

## **VIVRE AVEC L'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE**

*Le rôle de la psychomotricité auprès des enfants âgés de 0 à 3 ans*



Mémoire présenté par Mademoiselle Marjorie BOITIER  
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien



# **VIVRE AVEC L'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE**

*Le rôle de la psychomotricité auprès des enfants âgés de 0 à 3 ans*

Mémoire présenté par Mademoiselle Marjorie BOITIER  
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien



« *La vie ne vaut d'être vécue sans amour.* »

**SERGE GAINSBOURG** (*La Javanaise*)

## REMERCIEMENTS

Je tenais à remercier Séverine BEKIER qui a été présente tout au long de l'année pour me conseiller et me donner confiance mais également l'ensemble du personnel de l'hôpital de M.

Je remercie également Madame NEDEY et sa fille Céline pour avoir accepté un entretien mais également toutes les mamans qui m'ont offert la possibilité de les rencontrer et qui ont accepté de répondre à mes questions.

Je remercie aussi tous les enfants, Rose, Léa, Tom qui m'ont été fidèle toute l'année mais aussi Maxime et Fabrice pour avoir accepté de répondre à mes questions sur le handicap.

Je remercie également Odile TERRIER qui fut un soutien important pour moi.

Enfin, je remercie mes parents, mon frère et mon ami qui ont toujours été là même dans les moments les plus difficiles.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	10
L'ENFANT DE 0 A 3 ANS ET L'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE .....	11
<b>1 L'ENFANT DE 0 A 3 ANS .....</b>	<b>13</b>
1.1 EQUIPEMENT ET COMPÉTENCES DU NOUVEAU-NÉ .....	13
1.1.1 Définitions .....	13
1.1.1.1 Le prématuré .....	13
1.1.1.1.1 Quelques chiffres .....	13
1.1.1.1.2 Notion d'âge gestationnel, d'âge réel et d'âge corrigé .....	13
1.1.1.2 Le nouveau né a terme .....	14
1.1.2 Ses compétences sensorielles .....	14
1.1.2.1 La vision .....	14
1.1.2.2 La peau, le tact .....	14
1.1.2.3 L'olfaction et la gustation .....	15
1.1.2.4 L'audition .....	15
1.1.2.5 L'appareil vestibulaire .....	15
1.1.3 Les réflexes archaïques ou réactions primaires .....	15
1.1.4 La motricité spontanée .....	16
1.1.5 Les états d'éveil et du sommeil .....	16
1.1.5.1 Les niveaux d'éveil .....	16
1.1.5.2 Le sommeil .....	16
1.2 LE DÉVELOPPEMENT SENSORI-MOTEUR ET PSYCHOMOTEUR .....	17
1.2.1 Définition .....	17
1.2.2 Quelques bases physiopathologiques .....	17
1.2.2.1 Le système sous cortico-spinal .....	17
1.2.2.2 Le système cortico-spinal .....	17
1.2.3 L'évolution motrice .....	18
1.2.4 Les lois du développement psychomoteur .....	19
1.2.5 Le lien entre le développement psychomoteur et les stimulations du bébé .....	20
1.2.5.1 La méthode de Mme LEVY .....	20
1.2.5.2 La méthode selon HERREN .....	21
1.2.6 Les grandes étapes du développement psychomoteur .....	21
1.2.6.1 Les normes du développement moteur spontané du nourrisson selon E. PICKLER .....	21
1.2.6.2 Les niveaux d'évolution motrice selon METAYER .....	22
1.3 LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOAFFECTIF .....	23
1.3.1 Selon DE AJURIAGUERRA .....	23
1.3.2 Selon WINNICOTT .....	23
1.3.3 Selon FREUD .....	24
1.3.4 Selon SPITZ .....	24
1.4 LE DÉVELOPPEMENT COGNITIF .....	25
1.5 L'ÉVALUATION NEURO-PSYCHOMOTRICE DE L. VAIVRE-DOURET .....	26
<b>2 L'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE .....</b>	<b>27</b>
2.1 GÉNÉRALITÉS .....	27
2.1.1 Historique .....	27
2.1.2 Définition .....	28
2.1.3 Quelques chiffres .....	28
2.1.4 Un peu de neuroanatomie .....	28
2.1.5 Diagnostic .....	29
2.1.6 Les causes .....	30
2.1.7 Le tableau clinique .....	31
2.1.8 Les troubles associés .....	33
2.1.9 Comment évolue la lésion provoquant l'Infirmité Motrice Cérébrale ? .....	34
2.2 DEUX GRANDS TABLEAUX CLINIQUES PRÉDOMINANTS .....	35
2.2.1 La diploégie spastique ou syndrome de LITTLE .....	35
2.2.1.1 Historique .....	35
2.2.1.2 Définition .....	35
2.2.1.3 Causes .....	35
2.2.1.4 Le diagnostic .....	36
2.2.1.5 Le tableau clinique .....	36

2.2.1.6	Evolution .....	37
2.2.2	<i>L'hémiplégie cérébrale infantile</i> .....	37
2.2.2.1	Définition .....	37
2.2.2.2	Les causes .....	38
2.2.2.3	Le diagnostic .....	38
2.2.2.4	Le tableau clinique .....	38
2.2.2.4.1	Les attitudes caractéristiques .....	38
2.2.2.4.2	Les difficultés visuelles .....	38
2.2.2.4.3	Les déficits perceptifs corporels .....	39
2.2.2.4.4	L'épilepsie .....	39
2.2.2.4.5	Un retard mental .....	39
2.2.2.5	Evolution .....	39
2.3	LES DIFFÉRENTES PRISES EN CHARGE FACE À L'INFIRMITÉ MOTRICE CÉRÉBRALE .....	39
2.3.1	<i>La kinésithérapie</i> .....	39
2.3.2	<i>L'orthopédie</i> .....	39
2.3.3	<i>La chirurgie</i> .....	40
2.3.4	<i>L'orthophonie</i> .....	40
2.3.5	<i>L'ergothérapie</i> .....	40
2.3.6	<i>La psychomotricité ou rééducation psychomotrice</i> .....	41
2.3.6.1	Historique .....	41
2.3.6.2	Définition .....	42
2.3.6.3	La prise en charge psychomotrice précoce chez le prématuré .....	42
2.3.6.3.1	Le positionnement du bébé prématuré .....	42
2.3.6.3.2	Le programme de soins NIDCAP .....	43
2.3.6.4	La prise en charge psychomotrice chez l'enfant IMC de 0 à 3 ans .....	43
2.3.6.5	Les centres spécialisés de prise en charge .....	44

## **LA PSYCHOMOTRICITE FACE A L'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE..... 45**

### **3 PRESENTATION DE L'HOPITAL DE M..... 47**

3.1	LA STRUCTURE .....	47
3.1.1	<i>Les différentes classes de maternité</i> .....	47
3.1.2	<i>Le service de néonatalogie</i> .....	47
3.1.3	<i>Le service de consultations pédiatriques</i> .....	48
3.2	LE PERSONNEL .....	49
3.2.1	<i>Le service de néonatalogie</i> .....	49
3.2.2	<i>Le service de consultations pédiatriques</i> .....	49
3.3	LA PSYCHOMOTRICITÉ .....	50
3.3.1	<i>Le cadre de la psychomotricité</i> .....	50
3.3.2	<i>La place de la psychomotricité</i> .....	50
3.4	ROSE FACE À LA QUADRIPLÉGIE SPASTIQUE .....	51
3.4.1	<i>Présentation du patient et anamnèse</i> .....	51
3.4.1.1	Anamnèse .....	51
3.4.1.2	Déroulement de la grossesse .....	52
3.4.1.3	Contexte familial .....	52
3.4.1.4	Evolution d'après les bilans psychomoteurs effectués depuis ses 3 mois d'âge réel .....	52
3.4.2	<i>Bilans et prises en charge complémentaires</i> .....	53
3.4.2.1	Prises en charge complémentaires .....	53
3.4.2.2	Bilan psychomoteur .....	53
3.4.2.2.1	Observations .....	54
3.4.2.2.2	Conclusions du bilan .....	54
3.4.3	<i>Projet thérapeutique</i> .....	55
3.4.3.1	Le cadre .....	55
3.4.3.2	Les axes de travail .....	55
3.4.4	<i>La prise en charge</i> .....	55
3.4.5	<i>Conclusion</i> .....	56
3.5	LÉA FACE À UNE HÉMIPLÉGIE DROITE .....	57
3.5.1	<i>Présentation du patient et anamnèse</i> .....	57
3.5.1.1	Anamnèse .....	57
3.5.1.2	Contexte familial .....	57
3.5.1.3	Evolution psychomotrice depuis sa sortie du service de réanimation néonatale .....	57
3.5.2	<i>Bilans et prises en charge complémentaires</i> .....	58
3.5.2.1	Prises en charge et examens complémentaires .....	58
3.5.2.2	Bilan psychomoteur .....	58
3.5.2.2.1	Observations .....	59
3.5.2.2.2	Conclusions du bilan .....	59
3.5.3	<i>Projet thérapeutique</i> .....	60

3.5.3.1	Le cadre .....	60
3.5.3.2	Les axes de travail .....	60
3.5.4	<i>La prise en charge</i> .....	60
3.5.5	<i>Conclusion</i> .....	61

<b>PLUS LARGEMENT... LE HANDICAP ET LA PSYCHOMOTRICITE .....</b>	<b>62</b>
--	-----------

<b>4 L'ANNONCE DU HANDICAP .....</b>	<b>64</b>
--------------------------------------	-----------

4.1	LES CONSÉQUENCES DE L'ANNONCE POUR LES PARENTS MAIS AUSSI POUR L'ÉQUIPE MÉDICALE .....	64
4.2	LE MOMENT DE L'ANNONCE DU HANDICAP .....	65
4.3	D'UN POINT DE VUE PSYCHOLOGIQUE.....	66
4.4	LES PARENTS DE MARC ET TOM FACE À L'ANNONCE DU HANDICAP .....	69

<b>5 LE HANDICAP.....</b>	<b>71</b>
---------------------------	-----------

5.1	DÉFINITION.....	71
5.2	SA PERCEPTION AU SEIN DE LA FRATRIE .....	72
5.3	QUELLE PLACE DANS LA SOCIÉTÉ.....	74
5.3.1	<i>Les moyens mis en place</i> .....	74
5.3.2	<i>Leur insertion scolaire : états des lieux</i> .....	76
5.3.3	<i>Quel avenir ?</i> .....	80
5.4	L'ENFANT FACE À SON HANDICAP .....	81

<b>6 ET LA PSYCHOMOTRICITE, QUE PEUT-ELLE APPORTER FACE AU HANDICAP ET A SON ANNONCE? .....</b>	<b>84</b>
---	-----------

<b>CONCLUSION.....</b>	<b>85</b>
------------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>86</b>
----------------------------	-----------

<b>REFERENCES INTERNET .....</b>	<b>88</b>
----------------------------------	-----------

<b>ANNEXES .....</b>	<b>89</b>
----------------------	-----------

## INTRODUCTION

La vie est faite d'évènements (difficiles ou joyeux) qui nous font comprendre combien il est important de profiter de chaque jour qui passe. Ils nous poussent à nous dépasser et nous font grandir.

Notre force intérieure et celle de notre entourage nous permettent d'avancer mais le plus important est de savoir demander de l'aide et de ne pas se replier sur soi-même.

C'est cette réflexion qui m'a conduite à m'interroger sur l'évènement difficile qu'est l'arrivée d'un enfant handicapé. En effet, dans le cas où la vie vient à vous donner un enfant handicapé, et plus particulièrement un enfant Infirmes Motrice Cérébrale, **quel impact sur le devenir de l'enfant mais aussi de sa famille cela a-t-il ?**

Au cours de cette 3<sup>ème</sup> année, j'ai pu découvrir à travers mes stages en service de néonatalogie et de pédiatrie la douloureuse réalité d'un diagnostic et d'une annonce de handicap notamment l'Infirmes Motrice Cérébrale. J'ai également découvert une facette de la psychomotricité que je ne connaissais pas et qui m'a interpellée.

- **comment et pourquoi le psychomotricien peut-il détecter cette pathologie ?  
Quels sont ses outils ?**
- **quel est le but de la prise en charge ?**
- **quelle aide peut-il apporter ?**
- **quel rôle a-t-il auprès de l'enfant mais aussi de sa famille ?**

Nous tenterons de répondre à ces questions tout au long de ce mémoire en découvrant dans une première partie, quelles sont les caractéristiques de l'enfant âgé entre 0 et 3 ans et ce qu'est l'Infirmes Motrice Cérébrale.

Dans une deuxième partie, nous présenterons l'hôpital de M. et nous irons à la rencontre de deux petites filles Rose et Léa, atteintes toutes les deux d'Infirmes Motrice Cérébrale.

Puis dans une troisième partie, nous élargirons notre réflexion sur le handicap, son annonce aux parents tout en privilégiant le rôle de la psychomotricité.

## **L'ENFANT DE 0 A 3 ANS ET L'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE**

Dans cette première partie, nous allons découvrir l'enfant de 0 à 3 ans, ses compétences, les caractéristiques de son développement et un des bilans psychomoteurs qui lui est propre.

Puis nous nous pencherons plus largement sur l'Infirmité Motrice Cérébrale, ses caractéristiques, ses causes, ses différentes formes cliniques et ses différents modes de prise en charge en privilégiant l'aspect psychomoteur.

Deux grands tableaux cliniques nous permettant de comprendre au mieux la seconde partie seront décrits :

La diplégie spastique et l'hémiplégie cérébrale infantile.

## 1 L'ENFANT DE 0 A 3 ANS

« *L'enfant ne sait vivre que son enfance. La connaître appartient à l'adulte. Mais qui va l'emporter dans cette connaissance, le point de vue de l'adulte ou celui de l'enfant ?* »  
(H.WALLON)

### 1.1 Equipement et compétences du nouveau-né

#### 1.1.1 Définitions

##### 1.1.1.1 Le prématuré

Selon les normes internationales et selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en particulier, on définit la prématurité comme une naissance intervenant à moins de 37 semaines révolues après le premier jour des dernières règles (soit 37 SA ou Semaines d'Aménorrhées).

On parle généralement de **grande prématurité** lorsque la naissance est inférieure à 32 SA, de **très grande prématurité** lorsque celle-ci est inférieure à 28 SA et de **prématurissime** lorsqu'elle est inférieure à 26 SA.

Le poids de naissance n'est plus un facteur nécessaire pour permettre l'évocation d'une prématurité. Cependant un petit poids associé à la prématurité augmente les facteurs risques.

##### 1.1.1.1.1 Quelques chiffres

Il y a de plus en plus de naissances prématurées. En 1995, elles représentent 5,4% des naissances soit 45000 naissances. En 1998, elles sont de 6,8%. En 2001, elles sont de 7,2% soit 56000 naissances. Enfin, en 2005, elles sont de 7,5% soit 60000 naissances.

##### 1.1.1.1.2 Notion d'âge gestationnel, d'âge réel et d'âge corrigé

**L'âge gestationnel** permet de dater l'âge de développement et de maturation de l'embryon puis du fœtus. L'âge gestationnel se mesure en **semaines d'aménorrhées ou SA**, c'est-à-dire à partir de la date des premières règles. La conception à proprement parlé a donc lieu vers 2 SA. En début de grossesse, l'obstétricien calcule une date présumée d'accouchement en se basant sur 41 SA.

L'âge de l'enfant prématuré peut être perçu de deux manières :

- soit en **âge réel**, c'est-à-dire l'âge de l'enfant depuis le jour de sa naissance. Cet âge est celui qui lui servira tout au long de sa vie. Ce sont principalement les parents et l'entourage proche du bébé qui l'utilise.
- soit en **âge corrigé**, c'est-à-dire l'âge que devrait avoir l'enfant s'il était né à terme. En d'autres termes, cela correspond à l'âge réel de l'enfant auquel il faut retirer sa prématurité. Cette notion est utilisée jusqu'aux deux ans de l'enfant et permet au psychomotricien de prendre en compte les difficultés liées à la prématurité dans l'évaluation des compétences psychomotrices du bébé.

#### **1.1.1.2 Le nouveau né a terme**

Le bébé est dit à terme lorsqu'il naît entre la 37<sup>ème</sup> SA et la 41<sup>ème</sup> SA. Il pèse généralement 3300 g (plus ou moins 700g), il mesure 50 cm (plus ou moins 4 cm) et ses périmètres crânien et thoracique sont de 34 cm (plus ou moins 2 cm).

#### **1.1.2 Ses compétences sensorielles**

*« La compétence de base est entendue comme l'ensemble des comportements que le jeune enfant, en se fondant sur son équipement biologique de départ, est susceptible de manifester, quand les circonstances, le contexte et les conditions environnementales s'y prêtent ».* (POMERLEAU et MALCUIT, 1983)

##### **1.1.2.1 La vision**

A 2 mois, le bébé peut suivre du regard jusqu'à 180°. A 4 mois, il accommode et perçoit les détails de l'objet. Au cours des trois premiers mois, la vision binoculaire se met en place. La fixation oculaire et la poursuite oculaire saccadée existent dès la naissance mais sont fonction de la qualité du stimulus.

##### **1.1.2.2 La peau, le tact**

La peau du bébé est sensible au chaud et au froid. Il est sensible à la douleur mais les seuils sont encore mal connus.

### **1.1.2.3 L'olfaction et la gustation**

Le nouveau-né manifeste des préférences gustatives et olfactives, il ressent l'arôme de l'aliment. Il différencie par mimique de rejet ou de plaisir un goût amer, sucré, salé ou acide. Il ressent la sensation de chaud et froid et la consistance des aliments. Le bébé est sensible au changement de goût du lait maternel mais également à l'odeur maternelle.

### **1.1.2.4 L'audition**

A 3 jours, le bébé reconnaît la prosodie de la langue.

Il est capable de différencier deux syllabes « ba » et « pa ». Il perçoit une grande variété de contrastes phonétiques bien avant de pouvoir les reproduire.

### **1.1.2.5 L'appareil vestibulaire**

Le système vestibulaire est mature à terme avec la myélinisation complète des fibres du nerf vestibulaire.

## **1.1.3 Les réflexes archaïques ou réactions primaires**

Le comportement du nouveau-né est régi en grande partie par des réflexes involontaires contrôlés par la partie inférieure du cerveau. Les réflexes primaires sont la marque d'un fonctionnement cérébral sous cortico-spinal. Leur présence est physiologique chez le fœtus et au cours des premiers mois de la vie et contribue à affirmer l'intégralité neurologique, mais ne rassure pas sur l'intégralité du cerveau supérieur. Ce n'est que vers 3-4 mois que ces réflexes se transforment progressivement en mouvements volontaires.

Ces réflexes sont les suivants :

- le réflexe des points cardinaux
- le réflexe du grasping au niveau de la main et du pied
- les réflexes d'évitement comprenant les réflexes asymétriques du cou, de l'allongement croisé, du passage du bras et d'incubation du tronc
- les réflexes de redressement comprenant les réflexes de la marche automatique, d'enjambement de l'obstacle et de Moro

Ces réflexes sont un vaste réservoir de schémas élémentaires qui, avec la corticalisation progressive, joueront un rôle essentiel dans la mise en place de mouvements coordonnés ultérieurs. Le bébé est alors déjà programmé dans une réponse adaptative à son environnement.

### 1.1.4 La motricité spontanée

Lors du sommeil, on peut observer des sursauts et des mouvements aux extrémités.

Lors de l'éveil, des mouvements de flexion et d'extension sont présents au niveau des membres ainsi que des mouvements de rotations latérales de la tête.

Cette motricité spontanée disparaît entre 5 et 8 mois au moment où la motricité volontaire se met en place. Ces mouvements sont les prémices indispensables de l'activité future.

### 1.1.5 Les états d'éveil et du sommeil

#### 1.1.5.1 Les niveaux d'éveil

Le comportement de l'enfant varie en fonction de sa vigilance.

Il peut en effet présenter 5 états différents :

- état 1 : yeux fermés, respiration régulière, pas de mouvements
- état 2 : yeux fermés, respiration irrégulière, pas de mouvements
- état 3 : yeux ouverts, pas de mouvements ; c'est l'état idéal de l'examen
- état 4 : yeux ouverts, mouvements importants, pas de cris
- état 5 : yeux ouverts ou fermés, cris

L'enfant alterne sommeil et attention. Il possède un potentiel d'organisation c'est-à-dire qu'il a la capacité à se tranquilliser ou au contraire à rester éveillé et à s'exposer à plus de stimulations.

#### 1.1.5.2 Le sommeil

Il existe différentes formes de sommeil :

- le sommeil paradoxal
- le sommeil lent

Chez le nourrisson, 50% sont en sommeil paradoxal durant lequel se fait la croissance et la maturation du système nerveux central. Puis la diminution de son sommeil paradoxal et l'augmentation du sommeil lent témoignent de la maturation des centres corticaux.

## **1.2 Le développement sensori-moteur et psychomoteur**

### **1.2.1 Définition**

En 1938, PIAGET emploie le terme « sensori-moteur », il le situe entre la naissance et 18-24 mois, jusqu'à l'acquisition du langage.

Les différents mouvements constituent une première matrice, sur lequel l'enfant se construit, articulant un mouvement de cohésion du corps et un mouvement de différenciation des zones corporelles.

L'enfant va acquérir son autonomie tout en construisant des liens avec les objets.

Pour DE AJURIAGUERRA, le développement psychomoteur passe par trois phases :

- la première est l'organisation de la charpente motrice. Organisation proprioceptive, disparition des réactions primaires
- la deuxième est l'organisation du plan moteur, où l'intégration successive passe à l'intégration simultanée
- la troisième phase est l'automatisation de l'acquis

### **1.2.2 Quelques bases physiopathologiques**

La maturation neurologique correspond à la maturation du système nerveux central.

Les modifications neurologiques et l'apparition des différentes acquisitions psychomotrices vont engendrer l'apparition puis l'achèvement des réflexes archaïques. Il est important de tenir compte des différences inter individuelles.

La maturation neurologique repose sur deux systèmes de contrôle moteur :

Le système sous cortico-spinal, archaïque puis le système cortico-spinal.

#### **1.2.2.1 Le système sous cortico-spinal**

Il comprend des faisceaux issus des noyaux du toit, de la formation réticulée et des noyaux vestibulaires. Issu du tronc cérébral, il est qualifié de système inférieur ou encore extrapyramidal. Sa myélinisation est précoce. Elle se fait entre les 24 et 34<sup>ème</sup> semaines de gestation dans le sens ascendant c'est-à-dire caudo-céphalique. Ce système permet le maintien de la posture. Il n'arrive pas au conscient, il est indépendant de la volonté.

#### **1.2.2.2 Le système cortico-spinal**

Il comprend les zones corticales motrices, les cortex associatifs impliqués dans la motricité et les voies cortico-spinales. Il est qualifié de système supérieur ou encore pyramidal. Il

contribue au contrôle du tonus postural par le jeu des influences inhibitrices ou excitatrices sur le motoneurone. Son rôle prédomine dans la motricité fine et en particulier dans l'exécution des mouvements indépendants des doigts, ainsi que dans la précision et la vitesse de manipulation. Sa myélinisation est plus tardive. Elle se fait entre la 32<sup>ème</sup> SA et 2 ans très rapidement puis beaucoup plus lentement jusqu'à 12 ans. Elle se fait dans le sens descendant c'est-à-dire céphalo-caudal vers la moelle épinière. Il est volontaire et conscient et les informations partent du cortex.

