



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON I
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Professeur Yves MATILLON

**Apports de l'approche sensorimotrice
de BULLINGER dans la clinique psychomotrice auprès d'enfants
porteurs d'une trisomie 21**

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

par

FAURE Caroline

Juin 2012

N° 1108

Directeur du Département Psychomotricité

Jean Noël BESSON

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

• Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ÉTIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Directeur **Pr. KIRKORIAN Gilbert**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Études
Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. FARGE Pierre**

▪ Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. COLLIGNON Claude**

École Polytechnique Universitaire de Lyon
(EPUL)
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr MAUME-
DESCHAMPS Véronique**

École Supérieure de Chimie Physique
Électronique de Lyon (CPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de Lyon
M. GUIDERDONI Bruno

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

À Christian.

SOMMAIRE

INTRODUCTIONp.5

PREMIÈRE PARTIE : LA TRISOMIE 21

A) Un peu d'histoirep.9

B) Une seule trisomie 21 ?p.9

- a) Trisomie 21 homogène librep.9
- b) Trisomie 21 par translocationp.9
- c) Trisomie 21 mosaïquep.9
- d) Trisomie 21 partiellep.9

C) Facteur de risque et diagnostic prénatalp.10

D) Caractéristiques physiquesp.10

E) La trisomie 21 : un défaut de maturation toniquep.11

- a) les réflexes archaïquesp.11
- b) l'hypotonie musculairep.11
 - 1) les muscles dorsaux et abdominauxp.12
 - 2) les muscles des pieds et de la mainp.12
 - 3) les muscles bucco-faciauxp.12

F) Troubles présents dans la trisomie 21p.12

- a) Troubles sensorielsp.12
 - 1) Troubles visuelsp.12
 - 2) Troubles auditifsp.13
 - 3) Troubles de la sensibilitép.14
 - 4) Troubles gustatifs et olfactifsp.14

b)	Troubles intellectuels et cognitifs	p.14
c)	Troubles langagiers	p.15
d)	Troubles psychomoteurs	p.16
G)	<u>Quelles conséquences à une sensorimotricité fragilisée ?</u>	p.17

PARTIE II : LE DÉVELOPPEMENT TONICO-POSTURAL

A)	<u>Tonus</u>	p.21
a)	Les différents types de tonus	p.21
	1) Le tonus de fond	p.21
	2) Le tonus d'action	p.21
	3) Le tonus postural	p.21
b)	Évolution du tonus	p.22
c)	Moyens de régulation tonique	p.22
	1) Les états de vigilance	p.23
	2) Les flux sensoriels	p.23
	3) Le milieu humain	p.24
	4) Les représentations	p.25
d)	Fonctions du tonus	p.25
	1) Le tonus comme base du mouvement	p.25
	2) Le tonus comme support des émotions	p.25
	3) Le tonus comme support à la communication non-verbale et comme moyen d'expression psychique du sujet	p.26

B) <u>Posture</u>	p.26
a) Définition	p.26
b) Développement postural	p.27
1) La posture symétrique	p.27
2) Les postures asymétriques	p.29
c) Lien entre espace et postures	p.30

PARTIE III : CLINIQUE

A) <u>Présentation de mon lieu de stage</u>	p.33
a) Accueil et admission	p.33
b) Fonctionnement	p.33
c) Accueil à la journée et accueil de nuit	p.34
d) Organisation de l'équipe	p.35
B) <u>Jules</u>	p.35
a) Présentation	p.35
1) Anamnèse	p.37
2) Observation psychomotrice de Jules	p.38
3) Projet thérapeutique de Jules	p.39
b) Le dispositif des séances en psychomotricité	p.39
1) Temps et espace de la séance	p.39
2) Séance type	p.39
c) Les séances	p.40
1) Première rencontre	p.40
2) Évolution des séances	p.43
3) Conclusion, discussion et perspectives	p.50

