

## *Prise en charge psychomotrice de l'enfant infirme moteur d'origine cérébrale de 0 à 3 ans*

*Psychomotor care of cerebral palsy children aged 0 to 3 years*

**Bruno COLOMBIÉ\***

Masseur-Kinésithérapeute, Psychomotricien

### RÉSUMÉ

La prise en charge du nourrisson cérébrolésé est complexe : la lésion du cerveau peut s'exprimer par une infinité d'expressions pathologiques.

Quelle que soit la pathologie, le corps du nourrisson engagé dans sa relation au monde environnant est plus ou moins gravement atteint. L'intervention précoce du psychomotricien est capitale, tout d'abord dans le diagnostic (voir l'examen psychomoteur) et, d'autre part, dans la prise en charge.

A l'heure actuelle, des outils techniques performants sont à la disposition du psychomotricien pour solliciter la plasticité du cerveau qui caractérise le nourrisson.

**MOTS CLÉS :** infirme moteur d'origine cérébrale, examen neuro psychomoteur, prise en charge neuro psychomotrice, intervention précoce

### SUMMARY

The psychomotor care of a cerebral-palsied infant is complex : the lesion of the brain can express itself in infinite pathological expressions.

Whatever the pathology, the infant's body, engaged in its relation to the surrounding world, is more or less affected. The precocious intervention of the psychomotor therapist is essential, firstly for the diagnostic (see psychomotor examination) and secondly for the care.

At the stage, performing technical tools are at the psychomotor therapist's disposition to solicit the brain's plasticity which characterizes the infant.

**KEY WORDS :** cerebral palsy, neuro-psychomotor examination, psychomotor care, early intervention



Depuis presque 10 ans, la psychomotricité s'intéresse et intervient de plus en plus fréquemment dans la prise en charge précoce du nourrisson. Elle s'impose de par son originalité théorique et son évident apport pratique.

Son originalité théorique, la psychomotricité la puise dans l'extraordinaire avancée des sciences humaines de ces trente dernières années, en particulier sur le plan psycho-neurologique. Le contenu de la prise en charge psychomotrice s'organise dans la dynamique inter-relationnelle, dans le dialogue tonico-affectif et dans l'échange émotionnel. Le psychomotricien, dès les premiers mois de l'enfant, suscite les compétences motrices dans une inté-

gration de la sensorialité et de l'affectif, cela pour harmoniser au mieux l'évolution et le développement psychique à venir, et dont l'intime imbrication fera de chaque individu, une entité à part entière. Que ce soit l'examen psychomoteur ou encore la stimulation neuro psychomotrice précoce, le corps du nourrisson reste au centre de la thérapie psychomotrice. Or, les recherches et les découvertes des années 1980 ont mis en évidence les extraordinaires compétences neuro sensorielles du nouveau né. Les écoles de Brazelton (1971), de Grenier (1980) ou encore de Le Métayer (1993), démontrent magnifiquement les compétences motrices immédiates dont est doté dès la naissance, le nourrisson. Ces compéten-

\*48 Bd Henri Sizaïre, 81100 Castres

ces sont, entre autres, des aptitudes motrices innées non appelées à disparaître contrairement à la motricité primaire. Elles vont élargir singulièrement les conceptions de l'organisation motrice et, *a fortiori*, psychomotrice, sur lesquelles l'évaluation des troubles et la mise en place de la rééducation vont pouvoir s'appuyer. Le développement psychomoteur s'organise autour d'une succession de redressements, de maintiens, d'enchaînements et de déplacements qui vont des positions de décubitus à la station debout et à la marche suivant des niveaux d'évolution motrice. Dans cette optique, l'approche psychomotrice de l'I.M.O.C. s'inscrit parfaitement et ce, le plus précocement possible, pour amener l'enfant, à partir de ses compétences motrices, à exprimer ses émotions, à construire son identité corporelle et à structurer dans le temps et dans l'espace des interactions environnementales.

### **L'infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC)**

Pour comprendre l'intérêt de la psychomotricité chez l'Infirmoteur cérébral (IMC), il est sans doute nécessaire de s'écarter de cette distinction nosologique classique définie dans les années 50 par le Pr. Tardieu : les initiales IMC regroupent les enfants où le handicap moteur prédomine sans affecter les fonctions supérieures comme l'intelligence (quotient intellectuel supérieur à 70), les capacités relationnelles, la sensorialité. Autrement dit, il s'agit de s'éloigner du concept "mono handicap" essentiellement défini par les troubles moteurs.

Cela nous amène à considérer l'Infirmité Motricité d'Origine Cérébrale (I.M.O.C), ce que les anglo-saxons traduisent par "*cerebral palsy*". Le cadre initial du handicap moteur est élargi pour y intégrer des séquelles

mentales, relationnelles et sensorielles d'origines diverses.

L'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale n'est pas une maladie mais bien un syndrome associant troubles de la posture et du mouvement. Il s'agit d'une pathologie fixée, non progressive survenue sur un cerveau en pleine maturation. Le trouble moteur, même s'il est au centre de cette définition, n'est que très rarement isolé : il peut s'accompagner, comme nous le mentionnions plus haut, de perturbations sensitives, sensorielles, cognitives ou encore de troubles du comportement. Les expressions cliniques, comme les degrés d'handicaps sont extrêmement variés, d'intensité plus ou moins forte. Toute la palette de handicaps est possible, de la simple boiterie à des formes sévères de quadriplégie associant, à des degrés divers, des troubles cognitifs plus ou moins importants. La lésion est donc cérébrale, il s'agit bien d'une pathologie du système nerveux central, survenue avant l'âge de 2 à 3 ans : période où le développement du cerveau est la plus rapide. L'origine peut se situer au cours de la vie fœtale, dans la période péri natale ou sur les 2 à 3 premières années de vie.

Si l'étiologie est neurologique, l'expression clinique est fonctionnelle ; il n'est pas rare de voir à quel point des familles ou des enfants perdent de vue l'origine centrale de leur pathologie pour se focaliser sur le handicap moteur.

L'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale est donc, avant tout, une atteinte organique. A ce titre là, la prise en charge doit être soigneusement discutée pour correspondre au mieux au handicap du nourrisson. Les possibilités d'aides thérapeutiques sont actuellement larges et elles doivent être intelligemment combinées et proposées. La prise en charge psychologique par exemple peut s'imposer à certaines périodes, s'adressant au sujet lui-même ou à son entourage pour mieux assimiler

les conséquences du handicap. Par contre, cette aide ne doit pas être systématique ou encore imposée comme nous pouvons le voir. Il est indéniable que l'extrême complexité de l'anatomophysiologie cérébrale entraîne en association au trouble moteur des pathologies très diverses, fragilisant le corps dans sa conception relationnelle au monde environnant.

Lorsque l'élément intellectuel prédomine sur le trouble moteur, le terme d'encéphalopathie est alors indiqué

### **L'étiologie**

Les causes de l'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale peuvent s'avérer évidentes : c'est le cas de la prématurité avec complications périnatales associées à une imagerie confirmant la destruction cellulaire irrémédiable et irréfutable dans sa localisation et son ampleur. C'est également le cas de l'asphyxie intrapartum corrélée à un ensemble de signes bien répertoriés (Apgar de 0 à 3 pendant plus de 5 minutes, examen neurologique des premiers jours défavorable, anomalie associée à d'autres organes comme le cœur, le tube digestif, l'appareil respiratoire ou rénal). Mais dans 20 à 30 % des cas, l'étiologie reste complexe, voire négative.

La prise en charge n'attend pas les résultats des recherches étiologiques !

Ainsi, dès le moindre signe d'appel (histoire de la grossesse, grossesse à risque, conditions d'accouchement, examens néonataux, approche clinique dans les premiers jours de vie) une prise en charge précoce, dont nous verrons plus loin la teneur, se met en place.