Ces 2 systèmes n'ont ni la même fonction ni la même horloge maturative. Ces étapes de maturation sont appréciées en examinant la fonction neuromotrice. Un contrôle neuromoteur de type archaïque prédominera au cours de la vie fœtale, puis une phase d'encéphalisation progressive lui succèdera et se poursuivra rapidement sur les 2 premières années et plus lentement jusqu'à 12 ans.

### 1.2.3 L'évolution motrice

Trois lois caractérisent l'évolution motrice :

- **la loi de différenciation :**

Au départ le bébé a une motricité globale dont les décharges sont généralisées à tout le corps. Le bébé passe d'une motricité involontaire à une motricité volontaire. En effet, son activité motrice s'affine pour devenir de plus en plus fine, élaborée et localisée.

- **la loi de variabilité :**

L'évolution du développement psychomoteur se fait toujours dans le sens d'un perfectionnement progressif. Mais ces progrès ne sont pas uniformes et continus. En effet, la maturation passe par des phases de progression rapide mais aussi d'arrêt, de stagnation, voire de régression pour ensuite mieux repartir.

- **la loi de succession :**

La maturation est réalisée avec un ordre d'évolution constant. Ainsi le développement psychomoteur se réalise à partir de 2 lois fondamentales :

La loi céphalo-caudale : Elle concerne le tonus axial. Les muscles de l'axe sont d'autant plus tôt sous le contrôle de la volonté qu'ils sont proches du système nerveux central. Cette série d'étapes amène à une coordination statique avec des acquisitions descendantes : tenue de la tête, station assise, contrôle du bassin et station debout.

La loi proximo-distale : Elle concerne le tonus des membres. Les muscles des membres sont d'autant plus tôt sous le contrôle de la volonté qu'ils sont proches de l'axe du corps. Cette série d'étapes amène à une coordination fine. La finalité est la préhension et la motricité fine.

#### 1.2.4 Les lois du développement psychomoteur

L'acquisition des fonctions motrices dépend de l'élaboration des structures anatomiques ; ceci en étroite relation avec l'environnement, les situations d'apprentissage et le contexte psychoaffectif. A la naissance, le bébé a un stock de neurones. Il n'en fabriquera plus et la maturation se fera sur l'enrichissement des connexions, la rapidité de conduction....

Principalement on retrouve :

- **la myélinisation :**

Elle sert à accélérer la vitesse de conduction de l'information nerveuse. Elle commence dès le 4<sup>ème</sup> mois de grossesse et se termine vers 2 ans. Elle s'observe à travers les réflexes. La myélinisation se fait dans le sens descendant, c'est-à-dire céphalo-caudal.

- **l'organisation de l'activité électrique :**

L'activité électrique mesurée par l'électroencéphalogramme (EEG) évolue avec les capacités d'apprentissage. A la naissance, l'amplitude et la fréquence sont assez faibles. Progressivement l'activité devient plus riche et une différenciation veille-sommeil ainsi qu'une variation en fonction des stimulations extérieures apparaît.

- **la synaptogénèse :**

Elle représente les connexions (synapses) entre neurones. Ce système nécessite des processus métaboliques, électriques et enzymatiques (neuromédiateurs). Les synapses s'enrichissent tout au long des apprentissages.

- **l'organisation des systèmes neuro-fonctionnels :**

Le développement du cerveau se spécialise par l'organisation des capacités fonctionnelles qui rendent possibles la construction du Moi : organisation de nos expressions émotionnelles, des centres sensori-moteurs et des centres perceptifs et analyseurs.

### 1.2.5 Le lien entre le développement psychomoteur et les stimulations du bébé.

L'enfant présente des schémas moteurs innés élémentaires renforcés par l'expérience et son rapport avec l'environnement. L'importance de ce dernier élément varie selon l'âge de l'enfant.

- de 0 à 3 mois : les processus maturatifs suffisent à assurer les fonctions de cet âge.
- à partir de 3 mois : la présence d'un affectif stimulant et épanouissant est nécessaire.
- à partir de 6 mois : les expériences permettent les apprentissages et ont un rôle fonctionnel sur la qualité des acquisitions.
- à partir de 2 ans : les stimuli doivent avoir une certaine valeur d'un point de vue qualitatif pour être enrichissants.

Dans certains cas, l'enfant peut subir une quantité excessive de stimulations qu'il n'est pas capable d'intégrer. On parle dans ce cas de sur stimulation.

Dans le cas contraire, l'enfant peut être sujet à des carences de stimulations affectives, visuelles, verbales et interactives. Dans ce cas, il s'agit de privation. Elle peut être due à des facteurs environnementaux ou économiques.

Des stimulations compensatoires peuvent être alors proposées : ce sont les **stimulations psychomotrices**. L'objectif est d'accompagner l'enfant vers plus d'autonomie motrice tout en stimulant les fonctions cognitives et de favoriser les échanges de communication entre l'enfant et son milieu.

Le psychomotricien sert alors de référence et d'organisateur de la pensée. En stimulant le corps, il cherche à stimuler l'esprit dans sa fonction cognitive et affective.

Ces stimulations psychomotrices sont indiquées après l'évaluation des capacités de l'enfant au travers d'un bilan psychomoteur qui sera décrit ultérieurement.

Cependant, en général, les indications concernent plutôt les bébés affectés par une anomalie physique ou si le comportement du bébé paraît insatisfaisant.

Il existe différentes méthodes de stimulations psychomotrices. Deux seront présentées : la méthode de Mme LEVY et celle de HERREN (1980).

#### 1.2.5.1 La méthode de Mme LEVY

Cette méthode cherche à favoriser l'épanouissement de l'enfant, le mettre à l'aise dans son corps et à accompagner son développement tout en s'adaptant à son rythme et à sa personnalité.

Elle prévient les déformations motrices, contribue à l'équilibre de l'enfant en lui donnant un sentiment de sécurité tout en apaisant son angoisse et investit l'action des parents d'un attrait supplémentaire.

De 0 à 12 mois, cette méthode privilégie des mouvements de gymnastique avec des mouvements abdominaux, des mouvements dorsaux, des mouvements globaux et des mouvements respiratoires. La décontraction est également travaillée.

A partir de 9 mois, les mouvements globaux sont privilégiés. C'est l'âge où l'enfant éprouve un réel plaisir grâce à son activité motrice. Il aura envie de faire tout seul, mais il a besoin de la présence de l'adulte pour progresser. Les mouvements globaux seront des jeux avec l'adhésion totale de l'enfant.

### **1.2.5.2 La méthode selon HERREN**

Cette méthode est utilisée chez l'enfant de 4 à 15 mois. Elle privilégie la prise de contact, les manœuvres de détente et les mouvements intéressant l'axe corporel. L'intérêt étant de stimuler le corps de l'enfant en fonction de son développement psychomoteur.

## **1.2.6 Les grandes étapes du développement psychomoteur**

### **1.2.6.1 Les normes du développement moteur spontané du nourrisson selon E. PICKLER**

E. PICKLER est un médecin hongrois qui travailla dans les pouponnières des LOCZY de 1946 à 1963.

Elle décrit 10 phases dont l'ordre peut varier selon les enfants :

- demi-retournement du dos sur le côté
- se tourne sur le ventre
- se tourne du ventre sur le dos
- rampe à plat ventre
- marche à 4 pattes
- s'assoit
- se met à genou, dos dressé
- se met debout
- commence à marcher sans se tenir
- la marche est assurée, l'enfant s'en sert quotidiennement pour se déplacer

### 1.2.6.2 Les niveaux d'évolution motrice selon METAYER

Définis en 1963, les **Niveaux d'Evolution Motrice (NEMS)** représentent des situations actives où les aptitudes cérébro-motrices innées interviennent d'une manière évidente dès les premiers niveaux pour permettre des ajustements automatiques régulés dans l'exécution des mouvements.

Il existe de nombreuses combinaisons possibles à chaque niveau d'évolution qui sont les suivantes :

- les **zones** :
  - o zone 1 : l'enfant est positionné sur le dos, il est capable de soulever les membres du sol et de décoller les fesses
  - o zone 2 : retournement du dos sur le ventre dans tous les sens
  - o zone 3 : position asymétrique sur le ventre puis il va suivre des enchaînements vers l'avant : le ramper, la position à 4 pattes, retournement mobile sur le dos / ventre, ventre / dos
- les **niveaux d'évolution** :
  - o position à genoux, assis sur les talons
  - o passe à 4 pattes et il revient à la position précédente
  - o station assise stable, l'extension du cou est possible sans déséquilibre (3 types) : parachute avant, parachutes latéraux et parachutes arrière
  - o position assise à la position assise / plage
  - o des exercices de translation à gauche et à droite dans ces différentes positions sont établis afin de tonifier l'axe et le buste
- les **Niveaux d'Evolution Motrice Supérieure** :
  - o position du chevalier servant ou position accroupie
  - o position accroupie avec ou sans appui des mains
  - o passage à 4 pattes et suivi de déplacement
  - o passage en position debout en s'agrippant et maintien de la position avec appui des mains
  - o marche latérale tenue par une seule main
  - o marche libre

Il est important de considérer les variations individuelles quant à cette norme de développement. En effet, chaque individu est unique et se développe en fonction de sa personnalité, sa qualité de potentialité cérébro-motrice, son évolution plus ou moins rapide

de la maturation du système nerveux, sa richesse d'expériences motrices et son contexte socio-culturel.

En théorie, l'enfant tient sa tête vers 3 mois, se tient assis à 9 mois et marche tout seul à 18 mois.

En ce qui concerne l'évolution de la préhension, de la compréhension et du langage chez l'enfant de 0 à 3 ans, se référer au tableau récapitulatif situé en annexes pp.96-98.

### 1.3 Le développement psychoaffectif

#### 1.3.1 Selon DE AJURIAGUERRA

Le tonus s'inscrit dans le corps mais aussi dans la relation avec le corps. Les prémices et le meilleur exemple se trouvent dans la relation mère / enfant où l'on retrouve un dialogue corporel lié au tonus de la mère et à celui de l'enfant : c'est le **dialogue tonique**. DE AJURIAGUERRA en fut le précurseur. Plus largement, on le retrouve dans toute relation. Le dialogue tonique est important dans le développement psychologique de l'enfant car il tisse les premières interrelations et prépare les autres.

#### 1.3.2 Selon WINNICOTT

D.W. WINNICOTT aborde trois éléments à travers lesquels l'environnement doit intervenir pour permettre la **maturation du Moi** de l'enfant.

- **le holding** : Façon dont l'enfant est porté. Si le holding est assuré de manière suffisante et régulière, le sentiment continu d'exister de l'enfant est préservé et la maturation est possible. Le bébé a le sentiment d'avoir un corps propre, limité par une enveloppe corporelle qui le différencie des autres. Vers 9 / 10 mois, la notion de dedans et dehors est acquise.
- **le handling** : Manière dont l'enfant est porté avec une mise en valeur des soins corporels (manipulation des mains). Il contribue au processus de personnalisation étroitement lié au développement du fonctionnement mental de l'enfant.
- **l'object presenting** : Edification des premières relations objectales qui aboutit à la capacité de manipuler, de découvrir les objets et donc le monde extérieur.

### 1.3.3 Selon FREUD

FREUD, psychanalyste, décrit différents stades spécifiques qui vont se chevaucher et coexister. Ils correspondent au développement libidinal de l'enfant. La libido est définie en fonction de la zone érogène qui prédomine. Les différents stades suivent les investissements et les intérêts de l'enfant au fur et à mesure de son développement.

On distingue classiquement :

- **le stade oral de 0 à 6 mois** : le bébé privilégie la zone bucco-pharyngée avec la prise d'aliments afin d'assouvir son but vital, la faim. Au travers de cette prise de nourriture, le bébé va peu à peu élaborer ses premières représentations psychiques.
- **le stade anal de 1 à 3 ans** : la zone anale est privilégiée avec un plaisir à la défécation de l'objet fécal. C'est la période de contrôle des sphincters. L'enfant prend conscience de ses limites corporelles entre l'intérieur et l'extérieur mais aussi de son pouvoir sur son environnement et surtout sur ses parents.
- **le stade phallique de 3 à 5-6 ans** : le plaisir sexuel infantile au travers de la zone génitale est mise en valeur. Ce stade est en lien avec la période oedipienne et contribue au passage du corps morcelé au corps unifié.

### 1.3.4 Selon SPITZ

SPITZ a aussi nommé des stades de développement qui correspondent à des moments organisateurs de la vie de l'enfant. Ces périodes agissent dans le sens de l'individualisation du sujet par rapport à l'objet d'amour.

- **le premier organisateur : la réaction de sourire à 3 mois.**

L'enfant identifie par son vécu corporel son « je ». L'enfant différencie un monde extérieur du monde intérieur, il reconnaît « un autre ». Il peut alors par différenciation s'identifier lui-même, commencer à ébaucher son moi.

- **le deuxième organisateur : l'anxiété du huitième mois ou angoisse du 8<sup>ème</sup> mois.**

Le bébé s'effraie des personnes qu'il connaît pourtant bien et s'agrippe à sa mère. On parle aussi de la peur de l'étranger. Il différencie sa mère des autres individus. L'angoisse du huitième mois est un moment clé du développement de l'enfant. Ce changement lié au sevrage induit à la fois une séparation physique et à la fois la parole qui va prendre de plus en plus de place entre l'enfant et sa mère.

C'est à cette même période, que l'enfant franchit le stade du miroir et la permanence de l'objet. L'enfant s'est construit une image mentale de l'objet absent.

- **le troisième organisateur : le « non » entre 12 et 15 mois.**

Ce geste ouvre les relations sociales. C'est un nouveau moyen de se différencier par rapport aux autres. L'enfant se reconnaît comme différent des autres et en disant « non », il s'affirme comme individu à part entière.

## **1.4 Le développement cognitif**

PIAGET décrit 4 grands stades de l'intelligence qui sont les suivants :

- **l'intelligence sensori-motrice de 0 à 2 ans :**

Pour lui, avant le langage, l'intelligence du bébé est basée sur l'action du corps sur le milieu faite de réussites et d'erreurs. C'est un stade expérimental non conceptuel. Les coordinations se mettent en place en utilisant la sphère sensorielle. L'enfant s'approprie son corps en passant par la prise d'objets.

- **l'intelligence pré-opératoire de 2 à 7 ans :**

Ce stade correspond au début de la pensée symbolique avec une grosse étape qui est l'imitation puis l'imitation différée dans un deuxième temps. C'est une étape très importante dans l'intelligence. L'enfant acquiert la notion de semblant et du symbole. La représentation est une transition très importante qui permet à l'enfant d'acquérir le langage à partir de 2 ans. Il peut ainsi exprimer sa pensée. Il est capable d'exprimer des émotions dans la pensée symbolique.

- **les opérations concrètes de 7 à 11 ans :**

L'enfant classe, fait des liens de causalité, groupe et raisonne.

- **le stade des opérations formelles de 11 ans jusqu'à l'âge adulte :**

La notion d'abstraction est privilégiée avec la mise en valeur des étapes de raisonnement (hypothèses, démonstrations, déductions, déductions finales).

Les 3 pôles, **affectivité**, **motricité** et **cognition** sont indissociables. En psychomotricité, l'enfant est pris dans sa globalité. Si un domaine est touché, des répercussions sur les autres domaines vont être engendrées.

Afin d'évaluer au mieux l'enfant dans son intégralité, plusieurs bilans sont mis en place dont un très utilisé : le bilan de L. VAIVRE-DOURET.

## 1.5 L'évaluation neuro-psychomotrice de L. VAIVRE-DOURET

Cette évaluation, réalisée selon les grilles de L. VAIVRE-DOURET en 1997, situées en annexes pp.89-95 de ce mémoire, s'inspire des travaux de SAINT ANNE D'ARGASSIES (1974), et ceux d'AMIEL TISON et GRENIER (1985).

Cet examen permettra de détecter tous signes d'immaturation.

Un examen sommaire peut se faire dès la naissance ; il ne fournira que des renseignements grossiers, et sera sujet à d'importantes modifications dans les heures et les jours qui suivent. Il est important de réunir de bonnes conditions d'examen, c'est-à-dire un enfant bien réveillé avant une tétée.

Elle est basée sur l'observation et la cotation des éléments suivants :

- **tonus passif**

Le psychomotricien évalue l'extensibilité sur l'enfant au repos en décubitus dorsal. Cette étude permet de vérifier la présence d'une hypertonie périphérique normale chez l'enfant à terme.

- **tonus actif**

Elle consiste à mettre l'enfant dans une situation active et permet d'étudier les redressements des différents segments. A terme normal, l'enfant mis en position debout a un bon appui plantaire et se redresse avec ses membres inférieurs suivi d'un redressement du tronc et du cou.

L'étude du redressement de la tête seule, en partant de la position en décubitus dorsal et en tirant l'enfant par les épaules est importante.

- **réflexes primaires**

La mise en évidence du réflexe de succion, du réflexe des points cardinaux, du réflexe de Moro, du grasping ou encore de la marche automatique est privilégiée.

- **des capacités d'éveil, d'interaction, de langage et de compréhension**

Chaque item est coté et permet de déterminer un score de maturation en rapport avec l'âge gestationnel du bébé.

Cette évaluation est utilisée chez le prématuré, le nouveau-né à terme et chez l'enfant jusqu'à 4 ans. Elle permet de détecter les signes précoces de séquelles neurologiques sur une population dite « à risque ». Elle est le point de départ d'un fil conducteur pour accompagner l'enfant et sa famille. Elle démontre aux parents les compétences de leur bébé et contribue au dépistage précoce.

Le prématuré se caractérise par une hypotonie importante dont le renforcement se fera dans le sens caudo-céphalique avec une évolution jusqu'au terme de 40 SA. La mise en place des différents réflexes est liée à l'évolution du tonus.

La communication auditive et visuelle du nouveau-né avec le psychomotricien est très importante et doit se faire de préférence dans une atmosphère de calme et de disponibilité.

Suite à cette évaluation auprès du bébé qui doit être renouvelée si nécessaire à 3 mois, à 6 mois, à 1 an, à 18 mois puis à 2 ans, un diagnostic d'Infirmité Motrice Cérébrale peut être décrit. Cette seconde partie contribue à décrire plus précisément et à faire connaître ce type de handicap moteur qui peut être présent chez l'enfant dès son plus jeune âge.

## 2 L'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE

### 2.1 Généralités

#### 2.1.1 Historique

Le terme d'**Infirmité Motrice Cérébrale (IMC) ou Cerebral Palsy** des auteurs anglo-saxons regroupe un certain nombre de lésions neurologiques centrales entraînant des séquelles motrices, telles la Maladie de LITTLE, l'hémiplégie infantile, l'athétose...

LITTLE, dont nous parlerons par la suite, est le premier qui ait parlé de l'IMC. Résumant un travail de 20 années, il décrit un certain nombre d'attitudes ou de déformations pathologiques, caractéristiques de ces enfants, dont la plus connue reste « l'attitude en ciseaux » des membres inférieurs. Il est intéressant de noter que l'auteur soulignait les heureux résultats de la rééducation.

Il faut attendre le premier quart de ce siècle pour que soit reprise l'étude de ce problème. Aux Etats-Unis, BRONSON-CROTHERS, d'abord, puis PHELPS surtout, apportent une importante contribution à la classification et au traitement de l'IMC. D'autres auteurs, tels TEMPLE, FAY, PERLSTEIN, SCHWARTZ et KABAT approfondissent, dans les domaines les plus variés, l'étude des multiples aspects de ce syndrome.

En Angleterre, après la seconde guerre mondiale, le docteur et Madame BOBATH dressent les cadres d'un traitement de conception neurologique. En France, dès 1921, le Docteur TOURNAY, au centre de l'aide aux enfants paralysés, est le premier à s'occuper des IMC. Enfin en 1953, le Professeur TARDIEU ouvre, à l'Hôpital de Bicêtre, puis à Raymond-Poincaré, à Garches, le premier Centre National de traitement de l'IMC.

### 2.1.2 Définition

L'**Infirmité Motrice Cérébrale** résulte de lésions cérébrales précoces (de la conception à deux ans selon G. TARDIEU), non héréditaires, stabilisées (non évolutives) et responsables de déficiences motrices exclusives ou prédominantes.

Le handicap moteur séquellaire associé à des degrés variables des troubles de la posture et du mouvement.

Des troubles spécifiques des fonctions supérieures peuvent s'y associer comme des troubles perceptifs, praxiques et sensoriels.

Il subsiste une préservation des facultés intellectuelles avec une scolarisation possible. Cette définition exclut donc les enfants ayant un retard mental.

Si le retard mental est présent, on parle alors d'**Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC)**.

Si les déficits moteurs graves sont associés à un retard mental sévère et une réduction importante de l'autonomie, il s'agit alors du **Polyhandicap**.

Dans la littérature anglo-saxonne, **Cerebral Palsy** correspond à des syndromes moteurs déficitaires non progressifs pouvant se modifier avec l'âge et qui sont dus à des lésions ou malformations du cerveau, survenant dans les stades précoces du développement.

### 2.1.3 Quelques chiffres

Les enfants présentant un trouble moteur d'origine cérébrale représentent 2,14/1000 nouveau-nés, les IMC au sens strict 0,6/1000. L'incidence de cette pathologie a peu varié depuis 10 ans, malgré la surveillance plus stricte des grossesses et des soins périnataux (depuis 1970).

L'IMC n'est pas rare. Elle affecte 1 à 3 enfants de plus de trois ans sur 1000. Il doit y avoir près de 100 000 personnes en France, enfants et adultes, qui en sont atteints. Il est difficile d'en connaître le nombre exact parce que les IMC sont souvent mêlées dans les statistiques avec d'autres formes de handicaps moteurs.

### 2.1.4 Un peu de neuroanatomie

Les ordres moteurs volontaires sont émis par le cerveau dans le cortex moteur, situé dans chacune des 2 circonvolutions frontales ascendantes, situées juste en avant de la scissure de Rolando de chaque côté du cerveau. Là se situent en effet les cellules pyramidales dont les axones constituent les fibres motrices des mouvements volontaires. Ces fibres continuent vers la base du cerveau, traversant les pédoncules cérébraux et les pyramides

bulbaires, et plongent le long de la moelle épinière. Ces fibres changent de côté soit au niveau du bulbe soit au niveau de la moelle : les neurones du cortex gauche contrôlent donc les mouvements du côté droit du corps et réciproquement.

Ces fibres, issues des neurones moteurs du cortex, synapsent au niveau de la moelle épinière avec d'autres neurones qui innervent directement les muscles striés dont ils commandent la contraction (motoneurones alpha). Le circuit neuromoteur utilise donc deux neurones successifs. Ces neurones moteurs sont peu nombreux (2 millions sur les cent milliards de neurones).

Le contrôle de l'activité de ces neurones est permis par les motoneurones gamma qui innervent les fuseaux neuromusculaires et renseignent ainsi les centres nerveux sur l'état de tension du muscle.

Tout au long de la circonvolution frontale ascendante se répartissent les neurones pyramidaux contrôlant différentes régions du corps. Ces neurones sont beaucoup plus nombreux pour les régions du corps dont la motricité est la plus fine : le larynx, le visage et en particulier la bouche, et la main. Les zones correspondantes dessinent ainsi à la surface du cerveau un petit personnage, la tête en bas, souvent appelé homonculus (petit homme). La région inférieure correspond ainsi à la tête, tandis que la main est contrôlée par la zone extérieure haute du cortex et les jambes par la zone interne près de la scissure séparant les deux hémisphères du cerveau.

Une atteinte du lobe gauche du cerveau va ainsi conduire à une **hémiplégie** affectant la partie droite du corps, tandis qu'une hémorragie (par exemple) lésant la région située entre les hémisphères induit plutôt une **diplégie** touchant les membres inférieurs. Les notions d'hémiplégie et de diplégie seront davantage explicitées dans la suite de cet écrit.

