l'effort, lorsque tout réclame un labeur insensé, une seule certitude persiste donc : contre tout, avec humour, l'appel du métier d'homme se fait insistant. Au combat donc, car tout est à bâtir avec légèreté et joie !»⁷⁵.

⁷⁵ JOLLIEN A., 2002, p. 91-92

BIBLIOGRAPHIE

- AMIEL TISON C., (1997), *L'infirmité motrice d'origine cérébrale*, Paris, Masson, 2004
- BERNARD J.C. (2005), *marche de l'infirmes moteur cérébral enfant et adulte*, Paris, Springer Verlag
- BERTIN C., (2010), *corps en groupe-corps groupale une lecture psychomotrice du groupe à médiation corporelle*, In *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°163, p 36-49
- BOBATH B. et K. (1985), *développement de la motricité des enfants IMC*, Paris, Masson
- BULLINGER A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, édition Eres, 2015
- CARRIC J.C, SOUFIR B., (2014), *Lexique pour le psychomotricien*, Paris, Edition Robert Atlani
- CHAMPONNOIS C. (2002), *Handicap moteur, aspects psychologiques, déficiences motrices et situations de handicap*, APF.
- COEMAN A., RAULIER H. DE FRAHAN M., (2004), *De la naissance à la marche, les étapes du développement psychomoteur de l'enfant*, Bruxelles, ASBL Etoile d'herbe, 2013
- COLOMBIE B., (1999), *Prise en charge psychomotrice de l'enfant infirmes moteur d'origine infirmes moteur d'origine cérébrale de 0 à 3 ans*, évolution psychomotrice, volume 11, n°45
- DIDIER J.P., (2010), *La plasticité de la fonction motrice*, Paris, Springer Verlag
- DOLTO F., (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, éditions du Seuil
- GALIANO A. C., PAVOT C., POTEL C., (2011), *L'espace et le temps*, In SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, De Boeck-Solal, 2013, p. 219-251
- GAUSSOT L., (2003), *Approche socio-développementale des conduites ludiques chez l'enfant et le préadolescent*, In JOLY F., *Jouer, le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Paris, in press édition, p. 145-156

GIRARDOT F., BERARD C., (2005), *Apport de l'Évaluation Motrice Fonctionnelle Globale chez l'enfant infirme moteur cérébral*, Paris, Masson

GOLSE B., (2010), *Le tonus : toile de fond des émotions "impressions et expressions"" contenance et résonances*, 2010, In *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 162

GUILLEMIN M. C., (2005), *Neurologie, neurochirurgie et soins infirmiers : module 10*, Rueil Malmaison, édition Lamarre

HALL E T., (1971), *La dimension cachée*, Paris, Edition du Seuil

Haute Autorité de Santé, (mars 2007), *guide affection de longue durée accident vasculaire cérébral*, Saint Denis La Plaine

JOLIEN A., (2002), *Le métier d'homme*, Edition du Seuil, Paris.

JOVER M., (2000), Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture, In RIVIERE J., *Le développement psychomoteur du jeune enfant, idées neuves et approches actuelles*, Marseille, SOLAL, p. 17-45

JOLY F., (2003), *Jouer, le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Paris, in press édition

KOSSOROTT M., GREVENT D., DE MONTALEMBERT, (2014), *drépanocytose et atteinte vasculaire cérébrale chez l'enfant*, Paris, Elsevier Masson

LAROUSSE, (2008), *Petit Larousse illustré*, Paris, édition Larousse

LE METAYER M., (1993), *rééducation cérébromotrice du jeune enfant éducation thérapeutique*, Paris, Masson

LESAGE B., (2012) *Jalons pour une pratique psychocorporelle, structure, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, édition Erès, 2015

MURGO S., AVNI E.F., DAVID P., MULLER M.F., GOLZARIAN J., BALERIAUX D., STRUYVEN J., (1999) *Leucomalacie périventriculaire du prématuré : rôle pronostique de l'échographie et de l'IRM*, Paris, Edition française de radiologie

PASCAL CORDIER I., (2003), Jeux incertains d'Antigone : de l'espace paradoxal à l'espace transitionnel, In JOLY F., *Jouer, le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Paris, in press édition, p. 33-47

- PERKIN DAVID G.,(2002), *Neurologie: Manuel et atlas*, Paris, De Boeck Supérieur
- PES J.P, (2007), *Développer la conscience corporelle chez l'enfant de 3 à 7 ans pour une éducation à la santé*, Marseille, SOLAL
- PIREYRE E. W., (2011), *clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, Paris, Dunod, 2015
- POTEL C., (2006), *corps brûlant corps adolescent, des médiations corporels pour les adolescents ?*, édition Erès, Toulouse, 2015
- RIVIERE J., (2000), *Le développement psychomoteur du jeune enfant, idées neuves et approches actuelles*, Marseille, SOLAL
- ROBERT OUVRAY S., (2002-2004), *intégration motrice et développement psychique une théorie de la psychomotricité*, Paris, Desclée de brouwer, 2007
- ROBERT OUVRAY S., SERVANT LAVAL A, (2011), *Le tonus et la tonicité*, In SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, De Boeck-Solal, 2013, p 145-177
- WINNICOTT D. W., (1975), *Jeu et réalité*, Editions Gallimard

RESUME

Les premières approches de la clinique psychomotrice auprès des enfants cérébrolésés nous confrontent bien souvent à leur difficile motricité. Pour accompagner l'enfant de la manière la plus adaptée, une approche pluridisciplinaire est indispensable.

Le travail des niveaux d'évolution motrice est un des outils de la palette du psychomotricien et du kinésithérapeute. La spécificité et la complémentarité de ces deux professionnels dans leur appropriation de cette technique, enrichissent la prise en charge d'une vision globale de l'enfant.

L'investissement corporel et psychique des praticiens étoffe cette pratique et soutient l'enfant dans sa mise en mouvement. Le psychomotricien par son approche entière, mêlant éprouvé, motricité, cognition et affectivité dans la pratique des N.E.M., soutient la construction de l'enfant en tant que sujet.

MOTS CLES :

Niveaux d'évolution motrice, tonus, dialogue tonique, kinésithérapie, psychomotricité

SUMMARY

First approaches of the psychomotor clinic for brain injured children often confront us to their traction difficulties. To accompany the child in the most appropriate way, a multidisciplinary approach is essential.

The work of motor evolution levels is a tool used both by psychomotor and physiotherapist. The specificity and complementarity of these two professionals build up a global vision of the child.

The physical and psychic investment of the practitioners strengthens and supports the child in its motion. The whole psychomotor's approach, which combines cognitions, emotions and motor skills in N.E.M. practices ; support the children's construction as a subject.

KEY WORDS :

Motor evolution levels, tonicity, tonic dialogue, physiotherapy, psychomotricity