Dans cet article, ne sont exposées que les grandes lignes concernant l'étiologie. Les étiologies de l'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale sont nombreuses et, classiquement,

pour mieux s'y repérer, la classification repose sur les temps plausibles d'apparition. 50% des étiologies concernent une agression fœtale ou du nouveau-né lors de l'accouchement. Il peut alors s'agir, le plus fréquemment, d'une détresse respiratoire, d'une infection materno-fœtale, d'une insuffisance placentaire ou encore d'une lésion d'un territoire artériel. Ces diverses agressions ou mécanismes bien souvent inexpliqués entraînent des accidents hypoxiques ischémiques irrémédiables occasionnant des leucomalaciques péri-ventriculaires avec ou sans hémorragie interne.

D'autre part, pendant la période fœtale, d'autres causes peuvent être isolées. En effet, 20 % des causes intéressent la prématurité avec son risque élevé de leucomalaciques péri-ventriculaires: les détresses respiratoires sont alors au premier plan.

Enfin, 20 % des cas concernent la période post natale où des accidents divers interviennent avant 3 ans environ : état de mal convulsif hyperthermique, noyade, méningite, méningoencéphalite virale, déshydratation, traumatisme crânien.

### **Les expressions cliniques**

La définition de l'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale est large et les expressions cliniques sont tout aussi vastes. La classification clinique reste de ce fait difficile, d'autant plus que l'expression pathologique chez un même enfant varie avec l'âge. A ce propos, les auteurs s'accordent pour éviter toute classification définitive avant l'âge de 2 ans.

D'emblée, l'expression clinique concerne les anomalies du tonus et par conséquent, celles du mouvement.

**a- Le tonus musculaire de repos** est la contraction minimale du muscle au repos mise en évidence au cours d'une

mobilisation lente d'une articulation préalablement relâchée. Le tonus musculaire de fond est sous la dépendance simultanée d'influences périphériques et centrales.

**b- Le tonus postural** permet au corps de se maintenir droit sans effort conscient. L'arc réflexe médullaire est la base de ce maintien, activé par le moindre changement postural, ajusté en permanence par les réflexes provenant sur la cellule motrice de la corne antérieure (moto-neurone) des systèmes vestibulaires, visuels et des récepteurs proprioceptifs du cou. De plus, ce moto-neurone est sous le contrôle supraspinal pouvant soit inhiber, soit exciter l'arc réflexe médullaire. L'absence d'augmentation de la résistance lors d'une mobilisation rapide d'une articulation signe l'intégrité du système neuro-moteur et musculaire. Par contre, si la réponse à la mobilisation rapide est perturbée, le contrôle supraspinal est altéré et permet de définir la spasticité.

**c- La spasticité** est une résistance qui apparaît lors d'une mobilisation rapide d'une articulation au repos et qui cède secondairement. Il s'agit d'une stimulation brusque des fuseaux neuromusculaires, sensibles à l'étirement. La spasticité prédomine sur les muscles fléchisseurs des membres supérieurs, sur les muscles extenseurs des membres inférieurs. Elle indique une lésion du faisceau pyramidal ou de zones corticales motrices.

La topographie du trouble moteur décrit plusieurs types :

- L'hémiplégie est une atteinte des deux membres homolatéraux qui apparaît classiquement en schéma de triple flexion d'abord sur le membre supérieur vers le 4<sup>ème</sup> et le 5<sup>ème</sup> mois, puis, sur le membre inférieur vers l'hyper extension. Les phénomènes de syncinésies dans ce type d'hémiplégie sont le plus souvent rencon-

trés auxquels s'associent une apraxie avec maladresse constructive et trouble de l'assemblage.

- La diplégie ou maladie de Little est caractérisée par une atteinte hypertonique plus ou moins sévère des membres inférieurs.

- La quadriplégie est une atteinte sévère concernant les quatre membres avec souvent une hypotonie axiale.

Chez l'enfant, il est souvent bien difficile de dissocier la spasticité avec une rigidité de type extrapyramidale : la dyskinésie.

**d. La dyskinésie** est une résistance tout au long de la mobilisation (tuyau de plomb). Ici, les différents type de dyskinésie ne dépendent pas de leur topographie mais de la nature des mouvements associés. Nous citerons brièvement l'athétose et l'ataxie.

- Dans l'athétose, le signe primordial est l'apparition de mouvements involontaires spontanés, en général de faible amplitude et siègeant préférentiellement sur les extrémités.

- L'ataxie est due à une lésion des voies cérébelleuses, elle est caractérisée par un trouble de la coordination et de la statique.

### **Psychomotricité et Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale**

L'enfant présentant une infirmité motrice d'origine cérébrale est donc atteint dans son corps et dans sa motricité. Par voie de conséquence, plusieurs paramètres constitutifs de l'identité psychomotrice peuvent être modifiés. La psychomotricité appréhende le corps en relation permanente avec le milieu environnant. Pour se faire, la combinaison complémentaire et harmonieuse de trois éléments fondamentaux s'impose (cf. schéma ci-après).

L'organisation motrice : une programmation innée permet à près de 630 muscles d'éviter que les 200 os du squelette ne s'effondrent. Cette programmation amène le nourrisson au mouvement essentiel chez l'humain à savoir l'enroulement et le redressement. Inutile de préciser que ce premier point est déjà bien remis en question chez l'Infirmes Moteur d'Origine Cérébrale ; en fonction de son handicap, l'enfant devra pallier au mieux ses déficits pour acquérir la plus grande autonomie fonctionnelle possible, cela lui demandera de « biaiser » avec son corps pour obtenir telle ou telle performance.

Les informations sensorielles : le mouvement et la posture dans leur ensemble, ne peuvent s'appréhender que dans une complexité d'interconnexions cortico spinales et sensorimotrices. Le mouvement d'enroulement et de redressement ne va pouvoir se faire qu'en intégrant l'ensem-

ble des informations sensorielles qui vont, d'emblée, renseigner le nourrisson sur le milieu environnant. Toutes anomalies dans la réception, la transmission et l'analyse de l'information pénalisent plus ou moins grandement l'émergence de l'entité psychomotrice.

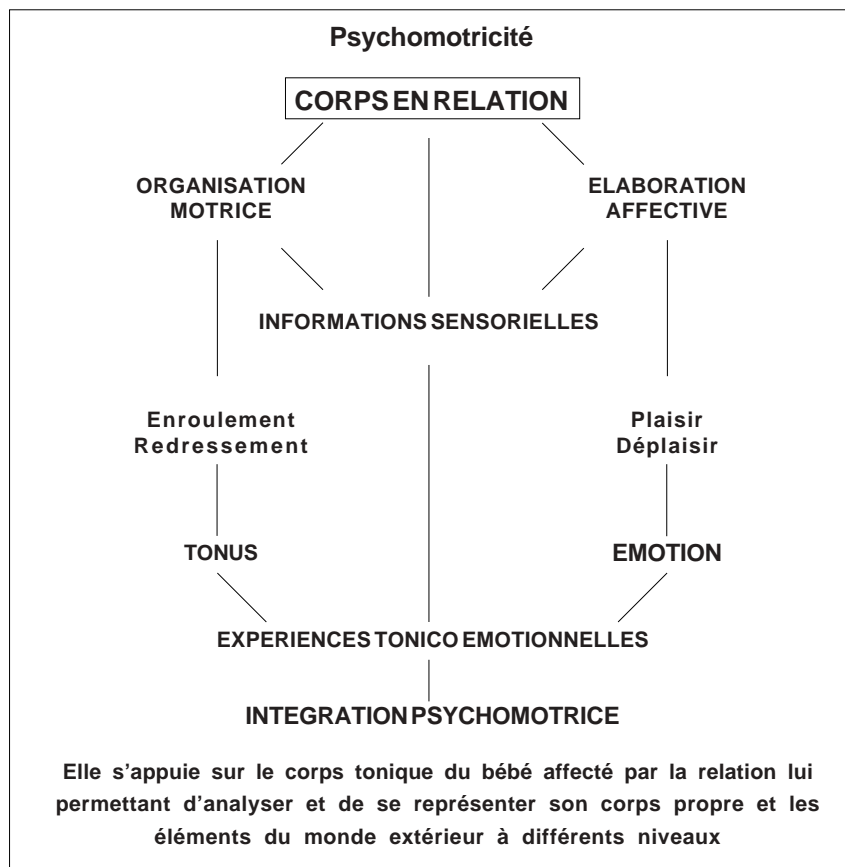
L'élaboration affective : comme précisé plus haut, l'Infirmes Motrice d'Origine Cérébrale est avant tout une lésion du cerveau donc une atteinte organique. Mais deux aspects fondamentaux sont à retenir dans ce domaine de l'affect. Tout d'abord, toute lésion du cerveau est complexe dans sa localisation et dans son expression, d'autant plus dans un cerveau en pleine maturation. Si le handicap moteur est au premier plan, une multitude d'autres expressions peuvent survenir, notamment des perturbations dans le comportement (pleurs discontinus, perturbations veille/sommeil, irritabilité, opposition ...).