A côté du circuit neuromoteur volontaire, d'autres circuits assurent les mouvements involontaires responsables en particulier du maintien de la posture et de l'équilibre. Ces circuits impliquent les noyaux gris centraux situés à la base du cerveau, aussi appelés corps striés ou striatum.

### 2.1.5 Diagnostic

La lésion cérébrale est responsable essentiellement d'une atteinte motrice, mais d'autres fonctions cérébrales peuvent aussi être impliquées. Les signes révélateurs, souvent signalés par les parents, peuvent être repérés à un âge variable suivant la gravité de l'atteinte. Une écoute attentive des parents et la surveillance rapprochée des enfants à risque doivent conduire à un diagnostic précoce.

**Les premiers signes** faisant suspecter l'IMC sont des difficultés dans le développement de la motricité avec des troubles du tonus.

Lors de la mise en place de la motricité volontaire, ce seront des signes évoquant un contrôle moteur anormal : des membres inférieurs raides, une main toujours fermée, une tenue du tronc asymétrique. Par contre, ces enfants témoignent d'une intelligence normale : ils ont une compréhension des situations et manifestent un intérêt pour des jeux de leur âge.

Chez les enfants nés prématurément et ayant un risque de constituer une IMC, donc surveillés pour cela, **l'échographie transfontanellaire** répétée dans les premières semaines de vie constitue le meilleur prédicateur de séquelles liées aux lésions cérébrales. Une fois constituées, ces lésions peuvent être visibles sur les examens tels le **scanner** mais surtout **l'imagerie par résonance magnétique (IRM)** qui permet de dater le moment de leur constitution.

### 2.1.6 Les causes

Les causes peuvent être anténatales, pendant l'accouchement ou dans les premiers moments de la naissance (néonatale), ou postnatales (classiquement pendant les deux premières années).

#### **Les causes anténatales :**

- un accident vasculaire cérébral

Les données actuelles tendent à montrer qu'il s'agit plus souvent d'une série de conditions anténatales sous-optimales que d'un seul accident ; les difficultés à l'accouchement ne sont d'ailleurs pas forcément la cause des lésions mais peuvent être une conséquence de l'hypotonie secondaire à la souffrance d'origine anténatale.

- une malformation cérébrale

#### **Les causes néonatales :**

- une grande prématurité : Le risque de lésion cérébrale par ischémie est plus important dans les cas de prématurité avant 32 SA avec un petit poids de naissance (PN) car la régulation de la circulation cérébrale se fait moins bien. Parmi les enfants nés entre 27 et 30 SA, ayant un PN entre 500 et 1280 grammes, 13% ont un handicap sévère, 25% un handicap moyen et 70% présenteront des troubles scolaires malgré un QI normal.
- un ictère nucléaire : la lésion cérébrale est provoquée par un ictère par effet toxique de la bilirubine sur les noyaux gris centraux.

La surveillance rapprochée du nouveau-né a permis de diminuer de façon significative de tels accidents qui entraîneraient en particulier des tableaux d'athétose.

- une souffrance néonatale : traumatisme obstétrical, hypoxie. Cette cause représente 35% des IMC.

#### **Les causes postnatales :**

- la cause toxique (due à un médicament)
- une infection : séquelles de méningite, encéphalopathie liée au virus du SIDA

La **méningite** est un processus inflammatoire, d'origine généralement infectieuse, atteignant les méninges c'est-à-dire l'ensemble des formations recouvrant l'encéphale et la moelle épinière. On désigne habituellement par le terme de méningite l'infection des méninges molles de l'espace sous-arachnoïdien compris entre l'arachnoïde et la pie-mère et dans lesquelles circule le liquide céphalorachidien.

Dans 70 à 80% des cas, les méningites sont d'origine virale. Elles sont généralement bénignes, le rétablissement étant le plus souvent spontané.

Dans 20 à 25% des cas, les méningites sont d'origine bactérienne. Elles sont graves car l'évolution spontanée est pratiquement toujours mortelle.

Dans moins de 5% des cas, les méningites infectieuses sont dues à des bactéries non pyogènes, à des parasites ou des processus néoplasiques.

- un traumatisme : accident de la voie publique, syndrome de Silverman (enfants victimes de sévices provoquant, entre autres, des lésions cérébrales), le bébé secoué
- un traitement de tumeur : lésion secondaire à l'intervention chirurgicale ou à la chimiothérapie

La cause exacte de l'infirmité motrice cérébrale touchant un enfant en particulier reste cependant inconnue dans la majorité des cas.

#### **2.1.7 Le tableau clinique**

Il dépend de la localisation et de l'étendue des lésions.

Les troubles moteurs sont complexes, associant difficultés à commander le mouvement, à l'organiser et à le contrôler avec une hypotonie et une hypertonie.

Les troubles peuvent atteindre :

- un seul membre, davantage le bras que la jambe, on parle alors de **monoplégie**.
- les deux membres inférieurs, on parle de **diplégie**.

- tout le corps, prédominant aux deux membres inférieurs et à un membre supérieur, il s'agit de la **triplégie**.

Il existe trois types principaux d'IMC :

**La spasticité** est un des signes du **syndrome pyramidal**, elle prédomine au niveau des muscles fléchisseurs. Cette hypertonie est élastique. Cela signifie qu'une fois le muscle relâché, le muscle étiré revient progressivement à sa position de départ.

La spasticité peut être définie en d'autres termes par un désordre moteur caractérisé par une augmentation du réflexe tonique d'étirement. La spasticité se diagnostique par la présence d'un clonus infatigable : quand le pied est redressé, la jambe spastique se met à alterner rapidement contractions et détentes sans s'arrêter, à moins de changer de position. Les muscles agonistes et antagonistes reçoivent simultanément des ordres de contraction. Les muscles assurant la flexion sont plus puissants que ceux assurant l'extension, d'où l'attitude à demi-fléchie adoptée naturellement par les enfants. L'enfant ne peut pas les détendre volontairement. Cela rend donc les mouvements difficiles et fatigants, provoque des contractures rendant le membre difficilement utilisable, et déforme la croissance des os. Des difficultés orthopédiques se mettent alors en place.

Environ 70% des personnes atteintes d'IMC présentent cette forme.

Le plus souvent, seules les jambes sont atteintes et leur raideur rend la marche difficile. Les jambes sont en adduction, du fait de la tension des muscles de la hanche, et l'enfant a une démarche caractéristique « en ciseau ». Les jambes peuvent se croiser et provoquer ainsi des chutes. Les pieds sont en extension et pivotent vers l'intérieur (varus équin). Ce tableau clinique est celui de la **diplégie spastique** qui sera présentée davantage ultérieurement.

Dans les cas les plus graves, lorsque les quatre membres sont atteints ainsi que les muscles du tronc et du visage avec par conséquent une incidence sur la parole, l'alimentation et le contrôle du visage, nous parlons de **quadriplégie spastique**. Le fauteuil roulant est souvent indispensable.

Si la spasticité atteint tout un hémicorps, nous parlons alors d'**hémiplégie cérébrale infantile**. Elle sera également détaillée par la suite.

### **L'athétose**

Environ 20% des personnes atteintes présentent cette forme, dans laquelle le tonus des muscles varie de façon incontrôlée en raison d'une atteinte des **ganglions de base du cerveau**. Les mouvements sont mal coordonnés. Ils sont soit lents et pénibles, soit saccadés. Ces mouvements incontrôlés parasitent les mouvements volontaires, mais surviennent aussi pendant les périodes de repos. Fatigue et émotions les rendent plus fréquents.

**L'ataxie** est une forme dans laquelle le tonus musculaire est généralement faible. L'équilibre et la coordination des mouvements sont affectés. Ici, c'est le **cervelet**, centre de l'équilibre et de la coordination, qui est lésé. Les personnes ataxiques ont une démarche instable, elles tombent souvent sans parvenir à amortir leur chute, et elles ont des difficultés à accomplir des actions précises, comme écrire ou coudre.

### 2.1.8 Les troubles associés

- **difficultés d'acquisition motrice**
- **troubles de l'intégration sensorielle** avec la méconnaissance de l'hémicorps atteint chez l'hémiplégique : l' **hémiasomatognosie**
- **troubles de la vision**

Dans 90/100 des cas, l'enfant souffre des troubles du contrôle de la vue. L'enfant a fréquemment des difficultés à contrôler la direction de son regard, on parle alors de troubles de la poursuite oculaire ou **nystagmus**. L'enfant a donc du mal à fixer un objet précis ou à explorer son environnement de manière cohérente. Le contrôle est souvent meilleur dans le sens horizontal que dans le sens vertical : cela a donc une incidence sur la lecture mais aussi sur la manière dont l'enfant perçoit son environnement.

Le champ visuel peut être rétréci ou absent d'un côté. **L'hémianopsie** est présente surtout chez les enfants hémiplégiques.

Les deux yeux peuvent avoir du mal à se coordonner, d'où un **strabisme** alterné, entraînant souvent une vision double. L'enfant a alors du mal à interpréter ce qu'il voit et à construire une image rationnelle du monde qui l'entoure.

- difficultés d'organisation du mouvement : **la dyspraxie**

Les difficultés de coordination oculo-manuelle rendent inefficaces le repérage temporo-spatial. Ceci a alors un impact sur la capacité de l'enfant à décrire une image ou une histoire qu'il a lue.

- difficultés dans le repérage des données spatiales : l'**apraxie visuo-constructive**
- difficultés dans l'analyse des images ou des objets non dues à des problèmes d'acuité visuelle : l'**agnosie visuelle**
- les troubles psychologiques sont également importants. En effet, le **défait d'expériences sensori-motrices** va engendrer un déficit tant au niveau de la maturation neurologique que de la découverte et de l'éveil de l'enfant.
- les **retards de croissance** peuvent également être associés à l'IMC. Sans traitement, l'enfant IMC est fréquemment plus petit que la moyenne. De plus, les membres

atteints ont un développement ralenti, car la contraction spastique du muscle empêche la croissance normale de l'os. Les enfants hémiplésiques peuvent ainsi présenter des membres plus courts du côté atteint.

- **l'épilepsie** se retrouve également. Elle est ici d'origine **lésionnelle**. Elle atteint environ la moitié des enfants IMC, plus fréquemment les enfants spastiques qu'athétosiques. Les crises ne sont pas dangereuses, en général et durent de quelques secondes à quelques minutes, au cours desquelles l'enfant peut perdre conscience et être agité de mouvements désordonnés.

Les crises d'épilepsie sont des manifestations cliniques paroxystiques (motrices, sensibles, sensorielles ou psychiques) accompagnées ou non d'une perte de connaissance et liées à une décharge excessive des neurones du cortex cérébral. Il y a 2 grands types de crise :

- les crises généralisées
- les crises partielles

Les crises généralisées peuvent s'exprimer par des absences, des crises myocloniques, des crises cloniques, des crises toniques, des crises atoniques ou des crises tonico-cloniques.

Les crises partielles peuvent s'exprimer par des crises partielles simples avec ou sans signes moteurs, avec ou sans signes sensitifs ou sensoriels, avec ou sans signes végétatifs, avec ou sans signes psychiques ou enfin par des crises partielles complexes.

L'épilepsie est une des affections neurologiques les plus fréquentes. En France, il y aurait plus de 300 000 épileptiques traités. Dans les enquêtes les plus récentes, les crises partielles semblent plus fréquemment identifiées que les crises généralisées, probablement en raison d'un meilleur recueil des données cliniques.

Les traitements antiépileptiques existent et permettent de réduire généralement l'ampleur des crises comme la DEPAKINE.

- les **troubles de l'audition et du langage** sont également présents. Des semi-surdités apparaissent chez 25% des enfants IMC, en particulier prématurés. Elles sont le plus souvent appareillables. Des **apraxies bucco-faciales** peuvent rendre la parole difficilement compréhensible surtout chez les enfants athétosiques. La rééducation orthophonique est alors importante.
- les **retards mentaux** peuvent être présents. 40% des enfants IMC n'ont aucune atteinte intellectuelle mais 30% souffrent de retards légers, et 30% de retards plus graves. On parlera dans ce cas d'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC).

### 2.1.9 Comment évolue la lésion provoquant l'Infirmité Motrice Cérébrale ?

La lésion cérébrale n'évolue pas mais elle survient sur un cerveau en pleine maturation. Cela va entraver le développement de l'enfant, entraînant des conséquences sur ses

possibilités de contrôle moteur, ses capacités d'apprentissages scolaires et son équilibre psychoaffectif.

## 2.2 Deux grands tableaux cliniques prédominants

### 2.2.1 La diplégie spastique ou syndrome de LITTLE

#### 2.2.1.1 Historique

**William John LITTLE (1810-1894)** est un chirurgien anglais, qui dans les années 1860, a identifié la diplégie spastique chez les enfants.

Lui-même a souffert durant son enfance d'une poliomyélite résiduelle inférieure gauche compliquée par un pied bot. Durant sa jeunesse, il fut apothicaire puis entre à l'âge de 18 ans dans l'école de médecine de Londres. Il a ensuite voyagé en Allemagne pour étudier la technique de la **ténotomie** avec son auteur, Louis STROMEYER. Ce dernier a par la suite corrigé le pied déformé de LITTLE grâce à cette méthode.

En 1837, LITTLE rédigea sa thèse de doctorat sur cette technique. Il est ainsi devenu l'apôtre de l'opération pour la correction des déformations osseuses secondaires à des maladies neuromusculaires. LITTLE a alors fondé un hôpital spécialisé dans l'orthopédie à Londres.

Parmi ses nombreuses publications, il publie en 1853 un ouvrage dans lequel il décrit pour la première fois la dystrophie musculaire de DUCHENNE ainsi que l'infirmité motrice cérébrale spastique. Il est l'un des premiers à jeter un pont entre la neurologie et l'orthopédie et son important travail continue d'avoir une incidence sur ces deux domaines.

#### 2.2.1.2 Définition

Affection neurologique de sévérité variable, entrant dans le cadre des encéphalopathies infantiles et se caractérisant par une paralysie plus ou moins importante des deux membres supérieurs ou inférieurs (paraplégie) de type spasmodique et qui apparaît dès les premiers mois de la vie chez les enfants présentant une anoxie (difficultés respiratoires) et une ischémie (insuffisance d'apport sanguin) des tissus nerveux lors d'un accouchement difficile. La diplégie spastique représente au moins 20 à 30% des Infirmités Motrices Cérébrales.

#### 2.2.1.3 Causes

Elle est liée le plus souvent à la grande prématurité avec la présence d'une leucomalacie périventriculaire de siège bilatéral et souvent asymétrique.

La **leucomalacie périventriculaire** correspond à un ramollissement de la substance blanche le long de la face externe des ventricules latéraux. Ce sont des lésions uniques ou multiples survenant durant la vie prénatale ou néonatale, entre 20 et 30 SA, exceptionnellement même jusqu'au terme. Elles sont mises en évidence par l'IRM.

Les **causes néonatales** sont :

- les prématurissimes
- les infections materno-fœtales

Les **causes postnatales** sont :

- les infections comme la septicémie
- l'anoxie ischémique
- le pneumothorax

#### **2.2.1.4 Le diagnostic**

**Vers l'âge de 6 mois**, les parents notent l'absence de la mise en place du tonus essentiellement au niveau de la colonne vertébrale. L'enfant ne tient pas bien sa tête et présente une hypertonie des membres inférieurs accompagnée d'une diminution de la possibilité de mobiliser les membres. Quelque fois, ce sont les membres supérieurs qui sont atteints. **Dans certains cas, l'enfant est normal jusqu'à 8 ou 9 mois**, âge auquel quelques signes apparaissent :

- difficulté à relever la tête quand il est couché sur le ventre
- difficulté à se retourner sur le ventre
- impossibilité de se soutenir sans appui des mains et du dos

L'examen neurologique montre des réflexes ostéo-tendineux vifs et polycinétiques. La palpation des muscles montre qu'ils sont peu développés et toniques en permanence. L'enfant a souvent une mauvaise circulation sanguine et l'examen du tonus montre un déséquilibre tonique en faveur de l'extension des membres supérieurs. La mise en place de la marche est difficile.

#### **2.2.1.5 Le tableau clinique**

Tout le corps est atteint, les membres inférieurs étant plus touchés que les membres supérieurs. Les membres inférieurs sont en adduction avec une rotation interne des cuisses, une flexion des genoux et des hanches, les pieds sont en équin. L'atteinte des membres supérieurs est limitée avec un léger tremblement et une maladresse. Si les 4 membres sont atteints, on parlera de **quadriplégie spastique**. La marche se fait sur la pointe des pieds avec un flessum des genoux. La position assise est difficile. Une atteinte de la bouche et du

visage peut rendre la mastication et l'articulation difficiles. Des troubles de la vessie et des sphincters sont quelquefois présents, à l'origine de problèmes urinaires nocturnes. On parle d'énurésie nocturne. Des lésions de l'appareil oculaire existent dans 70 à 85% des cas, surtout chez les anciens prématurés. Les atteintes associées peuvent alors être un strabisme, des troubles praxiques, visuo-perceptifs ou visuo-constructifs et une épilepsie qui est plus fréquente dans les formes sévères (10 à 20% des cas). L'intelligence est conservée dans les formes mineures et de gravité moyenne.

#### **2.2.1.6 Evolution**

L'enfant, une fois pris en charge par des rééducateurs, progresse lentement et peut accéder à une marche indépendante, quelquefois aidé d'une canne.

Dans les formes mineures, la marche sans aide est obtenue spontanément vers 3 à 4 ans, et parfois même avant dans les cas bénins. La démarche apparaît sautillante sur la pointe des pieds.

Dans certaines formes de gravité moyenne, la marche indépendante n'est obtenue que vers 6 ans. Ceci passe par les étapes de marche avec aide et par le port d'un appareil qui lutte contre la mauvaise position des hanches et des genoux.

Dans les formes sévères (soit environ 10% des cas), l'équilibre est précaire et les déplacements nécessitent un appui fixe des membres supérieurs.

Les impacts secondaires peuvent porter sur la maturation, la vie quotidienne ou encore la scolarité avec des difficultés notamment dans la lecture et l'écriture.

### **2.2.2 L'hémiplégie cérébrale infantile**

#### **2.2.2.1 Définition**

C'est la forme la plus fréquente d'IMC. Elle correspond à une atteinte du système pyramidal caractérisée par une association de signes déficitaires traduisant la libération de l'activité motrice réflexe normalement inhibée par le système pyramidal. Bien que l'hémiplégie cérébrale infantile laisse toujours des possibilités motrices avec une autonomie réelle et précoce, elle laisse toujours des perturbations dans les apprentissages scolaires. Les difficultés qui se présentent au cours de la maturation sont étroitement dépendantes de la nature et de l'étendue de la lésion hémisphérique.

### 2.2.2.2 Les causes

L'étiologie est le plus souvent prénatale et quelquefois périnatale. Elle peut être due à un accident vasculaire cérébral in utero passé inaperçu, une tumeur ou une malformation cérébrale. Les lésions cérébrales sont de divers types et se repèrent par l'IRM.

### 2.2.2.3 Le diagnostic

Celui-ci est de difficulté variable en fonction de l'âge de l'enfant.

**Avant l'âge de 4 mois**, le diagnostic est difficile. L'examen neurologique peut être tout à fait normal ou mettre en évidence des signes mineurs tel qu'un pouce adductus ou une asymétrie du tonus.

**Entre 4 et 12 mois**, le diagnostic est plus facile. Au niveau du membre supérieur, l'atteinte peut être suspectée devant l'utilisation préférentielle d'une main. En effet, à cet âge, l'enfant utilise sans préférence les deux mains ; s'il y a une atteinte d'un membre supérieur l'enfant utilisera surtout la main saine.

L'examen recherchera des signes d'une atteinte pyramidale avec hypertonie et des réflexes ostéo-tendineux vifs. Au membre inférieur, l'atteinte peut se manifester par un retard à la marche ou par une marche anormale avec chutes fréquentes et une course difficile. L'examen mettra en évidence un syndrome pyramidal du membre inférieur.

### 2.2.2.4 Le tableau clinique

#### 2.2.2.4.1 Les attitudes caractéristiques

Le bras est en rotation interne, coude à demi fléchi, poignet en pronation, doigts en flexion et pouce en adduction. Le réflexe ostéo-tendineux est exagéré, on peut observer un clonus de la rotule et une trépidation épileptoïde du pied.

#### 2.2.2.4.2 Les difficultés visuelles

On peut retrouver un strabisme, des troubles de la réfraction, une amblyopie, une atrophie optique partielle ou une hémianopsie latérale.

#### 2.2.2.4.3 Les déficits perceptifs corporels

Une hémignégligence est présente. Ces déficits concourent à perturber la perception de l'hémi-espace et à retarder les acquisitions scolaires.

#### 2.2.2.4.4 L'épilepsie

Cette épilepsie est d'origine lésionnelle. Elle est présente dans 44 % des hémiplésies congénitales. Qu'elle soit partielle ou généralisée, elle répond correctement au traitement épileptique dans 80 % des cas.

#### 2.2.2.4.5 Un retard mental

Il peut être léger ou plus important. Il est observé dans plus de la moitié des hémiplésiques. Il est à craindre s'il existe une épilepsie.

Des troubles de la parole, du langage et du comportement peuvent s'ajouter et sont liés à la sévérité du retard mental.

#### 2.2.2.5 *Evolution*

Elle est liée à l'importance des déficits perceptifs hémi-corporels et des troubles associés.

### 2.3 **Les différentes prises en charge face à l'infirmité motrice cérébrale**

#### 2.3.1 **La kinésithérapie**

Tout un ensemble de mouvements est mis en œuvre par le **kinésithérapeute** pour développer au maximum la motricité et l'autonomie de l'enfant. Il est très important que ces techniques soient appliquées dès que le diagnostic d'IMC est posé et qu'elles soient poursuivies sans relâche jusqu'à la fin de la croissance de l'enfant.

Des méthodes diverses ont été mises au point pour optimiser cette rééducation comme la méthode BOBATH ou encore la méthode LE METAYER avec des résultats très variables.

#### 2.3.2 **L'orthopédie**

Quand la kinésithérapie ne suffit pas, des **aides orthopédiques** sont utilisées.

Dans le cas de diplégies spastiques, par exemple, il peut s'agir de semelles enveloppantes (coques) placées dans les chaussures normales, de chaussures orthopédiques, ou d'attelles

en plastique ou en métal (PERLSTEIN) qui ont pour but de maintenir le pied en flexion et d'étirer le mollet.

Les enfants ne pouvant pas se tenir assis ni debout sont maintenus par des coquilles ou des corsets moulés.

### 2.3.3 La chirurgie

Des **interventions chirurgicales** peuvent se révéler indispensables en cas de contractures majeures. Leur objectif est le plus souvent d'allonger les muscles et les tendons par des incisions en W. Bien que souvent efficaces, elles ont l'inconvénient d'affaiblir les muscles pour de longs mois et de ralentir leur croissance.

D'autres techniques palliatives pour combattre la spasticité utilisent des injections d'alcool dans les muscles, ce qui réduit pendant plusieurs mois l'intensité des contractures. Dans les cas de tétraplégie spastique grave, où tous les muscles sont atteints, on implante une pompe qui délivre continuellement des doses minimales d'anti-spasmodique. La toxine botulique est également utilisée dans certaines indications en France.

Des cas graves de diploplégie spastique ont été traités en sectionnant certains des nerfs moteurs qui transmettent les ordres erronés de contraction.