PARTIE IV : DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

A) <u>Sensorimotricité et psychomotricité</u>	p.53
B) <u>Apports de l'approche sensorimotrice à la clinique psychomotrice</u> :	p.55
a) L'approche sensorimotrice comme moyen de compréhension du processus développemental propre à chaque enfant	p.55
b) L'approche sensorimotrice moyen de compréhension des modes d'organisation et des potentialités de l'enfant	p.56
c) L'approche sensorimotrice comme mise à disposition d'outils et/ou d'hypothèses de travail en psychomotricité.....	p.58
d) L'approche sensorimotrice comme mise en évidence des moyens dont l'enfant dispose pour interagir avec son environnement	p.60
C) <u>Et concernant le bilan sensori-moteur ?</u>	p.62
D) <u>Quelques pistes de travail en psychomotricité</u>	p.63
a) Travail autour de la régulation tonique	p.63
b) Travail autour des espaces	p.63
1) Espace oral	p.63
2) Espace du buste	p.64
3) Espace du torse	p.64
c) Travail sensoriel	p.65
1) Au niveau visuel	p.65
2) Au niveau tactile	p.65
3) Au niveau auditif	p.66
E) <u>Limites et risques de l'approche sensorimotrice dans le soin psychomoteur</u>	p.66
CONCLUSION GÉNÉRALE	p.69
BIBLIOGRAPHIE	p.70

INTRODUCTION

Lors de mes premières prises en charge en SESSAD avec de jeunes bébés porteurs de trisomie 21, j'ai très vite été touchée par tous les mouvements d'effondrement que j'ai pu observer en séance - « *quelque chose ne tient pas* ». Cette force insuffisante, et pourtant recherchée et désirée par ces enfants, ne serait-ce pas ce fameux « tonus » dont on nous parle tant dans notre formation ?

J'ai alors tout de suite pensé à son rôle dans le développement du tout-petit, à sa nécessité dans la mise en forme posturale, mais aussi, dans l'expression des émotions. Comment l'enfant trisomique peut-il alors se développer sur une base hypotonique ?

Pourtant, tous mes anciens patients me paraissaient s'être « suffisamment » bien développés pour évoluer spatialement comme nous, debout. Debout oui, mais à quel prix ? Dès que nous naissons, nous sommes « programmés » et poussés à acquérir cette verticalité qui fera de nous un Homme. Certes, je remarque que les enfants trisomiques se sont redressés, arrivent à marcher, à se déplacer, à évoluer mais avec quelle qualité d'acquisitions, de mouvement, de posture ? Malgré leur apparente « autonomie », n'existerait-il pas encore quelques traces de cette hypotonie de base ?

Jules, un enfant trisomique rencontré lors de mon stage en Institut Médico-Educatif, semble rejouer son vécu d'un corps qui a tant lâché par le passé et qui le surprend encore aujourd'hui dans certaines activités. Il a pu me toucher en me montrant ce corps qu'il s'attache à tenir avec cette si grande rigidité, ce souffle coupé. Je me demande parfois quelles concessions il a dû faire pour acquérir cette verticalité.

Au fond qu'est-ce que l'autonomie ? N'est-ce pas la capacité du sujet à *s'autonommer* justement ? Comment chacun peut-il devenir un sujet pensant, acteur de son environnement s'il ne dispose pas de moyens suffisants au début de sa vie ?

Il me paraît important de rappeler, suite à cette interrogation, que c'est dans les premiers mois de vie du bébé que de nombreuses habiletés se développent. Ces dernières permettent à l'enfant d'interagir avec son milieu physique et humain.

Or, les premiers contacts entre la mère et son bébé se font à travers le peau-à-peau. C'est ce qu'AJURIAGUERRA nomme « dialogue tonico-émotionnel ». Cependant, les enfants trisomiques souffrent d'hypotonie. Comment vont-ils pouvoir interagir avec leur environnement s'ils sont entravés dans les premiers mois de leur vie par un déficit tonique global ?

On sait que ces interactions permettent au bébé de connaître et d'appréhender le monde extérieur afin de se le représenter et de s'y représenter soi en tant que sujet. Comment l'enfant trisomique peut-il passer d'un corps agi à un corps agissant ? Comment peut-il prendre sa place de sujet dans son milieu ? Comment va-t-il pouvoir s'approprier les expériences, leur trouver une cohérence et y mettre un sens, s'il ne peut les vivre « correctement » ?