D'autre part, tout handicap aussi léger soit-il, et *a fortiori* s'il est lourd, déstabilise la sphère relationnelle dans laquelle l'enfant est accueilli ; "l'aller-retour" affectif qui s'instaure d'abord avec la maman puis avec l'entourage est perturbé; le nourrisson capte précocement aussi bien la sérénité d'une relation confiante que l'anxiété d'un entourage soucieux d'un diagnostic inquiétant. L'Infirmes Motrice d'Origine Cérébrale est un handicap moteur dont l'origine neurologique entraîne dans sa lésion des perturbations d'ordre toniques mais également émotionnelles, aggravé par d'éventuelles carences sensorielles.

L'autre aspect, véritable levier en psychomotricité est le couple "plaisir-déplaisir" : la maturation neuro-motrice intégrant la sensorialité n'a de dynamisme que si elle est façonnée par l'envie de communiquer. Le plaisir de rentrer en relation va s'enrichir en fonction des réponses satisfaisantes ou insatisfaisantes renvoyées par ce même milieu. Le vecteur essentiel d'intégration, de liaison entre l'organisation motrice, l'utilisation des sens et le désir relationnel est l'émotion : elle prouve que la relation existe. Cette émotion extrêmement précoce chez le nouveau né est la porte d'entrée de l'affectif, du ressenti, du psychologique et elle va, sur le plan physiologique, avoir comme support le tonus.

Le rôle du tonus, explique Ajuriaguerra, est extrêmement important dans l'organisation de la personnalité. Le tonus est envisagé, ici, comme support dans la communication émotionnelle. Le tonus, en psychomotricité, comme l'explique H. Wallon, va être l'étoffe, le support dont sont faites les attitudes ; celles-ci sont en rapport d'une part avec l'accommodation perceptive et, d'autre part, avec la vie affective.

L'enfant Infirmes Moteur d'Origine Cérébrale est donc un enfant au cerveau lésé dont l'expression pathologique première est motrice mais



inévitablement corrélée avec l'atteinte des fonctions sensori motrices associées, plus ou moins sévère.

## **La stimulation psychomotrice précoce du nourrisson**

### **Pourquoi intervenir tôt ?**

Sur ces dernières années, des auteurs se sont affrontés sur ce problème peu évident de l'intervention précoce: faut-il laisser "Dame Nature" faire son travail de maturation progressive, au gré des expériences propres à l'enfant ou, au contraire, doit on imposer au nourrisson "à risque" un guidage thérapeutique adéquat ? Le problème est complexe et, sans doute, faut-il rester respectueux des différentes théories et pratiques. En psychomotricité, la précocité des stimulations psychomotrices s'impose ces dernières années grâce aux 4 arguments essentiels ci-dessous :

### **Les capacités d'apprentissage**

Un nombre croissant d'études tend à prouver que le nourrisson tire profit de l'expérience. En effet, l'expérience modifie très tôt la conduite du nourrisson en utilisant des processus tels que l'habituation, les conditionnements, l'imitation. Il est également prouvé que le nourrisson peut apprendre à discriminer plus tôt que la maturation ne le permet.

S'il est maintenant clair que le nourrisson est un "apprenti", il ne peut l'être que s'il est doué de mémoire.

### **La mémoire**

Les études en ce qui la concerne sont nombreuses, surtout depuis une

dizaine d'années. Dans les années 80, on pensait que les bébés avant 8 / 9 mois n'étaient pas capables de garder une information en mémoire pendant plus de quelques secondes. On sait aujourd'hui que les substrats neuro physiologiques de la mémoire à court terme, mais également à long terme, sont fonctionnels très tôt.

### **Le développement psychomoteur**

La connaissance que nous en avons s'est extrêmement affinée depuis ces dernière années. Le développement psychomoteur est conçu comme une succession de phases caractérisées par des organisations psychomotrices fonctionnelles spécifiques qui s'enchaînent selon une chronologie déterminée par la maturation du système nerveux central. La notion de succession est importante puisqu'elle signifie ici que chaque comportement est préparé par les précédents, tout comme le comportement observé est précurseur des suivants. Ainsi, les acquis de chacune des phases du développement psychomoteur ne disparaissent pas lors de l'accès à une nouvelle phase puisqu'ils sont nécessaires à sa constitution. Le développement psychomoteur peut se définir comme le point de convergence de l'ensemble des chapitres exploitables lors de l'examen neuro psychomoteur dont nous parlerons plus loin.

### **Le rôle de l'environnement**

Les effets de l'environnement prédisposent le nourrisson à se comporter de telle ou de telle façon. De plus, ils peuvent, dans le meilleur des cas, accélérer le rythme d'acquisition de nouvelles conduites à tenir et rendre l'organisme disponible pour de nouvelles acquisitions. Ces 4 concepts, aident à mieux comprendre pourquoi, chez le nourrisson porteur

ne serait-ce que d'une suspicion d'anomalies neuro psychomotrices, il est important de travailler le plus précocement possible.

## **La prise en charge psychomotrice du nourrisson Infirmes Moteur d'Origine Cérébrale**

### **Préliminaires**

Avant même le diagnostic final, et donc à la moindre suspicion d'anomalies neuro psychomotrices, une stimulation précoce est proposée aux parents au vu des conclusions de l'examen psychomoteur et après concertation des différents thérapeutes. Comme précisé plus haut, les deux premières années de vie de l'enfant, et tout particulièrement la toute première année, vont permettre, par une observation rigoureuse, d'affiner le caractère transitoire ou alors définitif des anomalies constatées.

La psychomotricité vis à vis du nourrisson à risque apporte son concours au diagnostic, propose, sous la responsabilité du médecin, dès qu'il y a suspicion d'anomalies neuro-motrices, l'examen neuro psychomoteur et des stimulations neuro psychomotrices précoces, reste attentif à la maturation du nourrisson, remettant fréquemment en question son travail, sans omettre les objectifs à court, moyen et long terme, intègre au mieux les réalités de l'environnement familial, privilégie le travail pluri disciplinaire.