### 2.3.4 L'orthophonie

L'orthophoniste intervient dans les troubles du langage et de la motricité buccale notamment pour la mastication, la déglutition et le bavage (syndrome pseudobulbaire). De plus, munie d'une formation spécifique, l'orthophoniste pourra aider l'enfant dans tous les aspects cognitifs.

Par le langage, l'orthophoniste aide l'enfant à se restructurer l'espace. Il développe le langage intérieur, le langage oral et le langage écrit, sans lesquels il n'y a pas de développement possible de la pensée et de la compréhension. Son rôle est donc essentiel pour favoriser la construction des structures de pensée chez l'enfant puisque qu'il y a un rapport étroit entre l'organisation de la pensée et le développement du langage.

### 2.3.5 L'ergothérapie

L'ergothérapeute a pour difficile mission de donner à l'enfant les moyens de son autonomie, à la fois sur le plan personnel, sur le plan social et sur le plan scolaire.

Son objectif est donc d'aider l'enfant à acquérir la maîtrise de nombreux actes de la vie quotidienne, actes en apparence aussi simples que de nouer des lacets, manger avec une

fourchette, écrire avec un stylo... Cela concerne tous les aspects de la vie pratique, habillage, toilette, déplacements, alimentation. L'ergothérapeute donne à l'enfant les méthodes pour explorer l'espace et pour agir sur son environnement.

Très souvent, il pourra aider l'enfant et son entourage à organiser sa vie de façon plus pratique. En effet, il peut conseiller la famille sur le choix du mobilier afin d'assurer à l'enfant des positions confortables et corrects du point de vue orthopédique. Il propose donc des méthodes pour contourner le handicap, et pour aménager les tâches demandées à l'enfant.

### 2.3.6 La psychomotricité ou rééducation psychomotrice

#### 2.3.6.1 Historique

PLATON la décrit au départ comme une forme de dualité de l'âme et du corps.

En 300 avant Jésus-Christ, ARISTOTE lui donne un concept de fonction vitale où il y a une dimension unitaire psychosomatique.

Au 17<sup>ème</sup> siècle, DESCARTES la présente comme une dichotomie entre l'âme et le corps où la pensée prédomine.

A la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, des neurologues, psychologues et psychiatres font des recherches sur le corps en référence à leur domaine respectif.

Au début du 20<sup>ème</sup> siècle, **DUPRE** aborde le syndrome de débilité motrice. Il fait alors le parallélisme entre le développement des fonctions motrices et psychiques. Il est alors considéré comme le **père de la psychomotricité de l'enfant**.

Courant du 20<sup>ème</sup> siècle, la dimension pédagogique est privilégiée chez l'enfant en prenant une dimension scolaire et sportive avec GUILLEMAIN et PETAT.

Après la seconde guerre mondiale, un grand tournant a lieu. De nouvelles professions arrivent comme pédopsychiatre ou éducateur spécialisé. Les dimensions psychique et corporelle sont prises en compte. Il se crée alors une forme de rééducation avec une catégorisation des manifestations corporelles et un lien avec le psychisme. La psychomotricité s'ancre alors dans deux axes : l'axe médical et l'axe pédagogique.

En 1947, **DE AJURIAGUERRA** monte une équipe de recherche qui a duré 15 ans. Il étudie et fait le lien entre la dimension médicale et les difficultés d'un enfant à l'école. La dimension psychocorporelle est établie. Trois équipes de recherche sont mises en place :

- la première fait des recherches de psychologie. Elle est dirigée par ZAZZO.
- la deuxième fait des recherches dans le domaine du langage. Elle est dirigée par BOREL-MAISONNY.
- la troisième fait des recherches dans le domaine spécifié de la psychomotricité. Elle est dirigée par **Madame SOUBIRAN**. Il en ressort la mise en place d'un **bilan neuro-**

**psychomoteur** où la dimension neurologique est utilisée comme outil fondamental. Les notions d'espace, de temps, de coordination, de tonus et de rythme sont également prises en compte. La notion de psychomotricité prend réellement forme.

DE AJURIAGUERRA crée alors le premier certificat de capacité en rééducation psychomotrice. La dimension thérapeutique et relationnelle est progressivement prise en compte. Le diplôme d'état de psychomotricité est mis en place depuis 1974.

### 2.3.6.2 Définition

La psychomotricité est une rééducation qui considère l'individu comme une unité psychique et corporelle. La notion de relationnel est très importante. Le but est de mieux vivre son corps, mieux se percevoir pour ensuite le restituer. La définition de la psychomotricité est propre à chacun. En effet, la psychomotricité est une profession qui demande de donner beaucoup de soi. Par conséquent, chaque psychomotricien est différent et fonctionne selon sa propre personnalité.

### 2.3.6.3 La prise en charge psychomotrice précoce chez le prématuré

#### 2.3.6.3.1 Le positionnement du bébé prématuré

Le positionnement du bébé prématuré est un travail préventif, qui permet d'écartier des attitudes vicieuses en lien à une mauvaise posture de celles dont la cause est d'origine cérébrale.

En 1989, BELLEFEUILLE-REID définit un positionnement adapté comme « *un moyen thérapeutique de placer le nourrisson dans son monde, en satisfaisant les principes d'un développement neuromoteur normal et en accroissant l'expérimentation des situations sensorimotrices* ».

Le positionnement a 3 axes :

- des objectifs orthopédiques inspirés des travaux d'Albert GRENIER et Claudine AMIEL-TISON qui pensent que la prévention n'est jamais assez précoce. La posture doit respecter l'axe orthopédique de chaque articulation. On évite ainsi les raccourcissements musculaires qui peuvent être un facteur aggravant la prise en charge orthopédique des IMC.
- un meilleur confort
- l'éveil de l'enfant

#### 2.3.6.3.2 Le programme de soins NIDCAP

**NIDCAP** signifie Programme Néonatal Individualisé de Soins et de Surveillance du Développement. Il a été développé par Heidelise ALS aux Etats-Unis. C'est une approche du prématuré destinée à comprendre son stade de développement, ses besoins mais aussi d'y répondre. Ce programme repose sur une observation attentive du prématuré pour comprendre son langage non verbal. La relation parents-prématuré est systématiquement favorisée.

#### 2.3.6.4 *La prise en charge psychomotrice chez l'enfant IMC de 0 à 3 ans*

Pendant les premières années de sa vie, le développement de l'enfant IMC ne peut pas traverser les mêmes étapes que celui des autres enfants car il ne peut pas appréhender son environnement de la même manière. Il a plus de mal à découvrir le monde qui l'entoure, à expérimenter les objets ou à communiquer. Vivant dans un univers flou et instable, il a beaucoup de difficultés à acquérir des notions de base telles que la permanence des objets ou les relations spatiales.

Le rôle capital du psychomotricien est de permettre à l'enfant malgré ses difficultés motrices **l'apport d'expériences sensori-motrices** nécessaire à l'intégration de son schéma corporel dans l'espace. De plus, il aide l'enfant à acquérir un **corps plaisir**. L'épanouissement psychomoteur est ainsi privilégié.

La prise en charge psychomotrice est en lien étroit avec la mise en place d'un bilan d'observation basé sur l'évaluation neuro-psychomotrice de L.VAIVRE-DOURET. Ce dernier permet de mettre en avant les potentialités mais aussi les difficultés de l'enfant et d'induire ainsi la directive de la prise en charge. Les observations se font à partir des items psychomoteurs fondamentaux qui sont les suivants : la motricité, la préhension, la compréhension, le langage et l'interaction. De plus, un entretien avec les parents est effectué. Il permet d'avoir de plus amples informations sur l'histoire de l'enfant.

La prise en charge psychomotrice dans le cas de la diplégie spastique permet de travailler les troubles du schéma corporel et les troubles spatio-temporels de l'enfant avec une prise de conscience de son intégrité corporelle par la relaxation.

Dans le cas de l'hémiplégie cérébrale infantile, la psychomotricité est primordiale avec un travail sur les troubles du schéma corporel avec la présence d'une négation, d'un refus ou d'un oubli de l'hémicorps atteint. Les troubles de l'image du corps, les problèmes de latéralité contrariée et d'organisation temporelle sont également travaillés. La prise en charge doit éviter les activités de force favorisant les hypertonies et les syncinésies. Les activités légères et répétitives seront privilégiées notamment au début en vue d'une mise en

confiance. Il est important de ne pas dépasser le seuil de la douleur. Les courtes séances seront préférables.

La prise en charge psychomotrice face à l'infirmité motrice cérébrale chez l'enfant de 0 à 3 ans sera davantage explicitée dans la deuxième partie de ce mémoire par le biais de cas cliniques concrets.

#### **2.3.6.5 Les centres spécialisés de prise en charge**

Les **centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)**, les **centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)** ou encore **le milieu hospitalier** ont pour vocation d'offrir des consultations pour dépister les déficiences sensorielles, motrices, mentales ou les troubles du comportement au cours de l'enfance, et de mettre en place les soins correspondants. Dans ces instituts, on retrouve des psychiatres, des **psychomotriciens**, des orthophonistes, des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes. Ils travaillent tous ensemble dans une vision complémentaire afin d'aider au maximum l'enfant IMC.

Les **services d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD ou SSESD)** s'occupent des enfants et des adolescents atteints d'un handicap qui ne nécessite pas une présence permanente dans un établissement de soins. Ils permettent d'assurer une intégration scolaire dans les meilleures conditions.

## **LA PSYCHOMOTRICITE FACE A L'INFIRMITÉ MOTRICE CEREBRALE**

Dans cette seconde partie, nous découvrirons l'hôpital de M, ses particularités et la place de la psychomotricité. Puis nous rencontrerons deux petites filles Rose et Léa, atteintes d'infirmité motrice cérébrale.

Par le biais de cette présentation, nous pourrons mieux comprendre le rôle de la psychomotricité face à ce type de handicap. Les caractéristiques de leurs pathologies ont été décrites dans la première partie.

### 3 PRESENTATION DE L'HOPITAL DE M.

Commençons par découvrir le fonctionnement de l'hôpital de M. : la structure, les différents services, le personnel et la psychomotricité.

#### 3.1 La structure

Le centre hospitalier de M. se situe dans la banlieue parisienne. Il est organisé en pôles, répartis sur deux sites différents.

Je me concentrerai ici sur le pôle dans lequel j'effectue mon stage, soit le pôle femme enfant. Il comprend :

- un service de gynécologie obstétrique
- un service de néonatalogie
- une maternité de type II B proposant une Hospitalisation à Domicile (Cf.4.1.1)
- un service de pédiatrie
- un service de consultations pédiatriques
- un service de pédopsychiatrie

Par la suite, seuls les service de néonatalogie et de consultations pédiatriques seront détaillés.

##### 3.1.1 Les différentes classes de maternité

Précisons que les maternités sont réparties en 4 types :

- le type I : concerne les maternités sans hospitalisation néonatale
- le type II A : concerne les maternités avec un service de pédiatrie néonatale
- **le type II B** : concerne les maternités avec un service de soins intensifs, et pédiatrie néonatale, (maternité prenant en charge les grossesses à risque, menace d'accouchement prématuré à partir de 30/31 semaines de grossesse)
- le type III : concerne les maternités avec un service de réanimation néonatale, maternité prenant en charge les grossesses à risque quelque soit le terme

##### 3.1.2 Le service de néonatalogie

L'accès à ce service se fait grâce à un code dont seule l'équipe soignante dispose, les parents doivent sonner et se présenter avant qu'on leur ouvre la porte. Une fois entré, il y a un protocole d'hygiène à respecter : enlever les bijoux, s'attacher les cheveux, se laver les

mains, et enfiler une blouse appelée casaque (par-dessus la première que l'on porte déjà). Toute personne voulant prendre contact avec un bébé doit encore mettre par-dessus une casaque propre à l'enfant se trouvant à proximité de l'entrée de la chambre.

La capacité d'accueil est de 15 bébés âgés de 0 à 1 mois. Les principales pathologies rencontrées sont : la prématurité, l'hypotrophie (retard de croissance), infections, souffrances foétales, les détresses respiratoires et les pathologies congénitales. Les enfants viennent de la maternité de l'hôpital, des cliniques environnantes, des hôpitaux voisins ou de leur domicile.

La prise en charge d'un enfant en médecine néonatale comprend des soins techniques importants avec l'utilisation de nombreux matériels (incubateur, pompe à perfusion, photothérapie...) et des soins relationnels (bercement, portage, massage...).

Les parents peuvent participer dès qu'ils le souhaitent aux soins de leur enfant (change, câlin, bain, alimentation...) le service leur est ouvert 24h/24.

Chaque chambre est décorée avec des couleurs douces et des fresques telle une chambre d'enfant. Sur chaque incubateur ou lit, se trouve une étiquette avec le nom et le prénom de l'enfant, sa date de naissance ainsi que son poids de naissance. Au fond du service, se trouvent les bébés sous incubateur alors qu'à l'entrée, les bébés ne sont plus sous perfusion et nécessitent par conséquent moins de soins dans l'urgence.

Toutes les données médicales de chaque enfant sont classées dans des dossiers et regroupées dans une salle ouverte sur le couloir principal. Ces dossiers sont remplis de façon rigoureuse par les infirmières et les médecins et nous pouvons les consulter à notre guise tout en respectant le secret médical.

### **3.1.3 Le service de consultations pédiatriques**

A l'entrée du service se trouve l'accueil assuré par l'aide-soignante et le bureau des secrétaires. En face, se trouve la salle d'attente aménagée pour les enfants avec un coin jeux. Une salle de change où les parents peuvent donner à manger à leur bébé communique avec celle-ci.

Il s'ensuit un couloir où se trouvent différentes salles occupées par les différents soignants : la psychomotricienne, les pédiatres, les médecins spécialistes, la psychologue, les manipulateurs radios...

## 3.2 Le personnel

Il est très nombreux et se répartit dans les différents services de l'hôpital afin d'assurer une complémentarité nécessaire. Ce personnel est médical, paramédical et peut-être aussi non médical. Des intervenants extérieurs sont aussi présents.

### 3.2.1 Le service de néonatalogie

**L'équipe médicale** se compose :

- d'un chef de service
- de plusieurs médecins pédiatres néonatalogistes

**L'équipe paramédicale** se compose :

- d'un cadre de santé (Infirmière diplômée d'Etat)
- d'infirmières et infirmières puéricultrices
- d'auxiliaires de puériculture

Les **intervenants extérieurs** sont :

- une psychomotricienne
- une kinésithérapeute
- une psychologue
- une assistante sociale

Le **personnel non médical** regroupe :

- des secrétaires
- des agents du service hospitalier
- des agents d'entretien

### 3.2.2 Le service de consultations pédiatriques

Il est composé :

- d'un chef de service (le même que pour le service de pédiatrie)
- de médecins pédiatres
- d'une psychomotricienne
- d'une psychologue
- d'une aide-soignante (dont le rôle est d'accueillir le patient, de préparer les dossiers et de prendre les mesures des enfants)

- d'un cadre de santé
- de secrétaires

Ce personnel permet de garder un lien entre la néonatalogie et la pédiatrie. En effet, la psychomotricienne et la psychologue par exemple travaillent dans ces deux services.

De plus, des spécialistes peuvent venir ponctuellement :

- un neuropédiatre (1 fois par trimestre)
- un endocrinologue (1 fois par trimestre)
- un orthopédiste (1 fois par semaine) avec un prothésiste lorsque nécessaire
- un chirurgien (1 fois par semaine).

Une **complémentarité professionnelle** s'impose et permet une prise en charge globale de l'enfant sur le même site.

### **3.3 La psychomotricité**

#### **3.3.1 Le cadre de la psychomotricité**

Dans le service de néonatalogie, la psychomotricienne vient voir les bébés directement dans les chambres.

Dans le service des consultations pédiatriques, la psychomotricienne a une salle qui lui est destinée. Elle est relativement grande avec à l'entrée une table et des caisses remplies de jouets et de livres. Au fond, se trouvent son bureau et un grand tapis bleu entouré de divers matériels en mousse de couleurs comme un toboggan, des pentes de différentes tailles et le gros ballon.

#### **3.3.2 La place de la psychomotricité**

La psychomotricienne travaille plutôt le matin dans le service de consultations pédiatriques et l'après-midi dans le service de néonatalogie.

Dans le service de néonatalogie, la psychomotricienne assurent principales fonctions auprès des bébés qui sont les suivantes :

- l'installation posturale favorisant le bien-être du bébé
- les évaluations neuro-psychomotrices

- une guidance parentale permettant la mise en place des interactions précoces
- la prévention aussi bien pour le développement moteur que pour les troubles relationnels

Dans le service de consultations pédiatriques, la psychomotricienne privilégie davantage :

- le **suivi des anciens prématurés** du service de néonatalogie en convoquant les parents et leur bébé pour le bilan psychomoteur à ses 2 et 6 mois puis à ses 1, 2, et 3 ans. Si le développement du bébé pose question, la psychomotricienne peut demander de voir le bébé tous les mois.

Ce suivi permet une continuité dans la prise en charge globale du bébé et dans la guidance parentale.

- la **prise en charge hebdomadaire d'enfants** présentant un retard psychomoteur ou encore des séquelles neurologiques.

La psychomotricité tient une place très importante au sein de l'hôpital et au sein même de l'équipe pluridisciplinaire. Les médecins demandent toujours l'avis de la psychomotricienne dans la prise en charge d'un enfant. De plus, cette dernière s'investit énormément dans son travail et détient des compétences lui permettant d'approfondir les difficultés d'un enfant.

Nous allons maintenant découvrir plus concrètement le rôle de la psychomotricité au travers de deux prises en charge auprès de Rose et Léa.

### **3.4 Rose face à la quadriplégie spastique**

#### **3.4.1 Présentation du patient et anamnèse**

Rose est une petite fille âgée de 3 ans, atteinte d'une Infirmité Motrice Cérébrale et plus particulièrement d'une quadriplégie spastique. Elle vient une fois par semaine en séance de psychomotricité accompagnée de l'un de ses parents.

##### **3.4.1.1 Anamnèse**

Rose est née prématurément au terme de 35 Semaines d'Aménorrhées (SA) avec un poids à la naissance de 2000g. Elle fut hospitalisée en service de néonatalogie. Ce service se situe dans le même hôpital où Rose est maintenant suivie en psychomotricité.

### 3.4.1.2 Déroulement de la grossesse

La grossesse s'est déroulée normalement avec un accouchement par voie basse. Rose avait un APGAR 10 à la naissance et un bon état général.

### 3.4.1.3 Contexte familial

Rose est le deuxième enfant d'un couple dont la maman, d'une douzaine d'années plus jeune que son mari, est caissière. Son conjoint, lui, est de profession inconnue. Rose a un grand frère né en 2003 au terme de 38 SA et 2 jours qui va bien et, depuis février 2007 elle a une petite sœur.

### 3.4.1.4 Evolution d'après les bilans psychomoteurs effectués depuis ses 3 mois d'âge réel

Rose est vue la première fois pour un bilan psychomoteur en décembre 2004, elle a alors *3 mois et 1 semaine d'âge réel soit 2 mois d'âge corrigé*. Elle présente une poursuite oculaire parfaite, une bonne interactivité, des sourires, des vocalises et une réaction aux bruits des deux côtés. Le redressement en décubitus dorsal est correct, la tenue de tête est en cours, elle présente un bon supporting et les réflexes sont présents.

En juin 2005, elle a alors presque *9 mois d'âge réel, 7 mois et 3 semaines d'âge corrigé*. La croissance staturo-pondérale est bonne, elle est gardée par la maman. L'alimentation et le sommeil se passent bien. Elle présente une préhension volontaire des deux côtés, mais avec crispation. La présence d'une hypertonie périphérique avec hypotonie axiale est à surveiller. Le contact est bon avec interactivité. Elle commence à faire des syllabes notamment le « ba, pa ». Le niveau semble cependant moyen pour son âge corrigé. Des exercices de stimulation afin de travailler le redressement en décubitus ventral, la détente des membres inférieurs et l'acquisition de la station assise sont alors proposés à la maman.

Le bilan suivant est à *10 mois d'âge réel et 9 mois d'âge corrigé*. La maman a fait les exercices de stimulation et les massages proposés. Rose arrive alors mieux à se détendre et progresse dans le langage avec un doublement des syllabes « papa, tata, baba » ainsi que de nombreux bruitages avec la bouche. L'interactivité est parfaite, elle regarde, elle discute et elle s'oriente aux bruits. Cependant l'examen moteur est de moins bonne qualité avec la persistance d'une hypertonie périphérique avec poings fermés, la préhension reste grossière avec une absence de pince « pouce – index ». Parallèlement, l'hypotonie axiale est toujours présente avec un dos en cyphose. La station assise est mieux tenue mais elle

s'écroule facilement avec le bas du dos hypotonique. Rose progresse à son rythme et des séances de stimulation avec la maman sont mises en place.

Cependant, l'association d'une hypotonie axiale et d'une hypertonie périphérique laisse quelques doutes à la psychomotricienne qui va donner un rendez-vous à la maman chez le pédiatre hospitalier afin qu'il fasse le point sur les difficultés de Rose.

Ce n'est qu'en octobre 2006, où *Rose a 2 ans d'âge réel*, que le diagnostic d'IMC est confirmé par l'IRM.

Entre temps, la maman n'a pas donné signe de vie. Par conséquent, Rose n'avait aucune prise en charge. Un bilan psychomoteur est alors effectué à cette même période. Rose semble avoir fait des progrès avec une interactivité toujours parfaite. Elle est très coquine, elle échange et semble comprendre toutes les consignes. Le langage a également progressé mais il n'y a pas encore de phrases. Elle est cependant gênée dans ses manipulations par la raideur au niveau des membres supérieurs. La station assise est possible mais fatigante avec un effondrement en cyphose du bas du dos. La station debout est possible, elle a énormément envie de se redresser et de se déplacer mais elle est gênée par l'hypertonie des membres inférieurs généralement en ciseau.

La psychomotricienne propose donc à la maman une orientation vers un service de soin et plus particulièrement un Service Spécialisé d'Education et de Soins à Domicile (SSESD) pour une prise de contact afin de permettre une prise en charge à domicile. En attendant que la SSESD prenne le relais, la psychomotricienne prend en charge Rose en séance une fois par semaine et propose également la mise en place de kinésithérapie deux fois par semaine.

### **3.4.2 Bilans et prises en charge complémentaires**

#### **3.4.2.1 Prises en charge complémentaires**

En septembre 2007, Rose est toujours suivie en kinésithérapie deux fois par semaine et une intégration scolaire est mise en place d'une durée d'une heure et demie tous les jours en première année de maternelle.

#### **3.4.2.2 Bilan psychomoteur**

Le bilan suivant est effectué le 30 novembre 2007 lors d'une séance de psychomotricité d'une demi-heure. Rose est alors âgée de *3 ans et 2 mois d'âge réel*. Ce bilan est davantage un bilan d'observation, basé sur les grands items psychomoteurs pour voir

comment a évolué Rose depuis ses 2 ans d'âge réel. Le papa et la psychomotricienne sont présents.

#### 3.4.2.2.1 Observations

- **motricité** : Rose se déplace à 4 pattes mais sans dissociation, ce qui entraîne plutôt un déplacement en petits sauts de lapin. Elle tient assise avec aide les jambes croisées. Son dos est encore en cyphose et hypotonique. Elle tient debout avec aide ou avec un support. Elle peut se déplacer debout mais avec difficultés. En effet, elle se marche sur les pieds. Ceci est dû à ses jambes en ciseau, sa grande hypertonicité et ses pieds en varus équin.

- **préhension** : Pour le dessin du bonhomme, elle n'a rien produit. Elle a préféré sortir tous les crayons de la boîte et enlever tous les bouchons. La pince fine ne semble pas acquise et Rose est encore dans une préhension grossière. Lorsque je lui présente deux balles, elle en prend une qu'elle met à la bouche tout de suite puis la repose pour prendre l'autre et faire la même chose.

- **interactions, compréhension et langage** : Rose reste beaucoup dans son monde et n'écoute pas tout ce que je lui dis. Pourtant elle investit tout l'espace et aime faire des découvertes de la salle de psychomotricité. Elle parle avec ses mots sans articuler et regarde beaucoup ses mains. Elle a du mal à rentrer en relation avec moi. Elle peut me regarder de temps à autre mais très ponctuellement. Rose doit être recadrée constamment. Elle n'écoute pas les consignes et reste très coquine.

#### 3.4.2.2.2 Conclusions du bilan

Suite au bilan effectué en octobre 2006 et celui-ci, la motricité de Rose n'a pas évolué beaucoup. Rose présente un retard de développement général.

La position assise et debout sont difficiles dues à son hypertonie périphérique qui augmente et son hypotonie axiale. Rose est de plus en plus gênée par sa rigidité. Elle est vite fatigable malgré une volonté de découverte du monde environnant. Pour son âge, Rose devrait savoir monter et descendre les escaliers en alterné, courir vite, sauter sur un pied, taper dans le ballon et faire du tricycle.

Sa motricité fine reste également difficile due à la raideur des membres supérieurs. A 3 ans, la souplesse du poignet devrait être visible.

Si je compare son interactivité, sa compréhension des consignes et son langage, Rose n'a pas évolué bien au contraire. Elle fait preuve d'un grand manque de concentration, d'une

interactivité et d'un langage pauvre uniquement destiné à elle-même. Ceci est peut-être du au fait qu'elle venait d'avoir école et qu'elle se sentait fatiguée mais ses comportements sont à surveiller. A son âge, elle devrait être dans l'explosion du vocabulaire avec l'utilisation du « je-moi-tu ».

### **3.4.3 Projet thérapeutique**

#### **3.4.3.1 Le cadre**

Les séances se dérouleront dans le service hospitalier en consultations de pédiatrie dans la salle de psychomotricité.

Les séances dureront une demi-heure, une fois par semaine avec la présence d'un parent.

#### **3.4.3.2 Les axes de travail**

Le travail portera dans un premier temps sur la stimulation psychomotrice de la marche et de la station assise. Puis dans un deuxième temps, des activités faisant appel à la motricité fine comme le puzzle ou encore la pâte à modeler seront privilégiées.

Parallèlement, un travail sur son attention, son interactivité et son langage sera mis en avant tout au long de chaque séance.

### **3.4.4 La prise en charge**

J'ai pu suivre Rose durant 6 séances.

Durant les deux premières séances, ma prise en charge se déroule de la manière suivante :

- Dans un premier temps, je lui propose des stimulations psychomotrices en la mettant en position assise adossée à un boudin, puis je lui enlève pour voir si elle tient toute seule. Ensuite je stimule la marche en la tenant sous les bras et je lui demande de faire quelques pas.
- Dans un deuxième temps, afin de travailler sa motricité fine, sa concentration et son interaction avec moi, je lui propose des jeux de construction, des puzzles et de la pâte à modeler.

Au cours de ses deux séances, Rose manque de concentration, elle a du mal à rester sur une activité. Dès qu'elle se trouve devant une tâche, elle exprime son mécontentement en frappant des mains et veut faire autre chose. J'ai beaucoup de mal à capter son regard. Son langage reste très peu compréhensible et elle regarde beaucoup ses mains.

Je me suis dit que son attitude venait peut-être du fait que je lui imposais des activités dont elle n'avait pas envie. J'ai donc décidé de changer le déroulement de la troisième séance en lui proposant différents jeux que je mets à sa disposition. Le but étant de la laisser aller vers les activités qui l'attirent pour ensuite m'adapter à son jeu et tenter d'entrer dans une communication constructive.

Cette séance fut très riche. En effet, dans un premier temps Rose semblait vouloir partir en se dirigeant vers la porte. Puis d'elle-même, elle s'est dirigée vers le gros ballon en le montrant avec sa petite main. Je l'ai donc mise sur le gros ballon en position assise et j'ai commencé à bouger doucement le ballon en la berçant. Elle s'est alors mise sur le dos et elle est restée calme pendant quelques minutes. Elle semblait apaisée. Elle me regardait et l'espace d'un instant j'ai pu capter son regard.

Pour les 3 séances suivantes, j'ai donc décidé de commencer par une mise en confiance sur le gros ballon.

Le déroulement de la prise en charge reste par la suite similaire avec un travail de stimulation psychomotrice de la marche et de la position assise puis un travail de motricité fine en utilisant une petite balle ou un puzzle tout en essayant de maintenir une interaction.

Rose semble maintenant avoir confiance en moi, peut me regarder quelques secondes et me faire des sourires. Cependant, son manque de concentration subsiste et elle reste malgré tout beaucoup dans son monde.

Ma prise en charge avec Rose a dû s'arrêter suite à une intervention chirurgicale visant à réduire la rétraction et la raideur de son bassin.

### **3.4.5 Conclusion**

Rose est une petite fille qui présente donc un retard de développement général qui est du à sa quadriplégie spastique. Elle présente une grande rigidité qui s'amplifie aussi bien au niveau des membres supérieurs qu'au niveau des membres inférieurs malgré un traitement médicamenteux. Elle tient assise les jambes croisées sans aide quelques minutes et peut tenir debout mais avec aide. Sa motricité fine reste difficile. De plus, Rose présente un langage peu expressif et une interaction pauvre qui peut cependant être nuancée lorsqu'elle est en confiance avec son environnement.

La psychomotricité et l'intégration scolaire semblent aider Rose. Les séances de kinésithérapie vont devoir augmenter et la prise en charge pour les parents va devenir difficile. A long terme, il serait préférable que Rose intègre une structure plus complète appelée centre de rééducation avec la présence de kinésithérapie, psychomotricité, apprentissages scolaires, ergothérapie...

Lui procurant ainsi un cadre revalorisant, adapté et sécurisant.

### **3.5 Léa face à une hémiplégie droite**

#### **3.5.1 Présentation du patient et anamnèse**

Léa est une petite fille de 14 mois atteinte d'une Infirmité Motrice Cérébrale et plus particulièrement d'une hémiplégie droite au niveau du membre supérieur et inférieur. Elle est suivie en psychomotricité une fois par semaine en prise en charge individuelle avec la présence de sa maman dans le même service hospitalier où elle fut hospitalisée en réanimation néonatale et néonatalogie pour une méningite fulgurante.

##### **3.5.1.1 Anamnèse**

Léa est née à 38 SA pour un poids à la naissance de 2810 g et un APGAR à 10/10. Rien à signaler en période néonatale. Cependant à l'âge de 10 jours, suite à une fièvre et des convulsions, elle fut hospitalisée en réanimation pour méningite fulgurante. Elle gardera le traitement de DEPAKINE, qu'elle a encore aujourd'hui.

##### **3.5.1.2 Contexte familial**

Elle est gardée par la maman, qui devait reprendre son travail en janvier 2008 mais elle fut licenciée. La date d'une prochaine reprise n'est donc pas encore déterminée.

##### **3.5.1.3 Evolution psychomotrice depuis sa sortie du service de réanimation néonatale**

A la sortie du service de néonatalogie, l'état neurologique n'était pas satisfaisant : il y avait un contact oculaire très difficile, très peu de poursuite et de contact par le regard, une hypertonie périphérique très importante, des poings fermés et des pouces adductus. Léa va alors suivre de la kinésithérapie 3 fois par semaine et de la psychomotricité.

Le premier bilan se déroule à l'âge de *2 mois et 3 semaines*. Elle a énormément progressé au niveau du contact. En effet, le contact et la poursuite oculaire des objets sont tout à fait correctement mis en place. Il persiste cependant une hypotonie axiale qui progresse tout doucement avec une démonstration de travail en décubitus ventral. La motricité spontanée est normale, on ne retrouve pas d'hypertonie périphérique. Elle commence à faire quelques vocalises.

A l'âge de *5 mois*, le contact est excellent, la poursuite oculaire est parfaite, elle discute et fait de nombreux sourires. Elle présente quelques petites difficultés alimentaires, le sommeil est excellent. La motricité spontanée est excellente, avec une motricité aux membres supérieurs encore explosive et raide. L'hypotonie axiale régresse avec un meilleur redressement en décubitus ventral. Cependant, la tête reste encore ballante au tiré-assis. Le membre supérieur droit se raidit souvent avec un poing droit qui reste encore très fermé.

Lors du bilan à l'âge de *8 mois*, l'alimentation et le sommeil sont parfaits. Elle bénéficie toujours d'une kinésithérapie à raison de 3 séances par semaine. Un nouveau bilan comprenant un PEA (Potentiel Evoqué Auditif), un PEV (Potentiel Evoqué Visuel) et un PES (Potentiel Evoqué Somesthésique) est prévu et en attente. Le contact est toujours parfait, Léa est une petite fille très interactive, qui sourit et qui discute. L'hypotonie a bien régressé, la tenue de tête est acquise et la station assise sans appuis est possible, mais il n'y a pas encore de réflexes de chute et la moitié inférieure du dos est encore en cyphose. Elle ne se retourne pas encore du décubitus ventral au décubitus dorsal et vice – versa. La préhension volontaire est présente à gauche, et il n'y a pas de préhension volontaire du tout à droite, avec un poing qui reste fermé et un bras qui garde une tendance au retrait. Lorsque les objets sont présentés à droite, elle croise pour prendre avec la main gauche. Par contre, elle essaie de tenir les objets à deux mains.

Ainsi Léa a énormément progressé et récupéré sur le plan du contact et de l'interactivité. Le tonus axial se normalise. Cependant prédomine une asymétrie de tonus périphérique au détriment du membre supérieur droit, faisant évoquer l'hypothèse d'un tableau d'hémiplégie. Des séances hebdomadaires de psychomotricité sont mises en place.

### **3.5.2 Bilans et prises en charge complémentaires**

#### **3.5.2.1 Prises en charge et examens complémentaires**

- la kinésithérapie a lieu 3 fois par semaine
- les PEA, PEV et PES sont faits. Léa n'a aucun problème auditif, visuel et somesthésique.
- l'IRM a cependant eu lieu et a présenté une lésion à gauche, lésion clinique d'une hémiplégie côté droit.

#### **3.5.2.2 Bilan psychomoteur**

Ce bilan est effectué le 30 novembre 2007. Il s'agit davantage d'un bilan d'observation pour voir comment a évolué Léa depuis ses 8 mois. Il se base sur les principaux items

psychomoteurs. Pour ce bilan, Léa est pratiquement âgée de *11 mois* (dans 2 jours) et sa maman est présente ainsi que la psychomotricienne. Ce bilan dure le temps de la séance soit une demi-heure.

#### 3.5.2.2.1 Observations

- **motricité** : Elle tient sa tête et reste assise quelques moments sans appuis. Au bout de quelques minutes, elle perd son équilibre à droite car elle n'a pas de réflexes de chute de ce côté. Elle tient debout avec aide. Léa arrive bien à lever sa tête en décubitus ventral. Comme elle n'aime pas trop cette position, elle a vite appris à se retourner sur le dos et elle peut rouler du décubitus ventral au décubitus dorsal.

- **préhension** : Léa s'intéresse aux objets sonores que je lui présente mais n'utilise que sa main gauche. Sa main droite est très peu monopolisée. En effet, Léa a tendance à garder son poing droit fermé et son bras droit reste tendu et en retrait. La préhension volontaire de la main gauche est cependant bonne. Elle met à la bouche.

- **interactions, compréhension, langage** : Léa a un bon suivi du regard, elle a un excellent contact, fait de grands sourires et quelques vocalises.

#### 3.5.2.2.2 Conclusions du bilan

Léa présente un retard général de développement bien qu'elle progresse à son rythme. Elle a toujours un éveil et un contact excellent. Le langage n'est cependant pas très riche pour son âge. A presque 11 mois, elle devrait déjà faire des syllabes redoublées et faire « au revoir » et « bravo ». Cependant la situation n'a peut-être pas incité Léa à beaucoup parler. D'un point de vue moteur, elle arrive à se retourner du décubitus ventral au décubitus dorsal. Son tonus axial se développe bien. En effet, elle arrive maintenant à tenir debout avec aide. De plus, la station assise reste stable malgré son manque de réflexes de chute à droite. Il n'y a cependant pas de réels déplacements. Pour son âge, elle devrait déjà marcher à 4 pattes, se mettre dans la position du « chevalier servant » et se mettre debout toute seule. D'un point de vue de sa préhension, il n'y a pas de grandes évolutions avec une main droite qui est peu utilisée. Elle a une préhension volontaire de la main gauche mais pour son âge, elle devrait déjà avoir une pince supérieure plus fine. Son hémiplégie est nettement visible au niveau de son membre supérieur droit mais reste encore peu décelée au niveau inférieur. Ceci est en lien avec le niveau de développement moteur de Léa qui ne met pas encore trop en avant sa motricité des membres inférieurs.

### **3.5.3 Projet thérapeutique**

#### **3.5.3.1 Le cadre**

Les séances de psychomotricité auront lieu dans le service hospitalier en consultations de pédiatrie dans la salle de psychomotricité. Elles se dérouleront une fois par semaine en prise en charge individuelle avec la présence de la mère pendant une demi-heure.

#### **3.5.3.2 Les axes de travail**

Il sera important pour Léa de travailler sa motricité générale avec une stimulation psychomotrice. Pour cela, sa station assise, sa station debout et ses retournements seront privilégiés.

De plus, une prise de conscience de son côté droit (qui va être nécessaire entre autre pour la qualité de sa préhension) sera à mettre en valeur.

Le gros ballon sera utilisé pour stimuler les retournements et la station assise avec un travail sur les réflexes de chute à droite. Ce médiateur contenant permettra donc à Léa de prendre conscience de son corps dans sa globalité au travers d'une mise en valeur de son schéma corporel dans l'espace.

Le toucher thérapeutique sera également un bon moyen d'appropriation d'une globalité corporelle.

### **3.5.4 La prise en charge**

J'ai pu suivre Léa pendant 5 séances.

La prise en charge se déroule de la manière suivante :

- Dans un premier temps, j'enlève ses chaussures et ses chaussettes tout en lui parlant et en captant son regard. Je manipule ses jambes, ses pieds et ses bras afin de la mettre en confiance.
- Dans un deuxième temps, je procède à un travail sur la sensation des pieds à l'aide d'une petite balle que je fais passer sur ses deux pieds.
- Dans un troisième temps, je stimule sa position assise, en la tenant au départ puis j'essaie de la laisser tenir toute seule. J'utilise la plupart du temps un jouet que je place devant elle pour qu'elle maintienne cette position. J'effectue également un travail en décubitus ventral afin de voir comment elle réagit face à cette position et comment elle procède pour se retourner. Je stimule ensuite sa position debout en la tenant sous les bras. Je lui demande de faire quelques pas vers sa maman.

- Dans un quatrième temps, je place Léa sur le gros ballon en position assise et je la fais basculer à droite et à gauche tout en étant à côté d'elle. Je la place également en position ventrale tout en manipulant ses membres inférieurs. Je lui fais ainsi travailler son réflexe de chute à droite et son tonus axial.
- Dans un dernier temps, je lui remets ses chaussettes et ses chaussures tout en la valorisant sur sa séance et je la place en position debout afin qu'elle puisse sentir une différence de sensations au niveau de ses pieds et j'essaie de la faire marcher vers sa maman.

Léa peut se montrer impatiente durant la séance lorsque je la laisse trop longtemps dans la même position. Elle peut également pleurer lorsqu'elle est dans une situation où elle n'a pas de contrôle. En effet, elle manifeste sa peur lorsque je la fais basculer à droite sur le gros ballon et quand je la mets sur le ventre. Dans ces deux situations, elle ne peut pas faire ce qu'elle veut de son corps, elle est tributaire de son bras droit qui fonctionne mal et cela l'angoisse. J'essaie donc de la consoler en lui montrant que sa maman est là et qu'elle ne risque rien. Malgré tout, Léa s'investit beaucoup dans la séance. Elle est très communicative et souriante le reste du temps. Depuis le début de sa prise en charge, Léa arrive maintenant à tenir assise toute seule bien plus longtemps que lors de son bilan. Elle tient debout avec aide et peut faire deux à trois pas lorsqu'elle se dirige vers sa maman. Elle peut me faire coucou et au revoir avec le bras droit et elle fait de plus en plus de vocalises.

### **3.5.5 Conclusion**

Léa est une petite fille qui a fait des progrès malgré un retard de développement général qui persiste en raison de son hémiplégie droite. Léa montre peu de modes de déplacement et reste par conséquent très dépendante de son entourage.

Léa doit continuer les séances de psychomotricité et de kinésithérapie. Cependant à long terme, sachant que la maman va reprendre le travail, qu'elle est anxieuse et que l'évolution de la maladie de Léa va probablement être difficile à prendre en charge, une orientation en Service Spécialisé d'Education et de Soins à Domicile (SSESD) semble être un bon compromis.

## **PLUS LARGEMENT... LE HANDICAP ET LA PSYCHOMOTRICITE**

Arrivés à ce stade de lecture, nous savons maintenant plus en détail ce qu'est l'infirmité motrice cérébrale et ses principaux modes d'expression.

Nous avons vu concrètement comment la psychomotricité joue son rôle dans un milieu hospitalier précis.

Maintenant, nous allons tenter dans cette troisième partie d'élargir notre réflexion en nous intéressant à la manière dont les parents réagissent à l'annonce du handicap de leur enfant. Puis nous nous intéresserons plus largement au handicap, comment est-il perçu dans la famille, plus largement dans la société et par l'enfant lui-même tout en mettant en avant l'apport de la psychomotricité.

## 4 L'ANNONCE DU HANDICAP

### 4.1 Les conséquences de l'annonce pour les parents mais aussi pour l'équipe médicale

La révélation du handicap est un **moment très douloureux** aussi bien pour l'équipe médicale que pour les parents. Les médecins peuvent être maladroits et certains ne sont pas toujours dotés d'une finesse psychologique. En effet, face à une mère angoissée et inquiète, ils n'ont pas toujours une empathie réconfortante.

*« Par conséquent, face à cette situation à laquelle il n'est pas préparé, chaque soignant réagit en fonction de ses sentiments spontanés, pleins de bonnes intentions, mais peu contrôlés : la peur, la pitié, la fuite, le désir de soulager. Ces attitudes sont un évitement de la souffrance d'autrui, une façon de se débarrasser des émotions douloureuses que ce bébé handicapé suscite en chacun. »* (SAUSSE S., 1996, p.24)

L'annonce du handicap fait peur et peut être **déconcertante** pour certains médecins. Ils doivent cependant savoir que leurs paroles ont un impact très important par la suite pour les parents mais aussi pour leur enfant.

*« Ces mots-là marquent ; ils laissent des traces que le temps n'efface pas ; ils sont écoutés comme l'oracle de Delphes. »* (SAUSSE S., 1996, p.25)

L'annonce du handicap doit se faire dans la mesure du possible en présence des deux parents. Cela peut leur permettre d'affronter l'épreuve de manière plus soudée avec un partage des responsabilités et surtout de la culpabilité. En effet, si l'annonce se fait soit à la mère soit au père, un clivage se forme. L'un des parents a l'impression de porter seul la responsabilité du handicap de son enfant. Il endosse alors entièrement la culpabilité ou la projette sur l'autre entraînant ainsi des conséquences dévastatrices pour le couple.

L'annonce du handicap entraîne des remises en question pour les parents sur leur passé, leur histoire et leurs conflits familiaux plus ou moins refoulés dans leur inconscient. Il peut alors resurgir des événements trop difficiles à assumer.

*« Le présent réactualise le passé. »* (SAUSSE S., 1996)

Face à cette annonce, certains parents se séparent. Le père a tendance à prendre la fuite laissant la mère tout assumer. D'autres couples se rapprochent et décident de mener le combat ensemble. De plus, il est important qu'ils aient le soutien affectif de leurs familles proches.

« La mise en place d'un environnement affectif qui permet d'entourer les parents d'un contenant psychique permet d'éviter, ou du moins d'atténuer, la tendance spontanée des familles au repli honteux. » (SAUSSE S., 1996, p.28)

En effet, la famille permet aux parents de ne pas se sentir abandonné dans cette étape difficile. Dans le cas contraire, ils ont tendance à s'isoler.

« Un cercle vicieux s'installe : le handicap provoque le rejet et, en retour, le rejet accentue le handicap. » (SAUSSE S., 1996, p.28)

## 4.2 Le moment de l'annonce du handicap

Il peut-être anténatal, postnatal ou acquis.

### - l'annonce prénatale

La mise en évidence d'une anomalie en période prénatale présente un certain nombre de spécificités : absence physique de l'enfant, limitation du temps pour élaborer la décision et possibilité d'interrompre légalement la grossesse. Selon les circonstances dans lesquelles est découverte ou suspectée une anomalie fœtale, l'annonce sera faite en respectant certains principes. Les parents ont droit à la vérité et attendent des médecins une attitude humaine et sincère. Ils n'attendent ni le silence ni le discours fuyant. Afin de ne pas laisser le couple dans l'incertitude, il est indispensable que les investigations complémentaires soient réalisées dans les meilleurs délais.

### - l'annonce postnatale

L'annonce doit être faite aux deux parents, si possible en présence de l'enfant, par un ou plusieurs médecins expérimentés avec l'aide d'un autre professionnel (puéricultrice, sage-femme...), conférant ainsi toute la valeur accordée à l'enfant et à sa famille. Le lieu de l'entretien doit être soigneusement choisi. Le temps de l'annonce est long et requiert disponibilité, chaleur humaine et une certaine intimité. Plusieurs entretiens sont indispensables. La rencontre des parents séparément est parfois nécessaire. La famille et les proches pourront également être reçus.

L'information médicale doit être claire et compréhensible mais progressive, nuancée et prudente, en particulier sur les incertitudes, les risques et surtout les séquelles éventuelles. Le médecin traitant sera associé à cette annonce. Sa place est importante car c'est lui qui connaît le mieux la famille et son histoire et qui sera le lien entre les intervenants. Rapidement, les possibilités d'aide doivent être évoquées : associations de parents, aides spécialisées. La sortie de la maternité devra être organisée auprès des intervenants extérieurs et avec l'accord des parents.

« L'annonce du handicap apparent à la naissance est le cas de figure le plus typique et le plus redouté, mais pas le plus fréquent » (SAUSSE S., 1996, p.30)

## - l'annonce après plusieurs mois

L'enfant ne présente pas de troubles à la naissance mais après quelques mois, il présente des troubles du développement. Les signes prévalents sont la plupart du temps : un retard moteur, une hypotonie, un éveil trop lent ou encore un contact difficile. La mère est la première à s'apercevoir que quelque chose ne va pas chez son bébé. Des séries d'exams médicaux sont alors entamées. Les parents rentrent dans une période très difficile et angoissante. La détection de troubles moteurs ou neurologiques demande de grandes compétences médicales car ils sont souvent difficiles à évaluer.

L'annonce du handicap qui en découle est très éprouvante aussi bien pour les parents que pour le médecin. Elle est cependant source de soulagement. En effet, cela est rassurant pour les parents de pouvoir mettre un nom sur le diagnostic de leur enfant après plusieurs mois d'attente et de doute.