### **L'examen neuro psychomoteur**

L'examen psychomoteur du nourrisson neurologiquement suspect s'intègre dans l'ensemble des examens spécialisés : neurologiques, imagerie... Il va donc, par sa finesse clinique et par son approche globale,

aider le plus précocement possible à dédouaner tout risque de handicap relationnel et/ou moteur, permettant à la famille de se positionner le plus positivement possible vis-à-vis du nourrisson à risque. Il est incontestable que le "Brunet Lézine" (1951) reste le bilan de référence permettant au psychologue et au psychomotricien d'établir un quotient de développement.

Ce bilan intègre 4 rubriques :

- P : contrôle postural et motricité
- C : coordination oculo motrice
- L : langage
- S : relations sociales et personnelles.

L'avancée des travaux sur les capacités neuro psychomotrices précoces chez le nourrisson et l'expérience thérapeutique auprès d'enfants Infirmes Moteurs d'Origine Cérébrale, amènent à proposer un autre type d'examen et, par voie de conséquence, à actualiser la prise en charge thérapeutique.

Le psychomotricien est le praticien privilégié pour une approche clinique du nourrisson car celui-ci, qu'il soit en bonne santé ou porteur d'une lésion cérébrale est engagé dans un jeu moteur : corps tonique / relation. Ce corps, dans ses capacités fonctionnelles et ses expressions émotionnelles, va être l'unique expression relationnelle, le premier instrument de son psychisme jusqu'à l'apparition du langage.

L'examen psychomoteur va, dans ce cadre précis, devoir intégrer l'aspect organique de la lésion cérébrale tout en considérant les conséquences sur l'harmonie du couple indissociable : expression corporelle / affect ; d'où l'élargissement théorique pratique de l'examen initial vers l'examen neuro psychomoteur.

L'examen neuro psychomoteur est avant tout un examen clinique. Il rassemble un maximum d'informations concernant l'ensemble des paramètres inhérents au développement global du nouveau né. La lecture

transversale de ces diverses informations aboutit à un niveau de développement neuro psychomoteur. Le psychomotricien collecte le maximum d'informations concernant le nourrisson mais également son environnement. Il synthétise tous ces renseignements pour approcher au mieux la qualité et le type de relation dans lequel évolue le jeune enfant. Il tente de cerner au mieux les malaises éventuels d'un corps en devenir impliqué dans une relation.

### *Du temps*

L'examen psychomoteur nécessite du temps et il peut s'effectuer sur plusieurs séances : une grande partie de cet examen est réservé à l'entretien avec la famille (ou les substituts), à la lecture du carnet de santé et de tous les comptes-rendus disponibles.

### *Un temps d'échange*

Dans ce temps d'échange, le psychomotricien observe le nourrisson en situation spontanée en proposant de le laisser sur un grand tapis avec des jouets. Une foule de renseignements apparaît et traduit d'emblée l'ambiance psycho affective et le dynamisme du nourrisson.

Cette première approche retient des éléments aussi divers que la physiologie et le morphotype du nourrisson, l'attitude des parents, la qualité de séparation mère - enfant, l'éveil, le regard, sa motricité, ses préoccupations...

Les rendez-vous tiennent compte du rythme de l'enfant et ils sont fixés dans les plages de plus grande disponibilité en évitant les tétés, les siestes...

### *Un cadre*

Le cadre est tout aussi important : il est chaleureux puisque tout

est fait pour rassurer et mettre en confiance les parents et l'enfant. Les couleurs et les jouets sont particulièrement choisis pour offrir au nourrisson le maximum de centres d'intérêt. Ce matériel est composé au minimum de :

- un grand miroir au ras du sol
- un gros ballon d'1 m 20 de diamètre
- un grand tapis de 3 cm d'épaisseur en mousse hyperdense de 3m sur 3m
- un coussin rond type boudin de 15 cm et 30 cm de diamètre
- un plot en bois de 15 cm de haut environ afin d'asseoir l'enfant
- de nombreux jouets divers et colorés appropriés.

Le nourrisson est mis à l'aise dans sa tenue pour faciliter ses mouvements spontanés ; l'idéal est de le mettre en body avec une température ambiante de 20 à 21°.

### *Des partenaires privilégiés : les parents*

L'examen neuro psychomoteur reste une observation à un moment précis et il ne peut en aucun cas déboucher sur un diagnostic définitif comme nous l'avons précisé précédemment. En effet, la période 0-2 ans, est avant tout une période plastique où tout est en devenir. Les conclusions ne peuvent qu'être transitoires pour soit se normaliser, soit se fixer dans une pathologie. L'examen neuro psychomoteur est une observation constructive dans le sens, où comme nous l'a appris Grenier (1980), les parents découvrent en leur enfant des potentialités insoupçonnées sans s'enfermer dans des diagnostics irréversibles. L'examen neuro psychomoteur doit savoir, quelle que soit sa conclusion, conforter chaque parent dans son rôle dynamisant et l'associer dans un projet constructif autant pour lui que pour l'enfant. Il est à renouveler régulièrement, c'est-à-dire chaque 4 à 6 mois en fonction de l'enfant : la superposition de ces dif-

férents examens est la meilleure lecture pour aboutir à un éventuel diagnostic mais également pour réajuster la prise en charge.

L'examen neuro psychomoteur que nous proposons se compose de deux grandes parties :

- les renseignements médico sociaux
- la passation des épreuves.

### **Les renseignements médico sociaux**

Ils se décomposent en plusieurs chapitres : la proposition d'un tel découpage s'impose pour la clarté de l'exposé mais il n'est pas rigoureux en soi. Il s'agit en fait d'une trame à partir de laquelle l'entretien avec la famille va se construire : identité, anamnèse, contexte d'évolution, niveau relationnel - compréhension générale, langage, structuration psycho affective. Quel qu'en soit l'ordre choisi, ces divers renseignements sont fondamentaux pour une compréhension la plus précise possible du contexte environnemental et des potentialités du nourrisson.

Dans le cadre plus précis de l'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale, la prise de connaissance des divers comptes-rendus est essentielle ; autrement dit, le paragraphe concernant l'anamnèse va être particulièrement étoffé. Le contexte d'évolution, par ailleurs, est intéressant à exploiter dans le sens où la qualité des satisfactions vitales (appétit, sommeil, santé, selles...) en dit long sur la mise en place de la sphère relationnelle. Incontournable également, la rubrique concernant le "niveau relationnel et la compréhension générale" qui, par des questions simples va pouvoir renseigner le psychomotricien sur la qualité de l'éveil du nourrisson. (cf. annexe 1). D'emblée, le nourrisson établit des corrélations entre ses besoins et le milieu environnant; l'affinement de ces corrélations permet l'émergence d'une prise de

conscience par le nourrisson de ses capacités d'appropriation du monde extérieur à des fins de plus en plus volontaires. Une multitude d'informations émerge de cet entretien et, outre les données orales, l'appréciation du langage non verbal permet de mieux saisir la dynamique dans laquelle évolue le nourrisson.

L'entretien ne doit pas omettre de s'intéresser à la structuration psycho-affective avec les repères que le psychomotricien connaît bien, comme par exemple le sourire, l'angoisse du 8ème mois, la permanence de l'objet, la différenciation moi/non moi...

### **L'examen**

L'autre partie de l'examen concerne donc la passation des épreuves elle-même. 10 chapitres sont proposés, notamment dans le cadre d'examen d'enfants suspectés cérébro lésés : audition, vision, motricité spontanée, capacités motrices, niveau de locomotion, motricité fine - préhension, conduites motrices réflexes, recherche de la qualité du tonus passif, motricité dirigée - réaction de soutien postural, langage.

Ici aussi, l'ordre de proposition de ces épreuves importe peu, c'est au psychomotricien de trouver le moment idéal pour saisir la plus grande disponibilité du nourrisson.