*« A la limite, on pourrait dire que, pour annoncer une si mauvaise nouvelle, il n'y a que de mauvais mots. Cela ne peut pas « bien » se dire. Tout dépend, en fin de compte, de la relation de personne à personne qui est établie entre soignant et parent et de l'attitude profonde de celui qui annonce à l'égard du handicap. L'essentiel est d'être conscient que les modalités de l'annonce du handicap vont fortement influencer la manière dont les parents réagiront ultérieurement. » (SAUSSE S., 1996, p.31)*

Dans ce contexte, la psychomotricité a sa place. En effet, le fait de voir les parents une fois par semaine en séance avec leur enfant permet d'instaurer une relation stable basée sur la confiance. Le psychomotricien devient alors un interlocuteur privilégié.

### 4.3 D'un point de vue psychologique

Lors de la grossesse la mère et le père pensent séparément et ensemble un enfant fantasmatique et un enfant imaginaire.

**L'enfant fantasmatique** est l'enfant idéal mais qui appartient à l'inconscient. Il correspond au désir inconscient de chacun des deux parents. **L'enfant imaginaire** est l'enfant conscient. Il correspond au souhait conscient des parents individuellement et ensemble. Le fœtus est par conséquent directement investi des désirs conscients et inconscients des parents. Ces désirs étant liés à leur propre histoire. Il va donc se créer des relations très intenses entre ce fœtus et ses parents bien avant la naissance. De plus, le bébé concrétise l'amour des parents. Cependant, face à ce bonheur futur, les parents sont toujours angoissés. Cette angoisse est souvent liée à leur propre histoire familiale mais aussi aux résultats de chacune des échographies qui sont un indice révélateur de la santé de leur bébé in utero.

Lors de l'accouchement, la première rencontre avec le bébé réel est source des premiers écarts entre les souhaits conscients et inconscients des parents. Ils sont liés au physique de l'enfant reposant sur des affects. Les parents doivent faire un premier travail de deuil par rapport au bébé in utero pressenti. Ce travail de deuil est très important. Il permet d'identifier leur bébé comme un être humain unique avec ses qualités et ses défauts.

Lors de l'arrivée d'un enfant handicapé, différentes données sont à prendre en considération. Tout d'abord, quelle est la nature du handicap, ses points d'impact, son intensité, son évolution, son symbolisme auprès de la société. Puis il est important de s'intéresser à l'histoire de la famille avec ses événements antérieurs, la structure familiale, la situation professionnelle ou encore les références idéologiques.

Malgré cette prise en considération, l'annonce du handicap est toujours un événement très douloureux qui engendre des réactions psychologiques de la part des parents. Elles passent par plusieurs phases :

- **la phase de stupeur et de sidération**

Elle est liée au traumatisme psychique. C'est une impression d'irréalité, de cahot, d'hébétude. « Pourquoi notre enfant ? Pourquoi nous ? » Souvent ils se la posent dans la tête mais pas à voix haute. Ils ont alors tendance à se plonger dans un mutisme et ont tendance à refouler les thérapeutes. Un vide intérieur et la création d'un vide extérieur s'établissent.

- **la phase d'intense douleur psychique, de désespoir, d'impuissance**

Cette deuxième phase est plus durable.

Suite à ces deux phases vient le **temps de la dépression**.

La **mélancolie et l'instabilité de l'humeur** des parents se mettent en place avec une forte atteinte de l'estime de soi. L'instabilité de l'humeur se traduit par un cortège de réactions qui va d'une attitude à une autre parfois complètement opposée. Cela va par exemple se traduire par un rejet des équipes médicales, pluridisciplinaires voir une haine ou alors un hyper investissement à d'autres moments de ces mêmes équipes avec des demandes d'examens en grand nombre.

Suite à la mélancolie et l'instabilité de l'humeur, nous remarquons une **inhibition psychologique** c'est-à-dire une incapacité à penser.

Puis s'installe le **travail de deuil** qui s'avère « impossible ». Ceci est du à la virulence de l'angoisse et le rapport au temps qui est modifié. En effet, l'enfant handicapé va réclamer des soins particuliers qui vont modifier le rapport au temps sachant que pour un enfant

normal le rapport au temps est aussi modifié mais celui-ci est inscrit dans une normalité. Les temps de soins pour un enfant handicapé ne sont pas inscrits dans une normalité.

L'apitoiement de l'environnement est également un élément qui contribue à rendre le travail de deuil « impossible ».

Pour Eva THOMAS, « *le deuil c'est la souffrance de savoir que ce qui s'est passé, s'est bien passé et que rien ne pourra changer la passé.* »

De plus, l'élaboration de l'enfant imaginaire et fantasmatique s'effondre avec la remise en cause des parents sur le bonheur fondamental de donner la vie à un enfant bien portant.

Face à ce deuil impossible, un désir de mort de l'enfant apparaît.

« *L'enfant handicapé suscite, toujours et inévitablement, une idée de mort. On pourrait dire que la naissance de tout enfant s'inscrit dans une conjonction de la vie et de la mort, car pour tout parent l'enfant est en même temps continuation de la vie, mais aussi signe annonciateur de la mort. Néanmoins, dès lors qu'il y a handicap, ces idées de mort surgissent avec une acuité accrue et persistante.* » (SAUSSE S., 1996, p.154)

En somme, les parents ressentent une **profonde blessure narcissique** qui modifie radicalement la relation d'objet.

Ils mettent alors en place des mécanismes de défense. Nous retrouvons comme défense face à la virulence de l'angoisse une **agressivité** qui déclenche de la **culpabilité**.

« *Tout diagnostic évoque de la culpabilité. Les parents s'imaginent, en contradiction avec toute pensée rationnelle, un événement qui a causé ce handicap.* » (SAUSSE S., 1996, p.110)

Ils se remettent donc continuellement en question. Malgré une étiologie détectée et reconnue, les parents s'auto-accusent.

Face au handicap de leur enfant, certains parents sont dans le **déni**. Pour eux, leur enfant n'est pas handicapé.

D'autres sont dans la **négation** : « il n'est pas si lourdement handicapé ».

Enfin, la **dénégation** peut être présente chez certains parents : « je sais bien qu'il a ceci mais vous voyez quand je dis cela il bouge la tête donc il n'est pas vraiment handicapé ».

Le déni est pathologique si cela tourne à la quasi obsession ou à la maltraitance de l'enfant.

Un mécanisme classique s'ensuit : le **refoulement**. Un mécanisme de minimisations peut également être présent chez certains parents. Ces derniers minimisent les choses, le handicap ou les capacités de leur enfant. Le psychomotricien a alors pour rôle au travers des séances faites sur le tapis de montrer aux parents la réalité des potentialités de leur enfant.

Le comportement des parents vis-à-vis de leur enfant handicapé varie d'une famille à l'autre. Il peut y avoir un rejet, un désinvestissement de l'enfant ou alors une hyper protection, un

surinvestissement qui peut être sous une forme de sublimation de la pulsion de mort. Ils deviennent des parents exemplaires. Le surinvestissement peut également être une forme de symbiose pour recréer le temps de la grossesse où les parents ne savaient pas que l'enfant était handicapé. L'hyper protection est à l'origine d'une terrible angoisse de séparation.

*« La partie blessée de soi-même que l'enfant abîmé ou malade vient incarner et qui est douloureusement intriquée aux zones les plus archaïques de la personnalité. L'enfant qui, du fait de son inachèvement et de son incomplétude, sera toujours perçu par ses parents comme un morceau d'eux-mêmes, dont ils ne parviendront jamais réellement à se détacher. » (SAUSSE S., 1996, p.48)*

Face au handicap de leur enfant, les équipes médicales et paramédicales doivent avoir une **empathie** nécessaire. Ils peuvent être confrontés à leur propre impuissance. Ils doivent mettre de côté leur savoir pour essayer de s'adapter au plus près de leur patient. Ils doivent savoir prendre le temps de transmettre un sentiment de sécurité aux parents en montrant leur intérêt à propos du handicap dont souffre leur enfant. Ils doivent intégrer les parents à toute décision et parvenir à ce que l'enfant soit acteur dans la séance. L'enfant commence une thérapie avec l'accord des deux parents.

Cette empathie est présente chez le psychomotricien. Tout en gardant une distance professionnelle, il peut ainsi mener à bien une guidance parentale.

#### **4.4 Les parents de Marc et Tom face à l'annonce du handicap**

##### **Vignette clinique 1 : MARC**

Marc est un prématuré présentant une grande hypotonie et un « regard absent ». Suite à de nombreux examens médicaux établis, le dernier examen du caryotype met en valeur le diagnostic du syndrome de WILLI-PRADER. Les signes cliniques se caractérisent de 0 à 2 ans par une hypotonie majeure et des difficultés alimentaires avec un cri faible. L'amélioration est progressive. Les difficultés obstétricales à la naissance sont dues à l'hypotonie fœtale. Secondairement s'installent vers 2 ans une hyperphagie et une obésité, associées à un retard mental, le plus souvent modéré, avec des difficultés d'apprentissage et des troubles du comportement variables. De plus, un retard statural et pubertaire avec hypogonadisme est observé.

A l'annonce du handicap, la mère est en pleur dans la salle d'attente. Elle se doutait bien que quelque chose n'allait pas avec son enfant mais n'imaginait pas un diagnostic si difficile. Ce fut le médecin néonatalogiste qui a suivi Marc depuis sa naissance qui leur a annoncé. Le père n'était pas bien, un mélange d'agressivité et de désarrois se lisait sur son visage.

Suite à cette annonce, de nombreuses stimulations doivent être entreprises afin de minimiser l'évolution de la maladie. Tout naturellement, la psychomotricienne les reçoit sur le tapis autour de leur bébé pour parler de ses potentialités et préparer le suivi.

Cette annonce est très difficile pour les parents. D'autres, peuvent être moins anxiogènes.

### **Vignette clinique 2 : TOM.**

C'est le cas pour Tom, un petit garçon de 3 ans que je suis en séance de psychomotricité une fois par semaine pour difficultés motrices. D'après la maman, Tom s'est mis debout et n'a pu s'asseoir seul qu'à 2 ans. Il réclamait à être debout mais il ne pouvait pas le faire tout seul. Tom, à cette période n'était pas suivi médicalement et les parents n'avaient donc aucun point de vue extérieur. La maman en me racontant les faits me disait qu'elle n'était pas inquiète. En effet, pour elle chaque enfant a son rythme de développement. De plus, Tom est un petit garçon très bavard qui était même en avance d'un point de vue de la compréhension et du langage. Cependant au bout de 6 mois, elle se décida à en parler à une amie psychomotricienne et au médecin. C'est alors que Tom entrepris des séances de psychomotricité qui lui firent beaucoup de bien. En effet, il a acquis le passage de la position assise à la position debout, le déplacement à 4 pattes, à monter et descendre les escaliers et à se tenir accroupi. À la vue des progrès de Tom, la psychomotricienne a néanmoins conseillé aux parents de voir un neurologue. Suite à cet entretien, le médecin a largement rassuré les parents en leur disant que Tom présentait une hypotonie des abdominaux et des épaules faisant suspecter une forme bénigne de myopathie congénitale mais en aucun cas il ne présentait une forme de myopathie grave et invalidante.

Au travers de ces deux exemples, nous pouvons donc voir que l'annonce du handicap est variable et est fonction de la pathologie de l'enfant. Elle est plus ou moins angoissante mais cela reste tout de même une épreuve difficile pour les parents.

Nous allons maintenant nous intéresser davantage au handicap.

## 5 LE HANDICAP

### 5.1 Définition

L'analyse de la situation des personnes handicapées a conduit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à définir des normes théoriques et pratiques qui articulent les notions de déficience, d'incapacité, et de handicap.

*« La **déficience** est une perturbation des structures ou fonctions anatomiques, physiologiques ou psychologiques de l'organisme.*

*L'**incapacité** affecte la personne par une limitation des possibilités fonctionnelles ou des performances et des restrictions d'activité qui en résultent.*

*Le **handicap** est le désavantage qui résulte de la différence entre ce que la société attend de l'individu et ce qu'il est capable de faire, compte tenu de ses déficiences et des incapacités relatives.*

*Pour une incapacité donnée, le handicap est variable, d'une part, en fonction des exigences sociales, et, d'autre part des aides qui peuvent être apportées dans chacun des milieux de vie. »*

Le terme handicap, créé en 1827, vient des Irlandais et prend son origine dans le domaine des courses de chevaux sur pelouse. Etymologiquement, ce mot vient du terme anglais *Handicap*, contraction de *hand in cap*, « la main dans le chapeau » pour désigner une méthode destinée à choisir un gagnant ou une position. Aux courses, cette technique permet l'attribution des positions de départ, la « pole position » étant la plus avantageuse puisque la distance à parcourir est moindre et permet, au départ du moins, de prendre la tête plus facilement. L'essence même de la notion de handicap repose sur la nécessité d'être équitable en « désavantageant » ou en annulant un avantage chez un concurrent. Les chances sont plus « égales ». Il s'agit ici d'un processus d'intégration sociale réciproque. Sans cette égalisation des chances, aucun joueur n'aurait le plaisir à jouer avec des compagnons de niveaux différents, les uns gagnent toujours, les autres perdent à coup sûr.

*« De par son origine, le handicap n'indique pas tant le rejet de celui qui est écarté de la norme, mais au contraire elle implique l'idée d'une égalisation des chances par un système de compensations, en donnant une charge supplémentaire aux meilleurs afin de limiter leurs performances. » (SAUSSE S., 1996, p.86)*

*« Le handicap est un désavantage imposé à un concurrent, à un cheval, pour équilibrer les chances de victoire ; épreuve sportive où les chances sont ainsi équilibrées. Il désigne*

*également ce qui défavorise, met en position d'infériorité. Enfin il représente une infirmité physique ou une déficience mentale. » (HACHETTE, 2004)*

La psychomotricité intervient pour permettre l'adaptation et l'optimisation des capacités même diminuées de l'enfant handicapé.

## **5.2 Sa perception au sein de la fratrie**

Les frères et sœurs d'un enfant handicapé se posent toujours de multiples questions. Ils pensent à leur devenir, à leur crainte de devenir également handicapé, à la transmission du handicap à leurs propres enfants. Ils remettent en question leur identité.

**Ils réagissent de plusieurs manières.** Certains enfants sont très inquiets, ils peuvent rentrer dans une inhibition en prenant tout sur eux. Ils deviennent alors angoissés. La plupart du temps, ces enfants n'en parlent pas à leurs parents et restent alors en retrait. D'autres, au contraire cherche à se faire remarquer en faisant d'innombrables bêtises, ils sont dans l'agitation et l'hyperactivité.

Certains vont apprendre le sens des responsabilités trop tôt afin d'aider au mieux leurs parents. Ils vont alors être compatissant même trop.

Ces différents types de comportement peuvent alors avoir des conséquences sur les apprentissages scolaires, le développement moteur et les relations sociales de l'enfant.

Ces diverses réactions proviennent d'un sentiment angoissant d'abandon. Ils cherchent soit à s'isoler par peur, soit à attirer l'attention pour que leurs parents s'occupent d'eux, soit à prendre une place qui puissent les valoriser auprès de leurs parents. Ils se sentent dans une impuissance.

Cet investissement du handicap est propre à chaque enfant et diffère selon la personnalité de chacun. Le plus important est que cela n'entrave pas leur épanouissement personnel. Les parents n'en prennent malheureusement pas toujours conscience et ne comprennent pas l'origine du comportement de leur enfant. Ils pensent toujours bien faire et ne sont pas toujours les mieux placés pour être à leur écoute. Ils sont trop préoccupés par la charge importante de leur enfant handicapé. Il est alors important que ces enfants puissent en parler à un autre membre de la famille comme un oncle ou une tante qui puisse les soutenir ou bien à un spécialiste comme le psychologue.

Que cela soient les parents, les membres de la famille ou le psychologue, l'enfant doit pouvoir poser toutes ses questions existentielles et y trouver une réponse afin de pouvoir pleinement comprendre et accepter le handicap de son frère ou de sa sœur tout en

s'épanouissant sans culpabiliser. Il est important pour l'enfant de poser des mots sur le handicap de son frère ou de sa sœur.

*« La pire des souffrances est celle qui ne peut se dire, être entendue et partagée. La plus troublante étrangeté est celle qui ne peut être nommée. » (SAUSSE S., 1996, p.82)*

### **Vignette clinique 1 : MARION**

Marion est venue faire un bilan pour troubles de l'écriture et passivité. Elle est âgée de 9 ans et demi et est en CM2. Elle est très grande pour son âge et elle a de grands yeux bleus. Elle fait du judo et du théâtre. Elle a un grand frère de 13 ans et demi, Henry, qui présente un handicap depuis son plus jeune âge. Nous n'avons pas encore posé de diagnostic. Celui-ci présente un retard mental, des troubles du comportement avec une grande agitation, il n'utilise pas ses mains, il recherche les radiateurs et les murs. Il présente un retard au niveau des acquisitions. Malgré sa volonté de découvrir le monde environnant, il n'arrive pas à l'expérimenter au travers de son corps et reste très dispersé. Il présente donc des troubles de la proprioception. Henry est placé depuis quelques temps en internat. Il revient les week-ends. Quand Henry était encore à la maison, il s'amusait à détruire tout ce que Marion construisait et tenait une place très importante dans la famille. Depuis son départ, « tout est plus calme » dit la maman, « je vais mieux et j'ai plus de temps pour m'occuper de Marion. » Lors de l'entretien, Marion reste timide, pâle, elle regarde très rarement la psychomotricienne et préfère regarder les photos accrochées au mur. Lorsque la psychomotricienne lui demande si elle voit ses amies le week-end, Marion lui répond : « Non, je reste à la maison pour voir mon grand frère. »

Lors du bilan de latéralité innée, Marion utilise beaucoup la main gauche alors qu'elle écrit de la main droite. Elle présente des syncinésies à gauche à l'épreuve des marionnettes et des syncinésies d'imitation des deux côtés à l'épreuve « opposition pouce doigts ». Son tonus est quasiment identique des deux côtés. De plus, des paratonies sont présentes au niveau des membres supérieurs avec des épaules relevées et tendues. Marion ne présente pas de particularités au niveau de l'espace et du schéma corporel. Elle arrive bien à tenir son crayon, ce que selon la mère elle n'arrivait pas à faire avant. Au niveau du rythme, elle reste très hâtive et garde un tempo assez rapide. Son trouble de l'écriture provient donc d'une main gauche qui n'est pas utilisée et d'une maturation neurologique encore fragilisée. De plus, Marion est très tendue.

Nous voyons ici que Marion présente des troubles des mains comme son frère. De plus, Marion s'isole peu à peu et s'oblige à rester le week-end chez elle pour voir son frère. Elle garde en elle une profonde angoisse et une culpabilité. Elle n'arrive pas à s'épanouir. Marion a du vivre des moments difficiles pour son âge et reste impuissante face au handicap de son frère. La difficulté au niveau de ses mains semble davantage d'ordre psychologique. Nous

pourrions nous demander si Marion n'a pas une envie inconsciente de ressembler à son frère pour retrouver l'affection maternelle. Marion suite à ce bilan va donc être suivie par une psychologue afin qu'elle puisse parler en toute liberté et prendre confiance en elle et par une psychomotricienne afin qu'elle puisse davantage avoir d'aisance au niveau graphique. Le judo et le théâtre sont à poursuivre. Marion pourra ainsi affronter et mieux accepter le handicap de son frère tout en s'épanouissant dans ses futures années de collège.

### **Vignette clinique 2 : FABRICE**

Fabrice a 9 ans, il est en classe de CM2. Il a un petit frère atteint d'une myopathie. Quand il était petit, ce dernier l'énervait car il ne comprenait pas pourquoi ses parents s'occupaient davantage de lui. Il avait alors tendance à l'embêter. Puis une fois que ses parents lui ont expliqué la situation, il a compris. Maintenant il fait attention à son frère, il s'occupe de lui sans pour autant négliger sa vie d'enfant de 9 ans. Il se disait durant l'entretien inquiet pour son frère et a eu besoin d'être rassuré par ses parents. Il avait peur de ce qui pouvait lui arriver.

D'après ces deux vignettes cliniques, nous pouvons voir que chaque enfant réagit d'une manière différente. La perception du handicap de leur frère ou de leur soeur est en lien avec leur personnalité mais aussi avec la manière dont les parents vont eux aussi intégrer le handicap de leur enfant. En effet, une mère qui montre trop son anxiété et qui sollicite trop la fratrie en vue d'aider constamment l'enfant handicapé peut être néfaste quand au développement affectif des autres membres de la famille. L'enfant handicapé a tendance à devenir dans cette situation le pilier de la famille où tout tourne autour de lui. Il est alors important que chaque parent prête attention à leurs enfants de la même manière.

La psychomotricité est là pour aider l'enfant, ayant une sœur ou un frère atteint d'un handicap, à prendre conscience de ses symptômes corporels et à lui faire accepter un corps normal.

## **5.3 Quelle place dans la société**

### **5.3.1 Les moyens mis en place**

Face au handicap, **la loi du 11 février 2005** est mise en place pour que chacun trouve sa place dans la société. Cette loi est pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Cette loi crée un lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées : **la Maison Départementale des personnes handicapées (MDPH)**. Celle-ci offre, dans

chaque département, un accès unifié aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées. Lieu unique d'accueil, la Maison Départementale des personnes handicapées « *exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps.* » (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006)

La Maison Départementale des personnes handicapées a **8 missions principales** :

- elle informe et accompagne les personnes handicapées et leur famille dès l'annonce du handicap et tout au long de son évolution.
- elle met en place et organise l'équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne sur la base du projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation du handicap.
- elle assure l'organisation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) rassemblant les Commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) et les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP). Elle assure également le suivi de la mise en œuvre de ses décisions, ainsi que la gestion du fond départemental de compensation du handicap.
- elle reçoit toutes les demandes de droits ou prestations qui relèvent de la compétence de la Commission des droits et de l'autonomie.
- elle organise une mission de conciliation par des personnes qualifiées.
- elle assure le suivi de la mise en œuvre des décisions prises.
- elle organise des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et désigne en son sein un référent pour l'insertion professionnelle.
- elle met en place un numéro téléphonique pour les appels d'urgence et une équipe de veille pour les soins infirmiers.

Groupement d'intérêt public, la MDPH associe le conseil général, l'Etat, les représentants des organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales et des adhérents volontaires. Des représentants des personnes handicapées sont associés à son fonctionnement.

Les MDPH sont des groupements d'intérêt public (GIP) sous tutelle administrative et financière du département.

Les **instances** composant la MDPH sont les suivantes :

Une Commission exécutive administre la Maison Départementale. Elle est présidée par le Président du conseil général et elle est composée du conseil général pour moitié de ses

membres, représentants d'associations de personnes handicapées et des autres membres du groupement d'intérêt public.

- un directeur, nommé par le Président du conseil général, dirige la MDPH et met en œuvre les délibérations de la commission exécutive.
- une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation en fonction du projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation.
- la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et du plan de compensation proposé.
- un référent pour l'insertion professionnelle est désigné dans chaque MDPH.
- une équipe de veille de soins infirmiers évalue les besoins de prise en charge, met en place les dispositifs nécessaires et gère un service d'intervention d'urgence.
- un fond départemental de compensation est géré par la Maison départementale. Il reçoit les financements de différents contributeurs réunis dans un comité de gestion qui décide de leur emploi.

La MDPH peut conclure des **partenariats** avec :

1. Les comités locaux d'information et de coordination : lieux d'accueil de proximité pour les personnes âgées et leur entourage.
2. Les centres communaux d'action sociale.
3. Les organismes assurant des services d'évaluation, des associations.
4. Les centres de référence maladies rares, centres de ressources autisme et autres centres pouvant apporter son concours à l'information des personnes ou à l'évaluation.