Les deux premiers chapitres concernent **la sensorialité**: véritable trait d'union entre la corporalité indifférenciée et le monde extérieur. Déjà, dans l'entretien, la qualité de l'audition et de la vision est appréhendée. Elle est reprise ici de façon simple pour ne pas passer à côté d'une carence dont le moindre doute amènerait à proposer un bilan spécialisé en la matière.

#### **a. L'audition**

Elle sera simplement testée par la voix chuchotée dès les premières

semaines puis, par des jouets sonores à fréquences diverses. Les boîtes de Moatti permettent un bon dépistage entre 4 et 9 mois.

#### **b. La vision**

La vision par l'oeil de boeuf : disque de carton sur lequel sont tracés des cercles concentriques en noir et blanc. L'examineur le présente au nourrisson à une distance de 20 à 30 cm environ: le nourrisson fixe le stimulus et peut le suivre, par des mouvements de rotation droite gauche, la tête du nourrisson étant maintenue par la main plate de l'examineur. Dès les premières semaines, "l'oeil de boeuf" sera remplacé par la cible de Fantz représentant un visage.

#### **c. La motricité spontanée**

Il s'agit ici d'une observation à part entière du nourrisson, sans intervention de l'examineur. Comme indiqué plus haut, au cours de l'entretien, la mise en situation « libre » du nourrisson sur un grand tapis avec des jouets divers permet de noter les mouvements spontanés du nourrisson et de déceler d'éventuelles anomalies : motricité préférentielle d'un hémicorps, poings en permanence fermés, asynchronismes des mouvements... Cette observation peut se faire à partir de la position en décubitus dorsal, puis en décubitus ventral. Ce chapitre est complété par 3 investigations dont les réponses peuvent se trouver au cours de l'entretien ou dans l'observation du nourrisson en activité spontanée. Il s'agit des capacités motrices, du niveau de locomotion, du développement de la préhension - motricité fine.

#### **d. Les conduites motrices réflexes**

La maturité du cortex cérébral est précédée par la dominance des noyaux gris caractérisant la motricité du nouveau né et du nourrisson : des schémas primaires dominent la motricité et disparaissent entre 3 et 6 mois environ. L'existence

de ces schémas, leur intensité et leur persistance sont des renseignements précieux lors de l'examen neuro psychomoteur.

D'autre part, le psychomotricien utilise ces conduites motrices lors de la prise en charge pour obtenir une réponse adéquate. Par exemple, la rotation soit provoquée, soit dirigée de la tête entraîne le "réflexe asymétrique du cou" avec flexion et extension opposées des membres supérieurs, permettant ainsi une mobilisation à part entière. De même, la "réaction de l'aimant", permet à l'insu du nourrisson de mettre en mouvement les membres inférieurs. Il en est de même, toujours à titre d'exemple, pour amorcer les coordinations, lorsque le psychomotricien utilise la "réaction de Galant", en provoquant une incurvation du tronc par stimulation du côté de la colonne lombaire...

#### **e. Recherche de la qualité du tonus passif**

Emprunté au Dr Claudine Amiel-Tison (1997), une partie du bilan neurologique concernant le tonus passif apparaît essentiel pour l'approche de la qualité du développement psychomoteur du nourrisson afin d'évaluer l'éventuelle présence d'hyper ou d'hypotonie pathologique.

Il s'agit ici d'appréhender l'extensibilité musculaire par des manœuvres d'amplitude lente et progressive sans participation du nourrisson :

##### **Membres inférieurs**

- *Angle des adducteurs*: le nourrisson est en décubitus dorsal, l'examineur mesure l'angle d'ouverture maximum formé par les deux membres inférieurs, sachant qu'il s'ouvre progressivement à 90° à 2 mois, 150° à 9 mois, puis se referme lentement.
- *Angle talon oreille*: à partir du décubitus dorsal, l'examineur tente de ramener lentement les pieds du nourrisson vers les oreilles, genoux

tendus et sans soulever le bassin, l'angle parcouru par les membres inférieurs est de 90° à 2 mois, 150° à 9 mois, puis il se referme lentement.

- *Angle poplité* : une fois les deux cuisses ramenées sur le bassin, l'examineur étend lentement et au maximum les jambes pour évaluer l'angle formé par les jambes et les cuisses. Cet angle est de 90° à 2 mois, 150° à 9 mois, et il se referme lentement

- *Angle pied gauche* : l'examineur teste la flexion dorsale de la tibio tarsienne, lentement, genoux tendus.

##### **Membres supérieurs :**

- *manoeuvre du foulard* : l'examineur observe la position du coude après avoir tiré le bras vers l'épaule opposée, le nourrisson étant maintenu dans une position semi-inclinée.

Dès les premiers jours, la résistance au mouvement est forte puis elle diminue progressivement pour, à 2 mois, atteindre la ligne médiane.

À 9 mois, la résistance réapparaît lentement.

##### **Axe corporel :**

L'examineur compare les amplitudes de la flexion ventrale et de l'extension dorsale du tronc.

La flexion ventrale est recherchée en ramenant, à partir de la position en décubitus dorsal, les jambes et le bassin du nourrisson vers la tête, l'inclinaison obtenue est de quelques degrés.

L'extension dorsale est recherchée en tirant les deux membres inférieurs vers l'arrière à partir de la position couchée sur le côté et en maintenant le rachis.

L'amplitude est limitée, voisine de zéro.

#### **f. La Motricité dirigée - Réaction de soutien postural**

L'examineur propose ici des manœuvres qui vont générer chez le nourrisson une réponse motrice adaptée. Il s'agit de mettre en évidence la qualité de ce que Le Métayer appelle les aptitudes motrices innées. Con-

trairement à la motricité primaire définie par André Thomas (1952), comme des conduites motrices de natures réflexes appelées à disparaître au cours des 3 à 6 premiers mois de la vie, les aptitudes motrices innées ne disparaissent pas. Ces aptitudes motrices définitivement programmées sont observables dès les premiers mois de la vie et tout au long de l'évolution motrice de l'homme. Les travaux de Grenier (1980) sur l'abduction latérale et la motricité libérée vont dans le même sens. L'étude clinique par Le Métayer (1993) sur les aptitudes motrices innées considérées dans leur aspect définitif pour certains et ontogéniques pour d'autres, élargissent les conceptions de l'organisation motrice et, *a fortiori*, psychomotrices.

La psychomotricité du nourrisson, d'une motricité réflexe archaïque, se différencie peu à peu sous l'impact de la commande volontaire pour s'affiner, selon une succession d'enchaînements. Ces nombreux enchaînements passent par des redressements, des maintiens, des déplacements.

La répétition de ces expériences motrices de plus en plus variées et volontaires permet au nourrisson d'appréhender ses propres capacités motrices et de construire les repères spatiotemporels. Ainsi, le nourrisson va les ajuster au mieux pour la relation et parvenir à l'autonomie dans la locomotion bi-podale.

Cet affinement intègre trois composantes majeures :

- la maturation (ontogénèse)
- les aptitudes perceptives motrices innées permettant la mémorisation temporo spatiale des mouvements
- les expériences motrices répétées qui permettent l'ajustement des mouvements intentionnels dans un contexte de motivation et de stimulation motrice où l'enfant et son affectivité vont également jouer un rôle important.



Les niveaux d'évolution motrice représentent des situations actives permettant des ajustements automatiquement régulés dans l'exécution des mouvements. Grâce à cette régulation automatique inconsciente et aux expériences répétées, l'enfant apprend à contrôler tel niveau puis tel niveau, développant ainsi ses possibilités fonctionnelles. Les divers niveaux représentent de nombreuses combinaisons d'enchaînements possibles que l'enfant découvre dans l'exploration de son milieu extérieur. Ces différents niveaux vont constituer le fil conducteur de l'éducation thérapeutique à partir duquel le psychomotricien s'adapte pour permettre à l'enfant de progresser...