### **5.3.2 Leur insertion scolaire : états des lieux**

**En THEORIE**, l'amélioration de l'accueil des élèves handicapés en milieu scolaire se poursuit. L'application de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées contribue à cet effort d'intégration. En effet, la loi affirme le droit des élèves handicapés à l'éducation ainsi que la responsabilité du système éducatif comme garant de la continuité du parcours de formation de chacun. Cette loi est applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

La **loi du 11 février 2005** fait obligation :

- d'assurer à l'élève, le plus souvent possible, une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile
- d'associer étroitement les parents à la décision d'orientation de leur enfant et à toutes les étapes de la définition de son projet personnalisé de scolarisation (PPS)
- de garantir la continuité d'un parcours scolaire, adapté aux compétences et aux besoins de l'élève
- de garantir l'égalité des chances entre les candidats handicapés et les autres candidats en donnant une base légale à l'aménagement des conditions d'examen

En juin 2007, 111 000 élèves en situation de handicap sont scolarisés dans le premier degré - dont 7% dans l'enseignement privé - et 44 500 dans le second degré.

L'effectif des élèves accueillis a progressé de plus de 16% par rapport à 2004 / 2005.

Dès l'âge de 3 ans, si leur famille en fait la demande, les enfants handicapés peuvent être scolarisés à l'école maternelle. Chaque école a vocation à accueillir les enfants relevant de son secteur de recrutement. Pour répondre aux besoins particuliers des élèves handicapés, un projet personnalisé de scolarisation organise la scolarité de l'élève, assortie des mesures d'accompagnement décidées par la Commission des droits et de l'autonomie (C.D.A).

**Le projet personnalisé de scolarisation** organise la scolarité de l'élève handicapé. Il assure la cohérence et la qualité des accompagnements et des aides nécessaires à partir d'une évaluation globale de la situation et des besoins de l'élève : accompagnement thérapeutique ou rééducatif, attribution d'un auxiliaire de vie scolaire ou de matériels pédagogiques adaptés, aide aux équipes pédagogiques par un emploi vie scolaire.

Chaque parcours de formation doit faire l'objet d'un suivi attentif, particulièrement les transitions entre les niveaux d'enseignement : maternelle, élémentaire, collège, lycée et lycée professionnel ; de même, les conditions d'accès au post bac et l'amorce des parcours vers le supérieur.

L'équipe de suivi de la scolarisation qui comprend tous les intervenants concernés dont les psychomotriciens ainsi que les parents d'élèves a désormais l'obligation de se réunir au moins une fois par an pour faire le point sur le parcours de chaque élève.

A partir de l'école élémentaire, l'intégration scolaire peut être individualisée ou collective.

**La scolarisation individualisée** consiste à scolariser un ou des élèves handicapés dans une classe ordinaire.

A tous les niveaux d'enseignement, la scolarisation individuelle est recherchée prioritairement. Qu'elle soit réalisée à temps plein ou partiel, elle passe par une adaptation des conditions d'accueil dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation permettant de prendre en compte les besoins éducatifs particuliers de chaque élève handicapé.

Les élèves peuvent être accompagnés par un **auxiliaire de vie scolaire (AVS)**, qui constitue une des mesures de compensation décidées par la CDA.

En complément de la scolarité, l'équipe spécialisée d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) peut intervenir. Le psychomotricien en fait parti.

**La scolarisation au sein d'un dispositif collectif** consiste à inclure dans un établissement scolaire ordinaire une classe accueillant un nombre donné d'élèves handicapés. (En général 10 à 12)

Dans les écoles élémentaires, les **classes d'intégration scolaire (CLIS)** accueillent des enfants présentant un handicap mental, auditif, visuel ou moteur, pouvant tirer profit d'une intégration en milieu scolaire ordinaire. Les élèves reçoivent un enseignement adapté au sein de la CLIS, et partagent certaines activités avec les autres écoliers. En 2006, la majorité des élèves de CLIS ont bénéficié de périodes d'intégration individuelle dans une autre classe de l'école.

Dans le secondaire, lorsque les exigences d'une scolarisation individuelle sont trop grandes, les élèves présentant un handicap peuvent être scolarisés dans les **unités pédagogiques d'intégration (UPI)**. Ce dispositif s'adresse à des enfants de 12 à 16 ans qui, bien que pleinement collégiens, ne sont pas en mesure de bénéficier d'un enseignement ordinaire en collège. Encadrés par un enseignant spécialisé, ils peuvent recevoir un enseignement adapté qui met en œuvre les objectifs prévus par le projet personnalisé de scolarisation, incluant autant qu'il est possible des plages de participation aux activités de la classe de référence de l'enfant, choisie parmi les classes du collège qui accueillent les élèves de sa classe d'âge.

A la rentrée 2007, 200 UPI sont créés dans les collèges et lycées. L'implantation de ces unités d'intégration est organisée de façon à ne laisser aucun territoire hors d'accès des élèves, en tenant compte des contraintes raisonnables de transport.

Dans tous les cas où la situation de l'enfant ou de l'adolescent l'exige, c'est l'orientation vers un **établissement médico-social** qui permet de lui offrir une prise en charge scolaire, éducative et thérapeutique équilibrée.

L'évaluation des besoins, à laquelle tout enfant handicapé a droit en application de la loi, est réalisée par une équipe pluridisciplinaire d'évaluation placée auprès de la CDA et de la MDPH.

Différents aides sont apportées aux familles et sont les suivantes :

- **l'allocation d'éducation pour enfant handicapé (AEEH)**

C'est une prestation familiale destinée à aider les parents face aux dépenses liées à l'éducation d'un enfant handicapé.

- **la carte d'invalidité**

Elle procure à son bénéficiaire ou, pour les mineurs, à leurs parents ou aux personnes qui en ont la charge, certains avantages financiers ou matériels destinés à compenser les désavantages dus au handicap.

- **les transports spécialisés**

Pour les élèves handicapés qui présentent un taux d'incapacité égal ou supérieur à 50%, un transport individuel adapté peut être mis en place pour la durée de l'année scolaire. C'est la CDA qui, au vu du dossier de l'enfant, apprécie l'importance de l'incapacité.

**Le droit à l'éducation** pour tous les enfants, quel que soit leur handicap, est un droit fondamental. Les élèves malades ou handicapés ont été pendant longtemps pris en charge par des établissements spécialisés. Aujourd'hui comme nous venons de le voir de nombreux moyens sont mis en œuvre afin qu'ils soient de plus en plus intégrés dans le milieu social ordinaire.

**En REALITE**, nous nous rendons vite compte qu'il y a un manque de moyens importants. En effet, tous les établissements ne sont pas équipés pour accueillir des enfants handicapés avec un nombre d'AVS limité et le nombre excessif d'élèves par classe ne favorise en aucun cas un bon accompagnement scolaire.

De plus, nous pouvons nous demander s'il faut intégrer l'enfant handicapé dans un processus de scolarisation à tout prix.

### **Vignette clinique 1 : RODOLPHE**

Rodolphe est âgé de 2 ans. Il aura 3 ans à la rentrée prochaine et pourra intégrer une petite section de maternelle. Rodolphe est né prématurément et présente une hydrocéphalie qui a pour conséquence un retard de développement important. A 2 ans, il a de nombreuses difficultés dans le langage, il n'est pas encore propre et tient debout avec difficultés. La mère n'a pas voulu le mettre en crèche mais attend avec impatience de le mettre à l'école malgré ses difficultés. Elle ne se rend pas compte que cette intégration va probablement nuire à

l'épanouissement personnel de son fils et va le mettre en difficultés. Elle reste dans le déni et ne veut en aucun cas entendre parler de centre de rééducation.

Ce phénomène n'est pas unique. Bien des parents n'acceptent toujours pas le handicap de leur enfant et veulent à tout prix l'intégrer dans le cursus scolaire d'un enfant normal. Cette attitude est inconsciente mais peut malheureusement avoir des conséquences sur le développement ultérieur de leur enfant et sur sa manière de concevoir le monde. Dans notre société actuelle, les parents recherchent l'excellence sans se soucier avant tout de l'épanouissement de leur enfant qui est primordial. Le fait pour les parents de mettre leur enfant handicapé dans un service spécialisé c'est avant tout accepter son handicap.

La psychomotricité intervient auprès des parents dans le conseil sur la meilleure orientation possible pour leur enfant.

### 5.3.3 Quel avenir ?

Dès son plus jeune âge, l'enfant peut insérer un Centre d'Accueil Médico-Sociale Précoce (CAMSP) puis un centre de rééducation spécifique. Parallèlement, de nombreuses **associations** se sont créées aussi bien pour les enfants, les adolescents que pour les adultes. Elles sont à visée thérapeutique. Une association peut regrouper plusieurs structures en France. Dans chacune de ces structures, une équipe pluridisciplinaire composée généralement d'un psychiatre, d'un **psychomotricien**, d'un ergothérapeute, d'éducateurs spécialisés, d'une psychologue et d'une orthophoniste est mise en place. Chaque association a son mode de fonctionnement et ses caractéristiques pédagogiques. Certaines associations sont davantage établies pour sensibiliser la population sur le handicap et mettent en place des collectes de dons.

Il est cependant important que l'enfant handicapé ne soit pas complètement enfermé dans ce type de structure. Bien qu'elle favorise son épanouissement et son autonomie, son avenir dépend très largement de la manière dont ses proches le soutiennent et lui donnent confiance en ses potentialités. Il est important que les parents croient en leur enfant et gardent surtout espoir.

De nombreuses associations sont présentes et souvent spécialisées en fonction du type de handicap. Nous pouvons retrouver l'Association des Paralysés de France (APF), l'Association d'Entraide des Polios et Handicapés (ADEP), les associations de Parents et amis de Personnes Handicapées Mentales (APEI) et bien d'autres.

J'ai pu rencontré la responsable de communication de l'Union Départementale des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales du Val de Marne (UDAPEI 94), Madame NEDEY, qui participe aux réunions, aux manifestations et aux

parutions des brochures. Elle joue également un rôle dans l'avancée des dossiers comme celui sur la scolarisation des enfants handicapés à partir de la loi 2005 ou encore sur celui concernant le revenu d'existence digne pour les personnes handicapées et touchées par une maladie invalidante : « Ni pauvres, ni soumis ».

#### 5.4 L'enfant face à son handicap

« *Qu'est-ce qu'un handicapé ?\_Celui qui te fait croire que tu es normal.* » (SAUSSE S., 1996 p.70)

L'enfant handicapé doit avant tout construire sa personnalité tout en supportant le **regard des autres** et surtout ne pas en devenir dépendant.

« *Tous les handicapés en parlent : le regard insupportable des autres, inquisiteur ou fuyant, toujours en défaut ou en excès, jamais à la bonne distance.* » (SAUSSE S., 1996, p.56)

L'enfant prend conscience de son handicap et de sa différence assez tôt. Il se rend compte qu'il a envie de faire des choses mais qu'il ne peut pas les faire. En se comparant à ses petits camarades, il se rend bien vite compte qu'il est différent.

« *Tout petit, l'enfant commence à voir la réalité : sa réalité avec les désillusions et les frustrations qu'elle implique, ses échecs et le décalage entre ce qu'on attend de lui et ce qu'il peut réaliser.* » (SAUSSE S., 1996, p.59)

Face à cette **différence**, il doit renoncer à être comme les autres et par conséquent faire un travail de deuil comme ses parents. Il doit renoncer à son autonomie et s'accepter avant tout. Cependant ce deuil est impossible comme celui de ses parents d'ailleurs. En effet, l'espoir de ne plus être handicapé persiste.

« *Tous les enfants handicapés ont au fond d'eux-mêmes cette croyance en une guérison ou une réparation.* » (SAUSSE S., 1996, p.63)

La psychomotricité permet alors à l'enfant de prendre conscience de ses limites tout en lui apportant des stratégies de compensation. Elle favorise ainsi l'acceptation de soi.

L'enfant va donc éviter de faire ce qui le met en échec afin de ne pas être confronté à son handicap. Cependant arrivé vers l'âge de trois ou quatre ans au moment de l'Œdipe, stade fondamental de la construction identitaire, l'enfant doit réellement faire face à sa différence. Il peut alors entrer dans une réelle dépression masquée la plupart du temps par l'excitation et l'instabilité. La psychomotricité va dans ce cas lui apporter un bien-être corporel par le biais de la relaxation.

*« La prise de conscience de ses échecs provoque inévitablement des moments de dépression. » (SAUSSE S., 1996, p.65)*

Face à cette dépression, les parents ne sont pas toujours à l'écoute. Ils veulent à tout prix se dire que leur enfant est heureux, ils ont tendance à vouloir le faire progresser au maximum et ne prennent pas le temps de faire face en quelque sorte au handicap réel de leur enfant. Leur culpabilité est trop grande.

*« L'enfant est constamment soumis à une pression. Les adultes admettent mal son besoin de détente, la paresse, l'envie de ne rien faire. » (SAUSSE S., 1996, p.64)*

Cependant, il est important de ne pas laisser l'enfant face à ses **remises en question** morbides. Il faut d'une part être apte à répondre à ses questions existentielles pour le rassurer et d'autre part le revaloriser en lui laissant l'illusion nécessaire à sa survie psychique et physique.

Certains enfants entendent tellement parler de leur handicap qu'ils peuvent alors complètement le rejeter et refusent d'en parler. Ils se sentent inférieurs et ont alors de nombreux doutes sur l'estime d'eux-mêmes et sur leur propre identité. Ils vont s'identifier soit à des enfants complètement différents d'eux soit à des enfants semblables afin de fuir ou de se reconforter face à leur image.

*« L'enfant handicapé manifeste quelquefois sa saturation à entendre parler encore de « cela », qui occupe une place si envahissante dans sa vie. » (SAUSSE S., 1996, p.68)*

Le jeune handicapé est davantage *« le lieu de l'autre »* (RINGLER M, 1998) En effet, il est la plupart du temps le **lieu de nos projections**. Il a par conséquent beaucoup de mal à se réaliser soi-même et à forger sa propre personnalité.

*« Quels que soient les efforts de ses parents et de la société, l'enfant handicapé n'est jamais vraiment chez lui là où il se trouve. La place qu'il occupe parmi les siens est celle qu'on lui désigne inconsciemment, non pas celle qu'il a choisie. » (RINGLER M, 1998)*

L'enfant handicapé a avant tout besoin d'amour, d'attention, d'écoute, de compréhension et surtout de confiance comme tout être humain.

*« L'enfant déficient n'est que cela au bout du compte : un être vivant et normal qui exprime dans le style qui est le sien des choix existentiels tout aussi dignes de respect que ceux des personnes valide qui le côtoient. » (RINGLER M, 1998, p.156)*

La différence n'est que secondaire. En effet, qu'est-ce veut cela dire être différent de nos jours ? La question de l'identité reste fragile dans notre société où la majorité ne se remet pas en question et croit se connaître parfaitement en approuvant une toute-puissance et une

confiance en eux extrême. L'homme a peur des personnes qui puissent mettre en évidence la méconnaissance totale de sa propre identité. Il va donc les fuir, les critiquer ou encore les rejeter pour se complaire dans une forme d'illusion identitaire où tout va bien dans le meilleur des mondes... Le handicap en fait parti mais il y a aussi le racisme. Etre noir ou arabe de nos jours n'engendre-t-il pas des conflits où la différence de la couleur de peau dérange ?

Etre différent dans notre monde aujourd'hui c'est tout simplement savoir se remettre en question et accepter de ne pas tout connaître de soi-même. Il y aura toujours une part d'inconnu en nous qui fait peur mais qu'il faut accepter pour savoir accepter l'autre dans sa différence.

*« Sommes-nous bien ce que nous pensons être ? Il faut savoir accepter la part d'étrangeté en nous afin d'accepter la part d'étrangeté de l'autre. » (SAUSSE S., 1996, p.70)*

### **Vignette clinique 1 : MAXIME**

Maxime est un garçon âgé de 7 ans qui est en CP. Il est atteint d'une myopathie sévère. Selon ses propos, il a bien accepté son handicap malgré le fait que c'est difficile pour lui de voir ses camarades de classe courir alors que lui ne peut pas. « C'est pas juste » me dit-il. C'est lui qui a demandé à ses parents pourquoi il ne pouvait pas faire telle ou telle chose. Il est pleinement conscient de son handicap. Le fauteuil roulant ne le gêne pas. Il aime beaucoup l'école et se dit bien intégré. Il ne subit pas du tout le regard de ses camarades. Il participe bien en cours et bénéficie de l'aide d'une AVS. Il voit également une kinésithérapeute, une psychomotricienne, il fait de la balnéothérapie et est suivi en orthophonie. Il fait de la musique en-dehors de l'école et aimerait jouer du violoncelle. Il aime beaucoup chanter, sa chanteuse préférée est Amel BENT et il adore sa chanson « ma philosophie ». Ses parents sont très présents. Il est au centre d'une fratrie composée de 2 garçons qui l'embêtent mais il sait aussi se défendre. Maxime est un petit garçon très attachant, il m'a beaucoup ému durant l'entretien en me regardant avec ses grands yeux brillants pleins de malice et de gaieté.

Après avoir découvert d'un peu plus près le handicap, nous allons maintenant approfondir davantage l'apport de la psychomotricité face au handicap et à son annonce.

## 6 ET LA PSYCHOMOTRICITE, QUE PEUT- ELLE APPORTER FACE AU HANDICAP ET A SON ANNONCE?

La psychomotricité se trouve face au handicap de l'enfant mais aussi face aux parents. Suite à l'annonce du handicap de leur enfant, ces derniers sont dans une grande souffrance, ils se remettent en question, ils ont souvent une perte de l'estime d'eux-mêmes et un manque d'informations par rapport au devenir de leur enfant. Le psychomotricien va alors avoir un rôle de guidance, de soutien et de réassurance au travers de ses qualités relationnelles, de son empathie et de son écoute. La richesse de la communication est essentielle.

Face au handicap de l'enfant, le psychomotricien va effectuer un travail d'éducation ou de rééducation selon l'âge de l'enfant. Ce travail porte sur les grands items psychomoteurs qui sont le tonus, le schéma corporel, l'image du corps, l'espace, le temps, la latéralité, les coordinations et les dissociations.

Il se fait au travers d'une communication, d'une écoute et surtout d'une adaptation de la part du psychomotricien. Ses qualités relationnelles sont ainsi nécessaires. Le travail effectué auprès de l'enfant se fait au travers de différentes médiations comme l'équithérapie, la balnéothérapie, des parcours psychomoteurs, des mobilisations sur le tapis ou encore de la relaxation. Chacune de ces activités induit des stimulations sensori-motrices pour l'enfant. Elles ont pour but de lui transmettre les éléments suivants :

- d'un point de vue **affectif** : un équilibre, une valorisation narcissique, une estime de soi et une détente psychique.
- d'un point de vue **moteur** : une unification corporelle, un corps plaisir et une détente physique.
- d'un point de vue **cognitif** : l'accès au langage, aux apprentissages, à la mémorisation, à la compréhension et par conséquent à la communication avec autrui.

L'enfant est ainsi reconnu dans sa **globalité** en vue d'une autonomisation adaptée à ses potentialités. Le psychomotricien va tout mettre en œuvre pour montrer à l'enfant tout ce que son corps et sa tête sont capables de faire ensemble malgré son handicap.

La psychomotricité est une profession humaine très riche. Elle s'intéresse essentiellement à l'être pour permettre un paraître plus assuré. Je pense qu'elle est nécessaire et surtout d'une aide très précieuse pour apprendre à s'aimer.

En tant que psychomotricien, nous devons penser avec notre tête mais aussi et surtout avec notre cœur. C'est cette énergie si riche dont les enfants et leurs parents sont en attente en venant à chacune de nos séances. Le respect d'autrui n'est-elle pas la plus belle preuve de confiance et de reconnaissance ?

## CONCLUSION

Un enfant porteur d'un handicap comme l'IMC a besoin avant tout d'être valorisé et respecté pour ce qu'il est. La psychomotricité a donc pour rôle de lui apporter un **équilibre entre son corps et son psychisme**. Elle contribue à son épanouissement et son **autonomie**. Le psychomotricien détecte l'IMC d'un enfant à l'aide de **bilans**. Il observe généralement un retard du développement avec une hypertonie importante au niveau périphérique et une hypotonie axiale. La prise en charge psychomotrice d'un enfant IMC diffère selon chaque enfant. Elle est étroitement liée au bilan effectué et au comportement psychoaffectif de l'enfant. La prise en charge doit privilégier l'interaction et les **stimulations sensorimotrices**. Le but est de donner à l'enfant toute la confiance dont il a besoin pour arriver à se déplacer et découvrir son monde environnant. De plus, elle lui apporte un **bien-être** et du **plaisir corporel**. Le psychomotricien est également présent pour **soutenir les parents** aussi bien dès l'annonce du handicap de leur enfant que dans son éducation. Le psychomotricien est souvent confronté à des parents anxieux, dans le désarroi, qui sont dans une profonde attente pour leur enfant. Le psychomotricien, par le biais de ses prises en charge va tenter de les rassurer en montrant l'évolution de leur enfant séance après séance tout en leur apportant de l'espoir et du réconfort.

Mais au-delà du temps de séance sur le tapis, le psychomotricien a un rôle plus global et plus complet d'**accompagnement** et de **guidance** pour une prise en charge facilitée et unifiée pour la famille. En effet, la psychomotricité a une **place privilégiée au carrefour des différentes disciplines**. Ce privilège est très riche pour les parents. Cela leur permet d'avoir un point de repère qui facilite leurs démarches auprès du corps médical mais aussi auprès de leur enfant et son devenir.

La psychomotricité est avant tout un **métier humain**. Nous sommes là pour démontrer que le handicap n'est pas une fatalité.

Ce sont des être vivants qui malgré leurs difficultés se battent pour vivre. Leur humanité est pure, leur amitié est sincère, leur gentillesse est naturelle, ils attendent simplement qu'on les reconnaisse pour ce qu'ils sont. Ils ne méritent aucune pitié mais bien au contraire de l'admiration.

Ils savent apprécier la vie.

Et comme le dit Mohandas Karam chand GANDHI :

*« La vie est un mystère qu'il faut vivre et non un problème à résoudre. »*

## BIBLIOGRAPHIE

**ALONSO-BEKIER S.**, 2005. L'évaluation neuro-psychomotrice du prématuré et du nouveau-né à terme : dépistage précoce et prévention, *Evolution Psychomotrice*, vol.17, n°68, 107-109.

**AMIEL-TISON C. et GRENIER A.**, 1984. *La surveillance neurologique au cours de la première année de la vie*. Paris : Masson, pp. 40-70.

**BARBEAU M.**, 2000. Enquête : La vertu du jeu, *Fondations*, n°6, 11.

**BAUDIER A. et CELESTE B.**, 1990. *Le développement affectif et social du jeune enfant*. Paris : Nathan, chapitres 1, 3, 5 et 7.

**BOBATH B. et BOBATH K.**, 1985. *Développement de la motricité des enfants IMC*. Paris : Masson.

**BUSNEL M-C et HERBINET E.**, 1986. *L'aube des sens : ouvrage collectif sur les perceptions sensorielles fœtales et néonatales*. Editions Stock.

**C.M.**, 2008. Ressources : Mobilisation générale à Paris le 29 mars, *Vivre ensemble : le journal de l'UNAPEI*, n°89, 12-14.