Ces différents niveaux émergent d'expériences répétées et d'apprentissages générateurs de praxies et de gnosies, c'est-à-dire de représentations intériorisées de successions d'actes nécessaires pour atteindre tel but. Ainsi, l'examineur met en situation motrice le nourrisson pour induire un mouvement et juger de la qualité d'exécution.

Ces mises en situation concernent essentiellement :

- le tenu-assis
- le tiré-assis
- le balancier des membres inférieurs
- les suspensions ventrales, latérales, dorsales, giration, verticales
- la position accroupie - godille
- les retournements par la tête, par les bras, par les jambes
- la reptation

#### **g. le langage**

A ce jour, un test simple d'utilisation est le C.L.A.M.S. (Clinical Linguistic Auditory Milestone Scale), les astérisques indiquent les épreuves proposées au nourrisson, les autres items étant précisés par la maman.

La résussite à deux niveaux consécutifs détermine le niveau basal.

L'addition du niveau basal avec la somme de toutes les épreu-

ves réussies au-delà, indique le score total.

La résultante correspond à :

$$\frac{\text{score total} \times 100}{\text{âge corrigé en mois}}$$

La moyenne est à 100.

#### **Synthèse**

L'ensemble de ces renseignements est rigoureusement synthétisé pour pouvoir dégager un niveau de développement neuro psychomoteur avec toute la prudence que cela engage, compte-tenu de la période de développement concernée. Ce niveau de développement ne peut en aucun cas être dépouillé de tout commentaire car chaque chapitre exploité a son importance. La conclusion de ce bilan débouche sur un projet thérapeutique.

#### **La prise en charge neuro psychomotrice**

Le psychomotricien élabore son projet rééducatif à partir de l'examen neuro psychomoteur. Comme précisé plus haut, les lésions cérébrales, quelle que soit l'étiologie, sont extrêmement variées dans leur expression, exigeant pour la prise en charge, la connaissance des divers handicaps concernés pour tel nourrisson. Tout comme l'examen neuro psychomoteur, la prise en charge revêt la même terminologie, dans le sens où elle intègre, dans le contexte précis de la lésion cérébrale, l'imbrication complexe entre la commande neurologique, la réponse et l'information motrice dans un engagement relationnel. L'examen neuro psychomoteur va donc faire apparaître, après synthèse des renseignements, le retentissement de la lésion et ses effets. Les troubles possibles représentent, comme nous l'avons vu, une véritable constellation avec laquelle le psychomotricien devra jon-

gler pour améliorer au mieux l'identité psychomotrice du nourrisson infirme moteur d'origine cérébrale.

Ainsi, la prise en charge neuro psychomotrice va approcher et travailler tout en y intégrant les risques de comitialité :

1. les troubles neuro psychologiques (troubles neuro visuels, troubles mnésiques, troubles gnosiques, troubles frontaux, troubles en lien avec la phonation) ;
2. les déficits des systèmes de référence (schéma corporel, spatialisation, temporalité, praxies) ;
3. les troubles psycho affectifs ;
4. les troubles relationnels ;
5. le déficit mental ;
6. les troubles moteurs (troubles de la commande, troubles du tonus, mouvements anormaux) ;
7. Les troubles neuro orthopédiques (hanches - genoux - pieds, rachis).

Dans le cas précis d'atteinte cérébrale, qu'elle soit suspectée ou confirmée, la prise en charge neuro psychomotrice s'adresse à un corps où la fonctionnalité est endommagée pour des raisons de commandes centrales lésées. Le corps est blessé, ne pouvant pleinement expérimenter l'affinement progressif d'une motricité au départ fruste, globale, pour se différencier et devenir volontaire, autrement dit pour passer du mouvement au geste intentionnel. Le substrat même du mouvement est ici perturbé. En effet, le tonus ne trouve pas la fluidité indispensable pour la réalisation aisée du mouvement. Cet handicap moteur, central dans ce type de pathologie, affecte de façon plus ou moins sévère l'ensemble de la personnalité psychomotrice du nourrisson. Pour se retrouver dans cette constellation de troubles possibles, inhérents à l'atteinte cérébrale, le psychomotricien se réfère toujours au retentissement de ce trouble sur le corps.

Cette approche ne peut s'effectuer que dans un travail d'équipe aux compétences pluridisciplinaires.

La période de vie 0-3 ans est essentiellement marquée par l'omniprésence d'un corps en forte croissance et prenant sens dans la relation. De ce fait, par sa formation et sa position, le psychomotricien s'avère être un des praticiens les plus intéressants pour aborder ce corps dont les commandes fonctionnent mal. Cette position privilégiée est d'autant plus reconnue si elle est aidée par l'apport des thérapeutiques indispensables telles la kinésithérapie pédiatrique, l'orthophonie, l'ergothérapie, la psychologie, l'orthopédie, la chirurgie ou la neurologie.

Outre ce travail d'équipe, le psychomotricien intègre dans sa prise en charge la relation dite triangulaire : parents - nourrisson - thérapeute. Vouloir garder les parents (sauf exception) hors du champs thérapeutique paraît inconcevable surtout dans le cas précis de l'enfant infirme moteur d'origine cérébrale. L'influence consciente ou inconsciente des parents provoquée par le légitime souci du devenir de l'enfant cérébro-lésé nécessite la prise en compte de leur questionnement. Celui-ci ne peut s'effectuer que dans une relation de confiance, qui va nécessairement prendre du temps, largement aidée dans la constatation réelle des capacités de l'enfant dans des situations précises de rééducation.

D'autre part, le psychomotricien s'attache au cadre dans lequel évolue la thérapie. Aussi, tout est fait pour favoriser un bien être indispensable à l'évolution spontanée du nourrisson : le matériel doit être riche, en couleur, en forme, en texture, en volume ; il doit être accessible, original même en étant simple, sans danger. Les horaires sont également importants : il s'agit de bien réfléchir avec les parents ou le substitut du meilleur horaire possible, là où l'enfant est le plus disponible, en évitant l'approche d'une tétée ou encore l'heure de la sieste... La température

de la pièce aura son importance. Il faut s'assurer de pouvoir travailler dans une ambiance de 20 à 21° permettant de dévêtir le nourrisson pour le mettre en body, voire en couche afin de favoriser le contact cutané. Il en est de même de la sensorialité : au moment le plus propice, le psychomotricien sait stimuler la vision, l'audition, le toucher au moyen d'une multitude de stimuli les plus divers possibles. Ce cadre espace-temps dressé, le psychomotricien construit son projet thérapeutique.

Ce projet thérapeutique fait référence en permanence à trois délais.

### **Le court terme**

Que ce soit une suspicion ou un diagnostic évident, le psychomotricien s'attache, après évaluation du retentissement de l'atteinte, à tout mettre en œuvre pour éviter toute habitude pathologique et favoriser l'évolution motrice dans un bien-être relationnel. C'est par exemple le cas de Florian, 3 mois, qui présente une asymétrie dans le pédalage des membres inférieurs et une différence de tonus qui sont bien expliquées par la maman. Ici, le psychomotricien va utiliser la motricité spontanée pour favoriser l'expression corporelle maximale dans un souci de faire prendre plaisir dans le mouvement. Cette stimulation de l'appétence motrice minimise les risques de négligence du secteur lésé. Autrement dit, dans le court terme, le psychomotricien suscite la motricité en partant de la motricité spontanée pour parvenir à la proposition d'expérience motrice parfaitement adaptée au niveau d'évolution de l'enfant. A trois mois, Florian accepte bien les jeux sur le gros ballon. A partir de la position assise, nous déstabilisons Florian vers son côté gauche. Ce déséquilibre entraîne une réponse précise et connue, à savoir une extension et une abduction lente de tout le membre inférieur droit. Le psychomotricien, toujours dans un

contexte de jeu, induit un départ de mouvement, donnant au nourrisson la possibilité d'enchaîner sur le plan moteur. Ainsi, ces diverses mises en situation motrice permettent au nourrisson d'explorer de nouvelles possibilités et suscitent des réponses que la lésion cérébrale semblait rendre impossible.