**CAMBIER J., DEHEN M., et MASSON M.**, 1972. *Abrégés de Neurologie*, 6<sup>ème</sup> édition. Paris : Masson, chapitres 2, 7, 20 et 22.

**CARRIC J-C.**, cours sur le développement psycho- moteur de l'enfant normal, pp. 1-3.

**DALLA PIAZZA S.**, 1997. *L'enfant prématuré, le point sur la question*. Paris, Bruxelles : De Boeck université, p.13.

**ESPINAS J.F.**, 1994. Prématurité, immaturité et rééducation psychomotrice, *Expansion Scientifique Française*, 5-12.

**HERREN H. et HERREN M.P.**, 1980. *La stimulation psychomotrice du nourrisson*. Paris : Masson.

**L.C.**, 2008. Agences régionales de santé : quelle place pour le handicap ? *Vivre ensemble : le journal de l'UNAPEI*, n°89, 18.

**LE METAYER M**, Mai 1978. Bilan neuro-moteur du jeune enfant suspect d'infirmité motrice cérébrale, évaluation des troubles, *kinésithérapie- scientifique*, n°158, 5-12.

**LOUIS S. avec la collaboration spéciale de TREABOL G. et VEILLEUX A.**, 2002. *Le grand livre du bébé prématuré, causes, séquelles et autres enjeux, tome 2*. Québec : Editions de l'Hôpital Sainte-Justine.

**MASSON S.**, 1983. *Généralités sur la rééducation psychomotrice et l'examen psychomoteur*. Paris : Presses Universitaires de France, pp. 11-23.

**MESUREUR L.**, 2007. Reportage : Du nouveau à la Maison Départementale des personnes Handicapées, *UDAPEI 94 : Revue de L'Union Départementale des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales du Val de Marne*, n°65, 11.

**RINGLER M.**, 1998. *L'enfant différent, accepter un enfant handicapé*. Paris : Dunod.

**SAUSSE S.**, 1996. *Le miroir brisé : l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Editions Calmann- Levy.

**THOMAS P. et GENTON P.**, 1992. *Epilepsies*. Paris : Masson, pp. 25-41.

**VAIVRE-DOURET L.**, 1997. *Précis théorique et pratique du développement moteur du jeune enfant*. Paris : Elsevier.

**WINNICOTT D.W.**, 1970. *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*. Editions Payot, pp. 13-14.

## REFERENCES INTERNET

**AFP**, « Grands prématurés : près de 40 % ont des déficiences à l'âge de 5 ans ». 2008, page consultée le 18/04/2008, <http://news.fr.msn.com/sante/Article.aspx?cp-documentid=7733858>

**CASTAING S.**, « Le syndrome de LITTLE et l'infirmité motrice cérébrale ». 2001, pages consultées le 20/01/2008, <http://www.chez.com/sylviecastaing/little.htm>

**CHARFI-TRIKI C.**, « Handicap moteur ». 2005, pages consultées le 20/01/2008, <http://www.handichat.ch/mot.html>

**HORIZON 2000**, « Le syndrome de LITTLE », 2008, pages consultées le 20/01/2008, <http://www.h2000.be>

**LABREZE L.**, « La méningite ». septembre 2002, pages consultées le 09/02/2008, <http://www.caducee.net/Dossierspecialises/infection/meningite.asp>

**LEROY-MALHERBES V.**, « L'infirmité motrice cérébrale ». Pages consultées le 20/01/2008, [http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/infirmité\\_motrice\\_cerebrale\\_p.139-148.html](http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/infirmité_motrice_cerebrale_p.139-148.html)

**MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE**, « La scolarisation des élèves handicapés », janvier 2008, pages consultées le 27/03/2008, <http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-handicapes.html>

**MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES**, « La maison départementale des personnes handicapées », 2006, pages consultées le 18/02/2008, <http://www.handicap.gouv.fr>

**WIKIPEDIA**, l'encyclopédie libre, pages consultées le 20/01/2008, [http://en.wikipedia.org/wiki/William\\_John\\_Little](http://en.wikipedia.org/wiki/William_John_Little)

# ANNEXES

## Annexe 1 : Evaluation neurologique néonatale du prématuré et du nouveau-né à terme

### Annexe 3

#### Évaluation neurologique néonatale du prématuré et du nouveau-né à terme (Vaivre-Douret)

N° DOSSIER :

Nom :

Prénom :

Sexe :  M  F

Date de naissance : (M) (J) (A)

Age gestationnel :  
(en semaines)

P.C. naissance :  
(en cm)

Poids naissance :  
(en kg)

Taille naissance :  
(en cm)

Age gestationnel autour de:	6 mois 28-30 sem.	7 mois 32-33 sem.	7 mois 1/2 34-35 sem.	8 mois 36-37 sem.	8 mois 1/2 38-39 sem.	9 mois 40-41 sem.
Jours						
Prise de poids (+/-)						
Périmètre crânien (cm)						
Taille (cm)						
<b>Convulsions</b>						
Absentes						
Focales						
Généralisées						
Fébriles						
Etat de mal						
<b>Fontanelle antérieure</b>						
Normale						
Tendue						
Déprimée						
<b>Sutures squameuses</b>						
Normales						
Disjointes						
Chevauchantes						
<b>Autres sutures</b>						
Normales						
Disjointes						
Chevauchantes						
<b>Céphal hématome</b>						
Non						
Oui						
<b>Bosse séro sanguine</b>						
Non						
Oui						
<b>Echymose faciale</b>						
Non						
Oui						
<b>Déformation crânienne</b>						
Non						
Oui						
préciser Sym. Anom						

N° DOSSIER :

Age gestationnel autour de:	6 mois 26-30 sem.	7 mois 32-33 sem.	7 mois 1/2 34-35 sem.	8 mois 36-37 sem.	8 mois 1/2 38-39 sem.	9 mois 40-41 sem.
<b>Signes oculaires</b>						
Aucun						
Oeil plus grand (D-G)*						
Oeil plus petit (D-G)*						
Hypertonie réticulaire						
pasaperte insipiscure						
Signe du coussinet du soleil						
pendant l'oculomotricité						
Plafonnement						
Front des globes						
Ecartèlement						
Déviaton latérale						
Strabisme convergent (D-G)*						
Strabisme divergent (D-G)*						
Nystagmus						
<b>Réflexe oculo-palpebral</b>						
Présent						
Absent						
<b>Paralyse faciale</b>						
Absent						
Présent						
<b>Poursuite oculo-motricité/cible</b>						
	[0]	[1]	[2]		[3]	
	absent	oculogyr 2-3	oculo- cephalgyre 2-4		oculo-cephalgyre 4-5	
					4-4	
<b>Flexion ventrale répétée de la tête</b>						
Normale (idiotique)						
De plus en plus limitée						
<b>Extensibilité des rotateurs du cou</b>						
Jours						
Normale (maximal à l'extension ou en avant de)						
Amplitude limitée (D-G)*						
Amplitude excessive (D-G)*						
<b>Flexion ventrale du tronc</b>						
Normale						
Exagérée						
Impossible						
<b>Extension dorsale du tronc</b>						
Normale						
Exagérée						
<b>Opostotonus</b>						
Absent						
Pris oqué						
Permanent						

\* entourer

N° DOSSIER :

Age gestationnel autour de:	6 mois 26-30 sem.	7 mois 32-33 sem.	7 mois 1/2 34-35 sem.	8 mois 36-37 sem.	8 mois 1/2 38-39 sem.	9 mois 40-41 sem.
<b>Retour en flexion des membres sup.</b>						
	[0]	[1]	[2]	[3]		[4]
	absent (membres sup. en extension)	faible (à la flexion)	présent (membres sup. en extension)	vif ≥ 4 fois pas stable	vif? 4 fois pas stable	
<b>Fontard</b>						
	[0]	[1]	[2]		[3]	
	à la flexion (membres sup. en extension)					
<b>P1 ≥ ligne mammaire homolatérale (D-G)*</b>						
<b>Extension de l'avant bras</b>						
Complete (D-G)*						
Incomplete (D-G)*						
<b>Retour en flexion des membres inf.</b>						
	[0]	[1]	[2]			[3]
	absent	à la flexion (membres inf. en extension)				
<b>Extension de la jambe</b>						
Complete (D-G)*						
Incomplete (D-G)*						
<b>Talon oreille</b>						
	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
	100-100°	100-100°	100-100°	100-100°	100-100°	100-100°
<b>P1 = limite (D-G)*</b>						
<b>P2 = exagérée (D-G)*</b>						
<b>Angle popaite</b>						
	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
	100-100°	100-100°	100-100°	100-100°	100-100°	100-100°
<b>P1 ≤ 70 limite (D-G)*</b>						
<b>P2 = exagérée (D-G)*</b>						
<b>Adducteurs</b>						
	[1]	[2]	[3]			[4]
	100-100°	100-100°	100-100°	100-100°	100-100°	100-100°
<b>P1 = limite (D-G)*</b>						
<b>P2 = exagérée (D-G)*</b>						
<b>Angle de dorsiflexion du pied</b>						
	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
	0-90°	0-90°	0-90°	0-90°	0-90°	0-90°
<b>P1 = 1° fixe (D-G)*</b>						
<b>P2 = clonus (D-G)*</b>						

\* entourer





N° DOSSIER :

FONCTIONS NEURO-PSYCHO-SENSIBILES	
<b>Réactivité aux stimuli visuels et auditifs de l'examinateur</b>	
Réponse soutenue (regard accrochable et prolongé, réactivité dirigée) ou Réponse modérément soutenue	OUI <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 NON <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 Sous-total score: /2
<b>Orientation visuelle par rapport à une cible</b>	OUI <input type="checkbox"/> 1 NON <input type="checkbox"/> 0 vers D <input type="checkbox"/> 2 vers G <input type="checkbox"/> 2 vers D <input type="checkbox"/> 0 vers G <input type="checkbox"/> 0 gauche: <input type="checkbox"/> 0 droite: <input type="checkbox"/> 0 Sous-total score: /5 Sous-total score: /2
Pourtante oculo-céphalique ou Pourtante oculogyre	OUI <input type="checkbox"/> 1 NON <input type="checkbox"/> 0 D <input type="checkbox"/> 1 G <input type="checkbox"/> 1 gauche: <input type="checkbox"/> 1 droite: <input type="checkbox"/> 1 Sous-total score: /2 Sous-total score: /1
<b>Réaction à la stimulation auditive à l'aide d'un stimuli ou par test auditif</b>	OUI <input type="checkbox"/> 1 NON <input type="checkbox"/> 0 D <input type="checkbox"/> 1 G <input type="checkbox"/> 1 gauche: <input type="checkbox"/> 1 droite: <input type="checkbox"/> 1 Sous-total score: /2 Sous-total score: /1
<b>TOTAL SCORE: /9</b>	

N° DOSSIER :

FONCTIONS NEURO-PSYCHOMOTRICES (suite)	
<b>Retournement du décubitus ventral au dorsal guidé par le membre inférieur ou par une poussée oblique</b>	
Mouvement dissocié tête-bassin très net ou Mouvement dissocié tête-bassin plus ou moins net	OUI <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 NON <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 vers D <input type="checkbox"/> 2 vers G <input type="checkbox"/> 2 vers D <input type="checkbox"/> 0 vers G <input type="checkbox"/> 0 gauche: <input type="checkbox"/> 0 droite: <input type="checkbox"/> 0 Sous-total score: /4 Sous-total score: /2
<b>Redressement latéral</b>	OUI <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 NON <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 gauche: <input type="checkbox"/> 0 droite: <input type="checkbox"/> 0 Sous-total score: /10 Sous-total score: /5
Redressement de la tête Appui sur le maigron de l'épaule Appui sur le coude Appui sur l'avant-bras Appui poing fermé ou Appui mains ouvertes Redressement jusqu'à la position assise	OUI <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 NON <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 gauche: <input type="checkbox"/> 0 droite: <input type="checkbox"/> 0 Sous-total score: /10 Sous-total score: /5
<b>Redressement unipédal</b>	OUI <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 NON <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 gauche: <input type="checkbox"/> 0 droite: <input type="checkbox"/> 0 Sous-total score: /8 Sous-total score: /4
Redressement du membre inférieur en appui Redressement du tronc Redressement de la tête Bon appui plantaire	OUI <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 NON <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 gauche: <input type="checkbox"/> 0 droite: <input type="checkbox"/> 0 Sous-total score: /8 Sous-total score: /4
<b>Suspension ventrale</b>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 Sous-total score: /7
Légèrement baissé ou Pendante ou Dans l'axe horizontal ou proche ou Elevée	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 Sous-total score: /7
<b>Tête</b>	

N° DOSSIER

EXAMEN POSTURAL (suite)		
<b>3) En décubitus ventral</b>		
Elève le bassin	OUI <input type="checkbox"/> 1	NON <input type="checkbox"/> 0
Incline la tête latéralement avec dépaigement spontané des bras (flexion de l'avant-bras sur le bras) ou du bras du côté de la rotation de la tête, après la manoeuvre de déflexion des bras et tête dans l'axe	OUI <input type="checkbox"/> 1	NON <input type="checkbox"/> 0
Ne soulève que légèrement le menton	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Soulève la tête de plus de 30° du plan d'examen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Sous-total score: /4		
Direction préférentielle de la tête (D-G)*		
<b>3) En décubitus latéral droit</b>		
Stabilité, équilibre (au moins 4 s)	OUI <input type="checkbox"/> 1	NON <input type="checkbox"/> 0
Sous-total score: /1		
<b>4) En décubitus latéral gauche</b>		
Stabilité, équilibre (au moins 4 s)	OUI <input type="checkbox"/> 1	NON <input type="checkbox"/> 0
Sous-total score: /1		
<b>5) Troubles de l'axe corporel</b>		
Tendance au rejet de la tête en arrière, isolée	OUI <input type="checkbox"/> 1	NON <input type="checkbox"/> 2
préciser dans quelles positions précédentes	<input type="checkbox"/> 1) 2) 3) 4)	
Tendance à l'opisthotonos (inclinaison de la tête à contre-les paravertèbres)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
préciser dans quelles positions précédentes	<input type="checkbox"/> 1) 2) 3) 4)	
Sous-total score: /5		
<b>6) Soutien par la nuque en position semi-assise</b>		
Détente des membres supérieurs (poids du charge côté du bras)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Tendance à maintenir les membres supérieurs en "chandelier"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
bras fléchis en rotation externe et mains entre la ligne mammaire transversible et le niveau des épaules	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Atitude des membres supérieurs en "chandelier"	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
bras fléchis en rotation externe et mains proches ou au-dessus du niveau des épaules	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Sous-total score: /2		
Asymétrie (D-G)*		
Sous-total score: /2		
TOTAL SCORE: /19		

\* voir page 112

N° DOSSIER

FONCTIONS NEURO-PSYCHOMOTRICES (suite)		
<b>Supination ventrale (suite)</b>		
Légèrement curulé	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
Pendants, hypotonique	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
Trocé droit horizontal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Extension postérieure du trocè	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Sous-total score: /2		
<b>Bras en flexion modérée</b>		
Bras pendants	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
Coudes en flexion modérée proche du plan de l'axe du corps	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
Coudes en flexion exagérée au niveau du plan de l'axe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Asymétrie (D-G)*	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Sous-total score: /2		
<b>Membres Supérieurs</b>		
En flexion modérée	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
Pendants	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
En flexion modérée proche du plan de l'axe du corps	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
En flexion exagérée	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
En extension	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Asymétrie (D-G)*	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Sous-total score: /2		
Sous-total score: /8		
TOTAL SCORE: /48		

EXAMEN POSTURAL		
<b>1) En décubitus dorsal</b>		
Genoux fléchis au-dessus du bassin	OUI <input type="checkbox"/> 1	NON <input type="checkbox"/> 0
Membres supérieurs en flexion*, ou en "position d'escrimeur**", ou en extension*	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Saillie prononcée sur chaque bras au niveau du déhousse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Maintien tête (inférieur à 45°) + trocè dans l'axe du corps	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
Espace important au niveau de la nuque	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Incurvation tête (* ou - trocè) à concavité latérale (D-G)*	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Sous-total score: /7		
Direction préférentielle de la tête (D-G)*		<input type="checkbox"/>

\* voir page 112

N° DOSSIER :

EXAMEN ORTHOPEDIQUE						
<u>Observation des hanches</u>						
Abduction et rotation externe des hanches	OUI	<input type="checkbox"/> 0	NON	<input type="checkbox"/> 1		
<u>Sous-total score:</u>		/1				
<u>Observation des pieds</u>						
		OUI		NON		
		D	G	D	G	
Varus		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
Valgus		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
Metatarsus		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
Talus		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
Equin		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
<u>Sous-total score:</u>		droite:	/5	gauche:	/5	
<u>Sous-total score:</u>		/10				
<u>Autres anomalies observées (préciser)</u>						
		OUI	<input type="checkbox"/> 0	NON	<input type="checkbox"/> 1	
<u>Sous-total score:</u>		/1				
					<b>TOTAL SCORE:</b>	<b>/12</b>

**CONCLUSION DE L'ÉVALUATION NEURO-PSYCHOMOTRICE**  
(L. Vaivre-Douret)

Evaluation (score total obtenu)	Normale	Légère déviation	Déviation importante
<b>Comportement global pendant l'examen</b>	33	32 à 22	≤ 21
<small>État d'éveil: (durée état III / durée totale examen) * 100</small>	> 70%	70% à 50%	≤ 50%
<small>Variation de la couleur de la peau</small>	5 ou 4	3 ou 2	1 ou 0
<b>Fonctions neuro-psycho-sensorielles</b>	9	8 à 6	≤ 5
<b>Fonctions neuro-psychomotrices</b>	46 à 44	43 à 28	≤ 27
<b>Examen postural</b>	20	19 à 10	≤ 10
<b>Examen orthopédique</b>	12	11 à 8	≤ 7

Annexe 3 : Tableau récapitulatif du développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans

Tableau récapitulatif

Tableau 1 : Développement psychomoteur de l'enfant

De la naissance à 3 ans

	<b>Motricité</b>	<b>Préhension</b>	<b>Langage</b>	<b>Compréhension</b>
<b>Naissance 1 mois</b>	Hypertonie des membres Hypotonie axiale Assis : cyphose dorsale V : position foetale	Grasping	Attentif aux sons	
<b>2 mois</b>	Tenu tête quelques instants et vacille D : attitude	Grasping plus discret Mains souvent ouvertes	Vocalises	Sourire social
	asymétrique V : appui avant-bras, soulève tête à 45°			
<b>3 mois</b>	Intérêt pour son corps : âge du « regard de la main » D : mouvement de flexion et d'extension des MI V : appui avant-bras, soulève tête de 45 à 90°	Préhension au contact	Cris de plaisir Gazouillis	

	<b>Motricité</b>	<b>Préhension</b>	<b>Langage</b>	<b>Compréhension</b>
<b>4 mois</b>	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	Rie aux éclats Gazouille beaucoup	Enlève serviette posée sur son visage
<b>5 mois</b>	D : pédalage V : appui avant-bras en hyper-extension. Fait l'avion, essaie de se retourner ventre-dos	Préhension volontaire cubito-palmaire Objets à la bouche	Ton moqueur : « agueu »	Sourit à son image dans le miroir
<b>6 mois</b>	Assis en trépied D : saisit des pieds, se retourne dos-ventre V : appui mains Debout : stade du sauteur	Préhension volontaire globale bien acquise Tient 2 cubes	Lallations	Permanence de l'objet. Tend les bras
<b>7 mois</b>	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	Syllabes : ba,da,ka	Limite actes simples Répond à son prénom
<b>8 mois</b>	Tient assis seul D : peut s'asseoir seul en prenant appui sur un côté V : fait l'ours 1 <sup>er</sup> mode de locomotion : les retournements	Perfectionne pince inférieure Déliement de l'index	Imite des sons Combine des syllabes : dada-baba	Comprend le « nom » Cherche jouets jetés
<b>9 mois</b>	Assis, pivote sur ses fesses V : rampe Se met debout en se tenant aux meubles	Préhension en pince supérieure	Syllabes redoublées : « papa-maman » non différencié	Notion d'outil Apprend à tendre un jouet Compare 2 cubes

	<b>Motricité</b>	<b>Préhension</b>	<b>Langage</b>	<b>compréhension</b>
<b>10 mois</b>	4 pattes Se met debout, « chevalier servant »	Pince supérieure plus fine	« papa- maman » bien différencié	Fait « au revoir » « bravo » Notion de contenant et de contenu
<b>11-12 mois</b>	Marche de l'ours Début des 1ers pas Marche le long des meubles	Pointe son index	Langage global significatif Mots phrases 2 mots significatifs	Emboîte les objets Encastrement : met rond Envoie balle Comprend phrases simples
<b>15 mois</b>	marche seul monte escalier à 4 pattes se met debout sans appui	Relâchement manuel fin et précis Tient sa cuillère, gribouille	Perfectionne son langage global significatif 4-6 mots significatifs	Demande objet
<b>18 mois</b>	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	Jargon mature 7-10 mots	Intérêt pour livres d'images, désigne 1-2 images Comprend 1- 2 ordres Montre 2-3
<b>2 ans</b>	Monte-descend escaliers sans alterner les pieds Court vite Tape dans ballon	Souplesse du poignet Dévisse couvercle 2,6 ans : copie rend	Explosion du vocabulaire Phrases explicites Utilise « je-moi- tu »	Propreté de jour. (18-24 mois) Aide pour se deshabiller Compte jusqu'à 3- 4 Nomme 4-5 images
<b>3 ans</b>	Monte-descend escaliers en alterné Saute sur un pied Fait du tricycle	Bonhomme têtard Copie une croix Tour de cubes S'habille seul	Avalanche de questions : Pourquoi ? Utilise correctement le temps des verbes	Connait comptines Compte jusqu'à 10 Nomme 8 images et 8 parties du corps

## RESUME

L'infirmité motrice cérébrale (IMC) résulte de lésions cérébrales précoces (de la conception à deux ans selon G.TARDIEU), non héréditaires, stabilisées, responsables de déficiences motrices exclusives ou prédominantes. Elle se présente sous différentes formes cliniques et est issue de causes anténatales, néonatales ou encore postnatales.

Le psychomotricien, à partir d'un bilan psychomoteur spécifique, va pouvoir mettre en place un suivi thérapeutique afin de prendre en charge l'enfant le plus rapidement possible dans sa globalité par le biais de stimulations sensori-motrices. Il va également être une aide pour les parents dans l'annonce du handicap.

Le but est avant tout de donner à l'enfant les moyens d'être autonome en fonction de ses potentialités et de lui apporter un équilibre psycho- corporel fondamental pour la construction de son identité mais aussi d'apporter aux parents une guidance nécessaire.

**MOTS CLES :** *infirmité motrice cérébrale, bilan psychomoteur, enfant, stimulations sensori-motrices, handicap, autonomie, équilibre psycho -corporel, parents.*

## SUMMARY

Cerebral palsy (CP) results from early brain damage (from conception to two years according to G. TARDIEU), not hereditary, stabilized, responsible for exclusive or predominant motor deficiencies. It comes in different clinical forms and is based on antenatal, postnatal and newborn causes.

From a specific psychomotor skills assessment, the psychomotrician will put in place a therapeutic monitoring to take care of the child as soon as possible in its entirety through sensory-motor stimulation. It will also be a help for parents when they first learn about the disability.

The aim above all is to give the child the means to be autonomous according to its potential and to provide the psycho-physical equilibrium essential for the construction of its identity but also to give parents the necessary guidance.

**KEYWORDS:** cerebral palsy, psychomotor skills assessment, child, sensory-motor stimulation, disability, autonomy, psycho-physical balance, parents.