Il en sera de même pour César, 9 mois, dont l'hypotonie axiale suggère un retard neuro-psychomoteur. Pour susciter cette réponse vers le redressement, indispensable pour les acquisitions à venir, César, au détour d'un jeu, est placé en décubitus ventral sur le coussin triangulaire et attiré par des jeux, se redresse pour tenter d'attraper l'objet stimulus.

D'expériences motrices en expériences sensori-motrices, le nourrisson, sur la proposition du psychomotricien, biaise son handicap pour élargir ses capacités relationnelles, sensorielles, affectives, cognitives et corporelles.

Le psychomotricien, pour se faire, puise dans plusieurs registres :

- les réactions sous corticales (cf. réflexes primaires) le psychomotricien peut, par exemple utiliser le réflexe asymétrique du cou pour susciter le regard. Les membres supérieurs sont positionnés en « joueur d'escrime », permettant à la tête de suivre le mouvement codifié.

- la motricité libérée (Grenier), ici le psychomotricien favorise les premières ébauches de préhension par la tenue correcte de la tête. Le fait d'empêcher tout mouvement anachronique bien présent le premier mois favorise de façon spectaculaire l'attention visuelle et l'approche manuelle de l'objet.

- la motricité spontanée: les stimuli aussi divers soient-ils permettent d'introduire en permanence des mouvements thérapeutiques. Par exemple, la proposition d'un objet ou d'un jouet bien précis pour Dorian va favoriser le retournement en l'amenant à suivre du regard l'objet tout en tournant la tête,

provoquant ainsi le passage du dos sur le ventre ou vice versa.

- la motricité dirigée et la motricité provoquée (Le Métayer, 1993), la découverte de mouvements présents dès la naissance et qui vont rester constants et présents toute la vie, a révolutionné l'apport thérapeutique. Mathilde n'arrive pas à s'asseoir, elle a maintenant 12 mois. Toujours dans un contexte de sollicitation visuelle, auditive et ludique, la mise en position en décubitus latéral entraîne, par un début de pression latéral sur le bassin, une réponse connue d'un redressement rotation permettant au nourrisson de quitter le sol pour venir s'asseoir. Ou encore, le tonus quelque peu élevé des membres inférieurs chez Hugo, 6 mois, porte souci. Le travail accroupi de godille va permettre une réponse alternée de mouvements globaux et progressifs de l'ensemble des pieds.

- la qualité relationnelle : la technique ne s'impose pas, elle s'intègre à la qualité relationnelle, indispensable à l'adhésion du nourrisson aux exercices proposés.

Une prise en charge psychomotrice ne peut s'effectuer chez un enfant en pleurs, en refus !

## **Le moyen terme**

Le projet thérapeutique doit s'inquiéter du lendemain de l'enfant. Ce lendemain relativement proche intéresse d'une part les capacités d'intégration de l'éventuel handicap de l'enfant dans le couple parental ; d'autre part, il s'agit de se soucier du confort du nourrisson dans sa vie de tous les jours pour favoriser à titre essentiellement de prévention, toute attitude vicieuse ou tout renforcement de la lésion motrice d'origine cérébrale. Ainsi l'installation au lit est importante pour prévenir les troubles orthopédiques et favoriser l'attention vers le milieu environnant. Le psychomotricien s'attache à ajuster

les stimulations les mieux adaptées au niveau réel de l'enfant. Il réfléchit dès à présent à la socialisation du nourrisson en suggérant, en fonction du cas, une ouverture progressive vers le monde environnant en vue d'une intégration dans le futur.

Ce moyen terme se réactualise par de nouveaux bilans neuro psychomoteurs permettant de construire un nouveau projet, en fonction de l'évolution.

## **Le projet à long terme**

La prise en charge neuro psychomotrice s'inscrit dans un suivi souvent long, régulier, modulable en fonction du handicap, des autres intervenants et des capacités de réception du nourrisson. Les objectifs au long terme visent une plus grande autonomie possible sur le plan gestuel et relationnel. Conjointement, elle tente de favoriser l'accès aux apprentissages scolaires de base. La pratique, l'expérience ainsi que les publications de Saint-Anne Dargassies (1982) sur le devenir des prématurés, permettent de connaître le risque d'un syndrome tardif possible concernant les apprentissages cognitifs. Ce syndrome tardif concerne essentiellement l'organisation spatiale et tout particulièrement les coordinations visuo spatiales.

Paul a 12 mois. Il parvient depuis peu à la station assise. La rétraction des adducteurs le gêne considérablement pour garder une position stable. Cela l'empêche d'expérimenter avec ses mains. Nous nous proposons alors de mettre en place le "Trotte lapin" mis au point par Le Métayer. Il s'agit d'un coussin rectangulaire et creusé, fixé au bassin de l'enfant, lui permettant à partir du 4 pattes de s'asseoir, les membres inférieurs et le dos étant bien positionnés. Une tablette fabriquée sur mesure par le papa s'adapte juste à la hauteur de l'enfant. A partir de cette installation,

permettant une bonne position de l'ensemble du corps, les mains vont pouvoir expérimenter les premiers encastements.

Mélanie a deux ans. Sa quadriparésie spastique la gêne dans sa fonctionnalité manuelle. Installée dans son corset siège, nous lui proposons d'expérimenter divers stimuli tactiles réalisables avec ses mains. Chaque séance reprend, tout en jouant, le guidage du geste pour accéder le plus efficacement possible à l'objet désiré. Progressivement, nous complétons la tâche en proposant de jouer avec une éponge flottant sur l'eau. La joie de l'exercice permet peu à peu à Mélanie d'affiner l'alternance du serrer - relâcher l'objet.

Ces quelques exemples veulent illustrer l'importance, dès le départ de la prise en charge, d'introduire le maximum d'éléments qui permettront de minimiser ces difficultés d'apprentissage quasi inévitables. La prise en charge neuro psychomotrice est complexe dans le sens où une multitude de troubles peut apparaître en fonction de la localisation de la lésion. De ce fait, le psychomotricien doit en permanence évaluer le retentissement péjoratif sur l'unité psychomotrice du nourrisson. Son travail doit être toujours remis en question et un formidable champs de recherche est ouvert dans ce domaine passionnant de la neuro psychomotricité. Il est sûr qu'à l'heure actuelle des outils techniques performants sont à la disposition du psychomotricien .

L'efficacité dans son travail repose désormais :

- sur ses capacités de proposer en temps opportun les mouvements nécessaires au passage d'un niveau d'évolution motrice à l'autre ;
- sur la qualité relationnelle instaurée avec le nourrisson et la famille ;
- sur la préparation des outils nécessaires à l'équipement instrumental pour minimiser les difficultés dans les apprentissages futurs.

## Conclusion

“Un cerveau endommagé, alors qu’il n’est pas encore à pleine maturité a plus de chances de s’adapter qu’un système déjà complètement mature et doté de canaux déterminés, qui ne sont plus accessibles. On parle de ‘plasticité’ ou de ‘dynamisme’ du cerveau dont la fertilité est la plus grande au cours des premiers mois de la vie.” I. Flehmig.

Le psychomotricien est un des acteurs privilégiés dans la prise en charge du nourrisson cérébrolésé. Laissant au kinésithérapeute et à l’ergothérapeute le traitement des conséquences motrices de l’affection neuromotrice, à l’orthophoniste la sti-

mulation du langage oral et écrit, au psychologue l’espace de liberté émotionnelle, le psychomotricien s’attache à faire émerger à partir d’un corps fonctionnant mal, des expériences neuropsychomotrices nouvelles, permettant au nourrisson de s’adapter au mieux à son milieu environnant.

Les dernières découvertes dans les “capacités immédiates” du nourrisson ont bouleversé le type de prise en charge puisque désormais, tout nourrisson, dès sa vie *in utero*, a des potentialités que le thérapeute peut solliciter : ne rien imposer, seulement induire dans un climat chaleureux et ludique un mouvement qui, par les connaissances que nous avons à l’heure actuelle, entraîne un succes-

sion d’expériences motrices et émotionnelles.

La précocité du diagnostic ou, tout au moins de la suspicion d’une anomalie neuromotrice, est capitale. L’examen neuro psychomoteur par sa recherche clinique, permet à ce jour de compléter de façon significative les investigations et il collabore pleinement au diagnostic.

La précocité de la prise en charge psychomotrice est, par voie de conséquence, fondamentale : elle permet de travailler dans la période où le développement est le plus plastique. Aucune connexion, aucune voie de transmission n’est définitive dans un capital de potentialité neurologique encore considérable. ■

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. De (1980). *Psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson.
- Albaret J.M. (1993). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Pédiatrie, 4-101-H-30, Psychiatrie, 37-201-F-10*. Paris : Editions Techniques, 10 p.
- Amiel-Tison, C. (1997). *L'infirmité motrice d'origine cérébrale*. Paris : Masson.
- Amiel Tison, C., & Grenier, A. (1985). *La surveillance neurologique au cours de la première année de vie*. Paris : Masson.
- André Thomas, & Saint Anne Dargassies, S.(1952). *Etudes neurologiques sur le nouveau né et le jeune nourrisson*. Paris : Masson.
- Bobath, B., & Bobath, K. (1986). *Développement de la motricité des enfants IMC*. Paris : Masson
- Brazelton, T.B. (1971). *Votre bébé est unique au monde*. Paris : Albin Michel.
- Brazelton, T.B. (1971). *La naissance d'une famille*. Paris : Stock.
- Brunet, O., & Lézine, I. (1951). *Le développement psychologique de la première enfance*. Paris : P.U.F.
- Bullinger, A. (1989). Espace corporel et espace visuel, leur coordination dans les débuts du développement. *Ann. Réadapt. Méd. Phy*
- Calza, A., & Contant, M. (1994). *Psychomotricité*. Paris : Masson.
- Colombié, B. (1986). Le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans. *Cahiers de l'Unadrio*.
- Colombié, B (1998). L'examen neuro psychomoteur du nourrisson 0 - 2 ans. *Cahiers de Kinésithérapie*.
- Dalla Piazza, S. (1996). Prématurité légère et développement cognitif à l'âge scolaire. *Revue Internationale de Pédiatrie*, 267, 2-9.
- Dalla Piazza, S. (1997). *L'enfant prématuré: le point sur la question*. Belgique : De Boeck Université.
- Finnie, N.R. (1979). *Education à domicile de l'enfant infirme moteur cérébral*. Paris : Masson.
- Grenier, A. (1980). Motricité libérée : Evaluation neurologique du nouveau-né et du nourrisson. In C. Amiel-Tison & A. Grenier (Eds.) (pp. 81-102). Paris : Masson
- Grenier, A. (1981). Motricité libérée par fixation manuelle de la nuque au cours des premières semaines de vie. *Archives Françaises de Pédiatrie*, 38, 557-562.
- Grenier, A. (1985). Examen neuromoteur complémentaire - Surveillance neurologique de la 1ère année de la vie. In C. Amiel-Tison & A. Grenier (Eds.), *La surveillance neurologique au cours de la première année de vie*. Paris : Masson.
- Grenier, A. (1985). La convalescence du nouveau-né à risque. *Annuaire Pédiatrique*, 1, 41-45.

- Grenier, A., & Dezoteux, A.M. (1989). Prévention de la mauvaise insertion familiale des nouveaux-nés à risque. *Evolutions Psychomotrices*, 1, 12-16.
- Herren, H. & Herren, M.P. (1980). *La stimulation psychomotrice du nourrisson*. Paris : Masson.
- Illingworth, R.S. (1978). *Développement psychomoteur de l'enfant*. Paris : Masson.
- Ionescu, S. (1993). *La déficience intellectuelle - Approches et pratiques de l'intervention, dépistage précoce*. Ottawa (Québec) : Ed Agence d'Arc.
- Johnson, M., & Werner, R.A. (1980). *Guide progressif des acquisitions de l'enfant handicapé mental*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Jouen, F., & Henock, A. (1991). *Du nouveau né au nourrisson. Recherche fondamentale en pédiatrie*. Paris : PUF.
- Koupernik, C., & Dailly R. (1980). *Développement neuro-psychique du nourrisson (4<sup>e</sup> ed.)* Paris : PUF.
- Le Métayer, M. (1993). *Rééducation cérébromotrice du jeune enfant - Education thérapeutique*. Paris : Masson.
- Mazeau, M. (1997). *Déficits visuo-spatiaux et dyspraxies de l'enfant*. Paris : Masson.
- Rivière, J. (1999). *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant*. Marseille : Solal.
- Robert-Ouvray, S. (1996). *L'enfant tonique et sa mère*. Ed. Hommes et perspectives.
- Robert-Ouvray, S. (1997). *Intégration motrice et développement psychique*. Paris : Ed. Desclée de Brouwer.
- Saint Anne Dargassies, (1979). *Le développement neuro moteur et psycho affectif du nourrisson*. Paris : Masson.
- Saint Anne Dargassies (1982). *Le développement neurologique du nouveau né à terme et prématuré*. Paris : Masson.
- Tardieu, M., & Landrieu, P. (1996). *Neurologie pédiatrique*. Paris : Masson.
- Truscelli, (1996). Les expressions cliniques des atteintes précoces. *Actes du Colloque APF*, Janvier.
- Voyer, M., & Dehan, M. (1985). Quel est le pronostic des enfants nés avant terme ? *Archives Françaises de Pédiatrie*.

## Annexe 1

### Principaux repères concernant le niveau relationnel et la compréhension générale

- 1 mois : reconnaît auditivement sa maman
- 4/6 semaines : premiers sourires suite aux sollicitations extérieures
- 6 semaines : suit du regard à 90°
- 6/8 semaines : gazouillis de communication
- 3 mois : suit du regard sur 180°, le regard passe d'un objet à l'autre
- 3 mois et demi : rit aux éclats
- 5 mois : heureux de la relation duelle, explore un nouvel environnement, tend les bras pour être pris
- 6 mois : tourne la tête dans la direction de la source sonore, commence à différencier les étrangers
- 6/7 mois : porte les objets à la bouche
- 8 mois : suit du regard l'objet que l'on fait tomber, tape un objet contre un autre, commence à jouer à "coucou-caché", comprend la signification du « non », répond à son prénom
- 9 mois : sourit à son image dans le miroir, acquisition du signe du manteau, commence à dire « non » par un geste
- 10 mois : suit du regard l'anneau tournant, mécontent lorsqu'on lui enlève son jouet, caresse son image
- 11 mois : dit au revoir par un geste
- 12 mois : donne sur demande et fait le geste, joue à jeter les objets sur le sol
- 15 mois : de mande les objets en les désignant du geste, commence à indiquer que sa culotte est mouillée
- 18 mois : est propre de jour avec des accidents, peut exécuter deux des ordres de 2 ans
- 2 ans : exécute les 4 ordres (donne-le moi, donne à maman ou à X, pose-le sur la table, pose-le sur la chaise), il est propre de nuit.