Le tonus semble ainsi faire défaut dans la trisomie. De nombreux auteurs ont pu vanté son importance dans le développement sensorimoteur et tonico-postural du nourrisson. Pourquoi ? Au fond, à quoi sert ce développement tonico-postural ? Que permet-il ? En quoi est-il si important ?

WINNICOTT disait : « *un enfant tout seul ça n'existe pas* ». En temps normal, les parents assurent cette présence nécessaire au développement du tout-petit. On peut imaginer dans le cas de la trisomie 21 combien les liens d'attachement parents-enfant peuvent être touchés par le handicap et les limitations qu'il impose. La plupart des fonctions communicatives – *œil, bouche, main comme supports dans le corps à l'établissement des premières relations*, sont également affectées par l'hypotonie.

Il existe donc un réel risque à ce que ces premières relations, fondamentales, soient touchées dans la rencontre de l'enfant avec ses parents. Il y aurait donc besoin d'un Autre supplémentaire pour restaurer ce lien fragilisé. Pourquoi pas le psychomotricien ? Et quel rôle à jouer en psychomotricité ? Cette discipline s'adresse au corps et au mouvement. Mais de nombreux professionnels s'intéressent aussi à cela ! En quoi le psychomotricien se différencie-t-il des autres ? Quels peuvent-être ses outils cliniques auprès d'enfants trisomiques ? Quelles peuvent être les pistes de travail dans leur accompagnement vers une autonomisation ? Sur quelles bases théoriques le psychomotricien peut-il s'appuyer ? Sur quoi le projet thérapeutique peut-il reposer ?

Dans ce mémoire, je m'intéresserai tout particulièrement à l'approche sensorimotrice de BULLINGER. Ces enfants trisomiques ont besoin d'appuis corporels que peut leur apporter le psychomotricien. Néanmoins, suffit-il d'un développement tonico-postural bien connu ? Suffit-il simplement de stimuler les postures ? Il me paraît important de rappeler à ce propos qu'il s'agit non pas d'un développement postural mais d'un développement *tonico-postural*...

Cette année, j'ai pu faire la rencontre de Jules, un enfant trisomique très handicapé dans sa rencontre avec l'Autre. Son histoire de vie est assez compliquée, ce qui ne lui a pas permis de s'organiser harmonieusement sur un plan psychomoteur. Existe-t-il un moyen de l'aider dans une réorganisation de sa psychomotricité ? Et comment peut-il devenir acteur de son soin ? Les recherches de BULLINGER ont pu m'aider tout au long de l'année à m'adapter aux besoins de Jules. C'est pourquoi, je souhaiterais revenir sur les apports de son approche sensorimotrice. En quoi ces appuis théoriques m'ont-ils permis d'éclairer ma clinique psychomotrice auprès de Jules, et d'un point de vue plus général, auprès des enfants trisomiques ? Comment ces appuis permettent-ils, à travers une modalité d'évaluation spécifique, le bilan et la formulation d'hypothèses de travail à finalité thérapeutique psychomotrice ? Autant de questions qui méritent une attention toute particulière et auxquelles je tenterai de répondre dans ce mémoire.

Ainsi, dans un premier temps, je présenterai brièvement les caractéristiques propres à la trisomie 21 pour aborder dans un deuxième temps, plus théoriquement, le développement tonico-postural de l'enfant, ce qu'il permet et ses limites observées chez l'enfant trisomique. Puis, je relaterai le suivi clinique de Jules, un enfant trisomique que je vois dans le cadre de mon stage en Institut Médico-Educatif. Enfin, j'essaierai de démontrer les apports de l'approche sensorimotrice de BULLINGER dans la clinique psychomotrice auprès des enfants trisomiques.

PARTIE I :
LA TRISOMIE 21.

A) Un peu d'histoire :

Liée à la présence d'un chromosome 21 en triple exemplaire, cette aberration chromosomique a été désignée initialement sous le nom de « mongolisme » par le Dr L. DOWN. Actuellement, cette maladie est connue sous le nom de Syndrome de Down. Elle sera la première anomalie chromosomique décrite chez l'homme par LEJEUNE, en 1959. Il la nommera Trisomie 21 en image au chromosome 21 superflu observé dans le caryotype des personnes porteuses de cette affection.

B) Une seule trisomie 21 ? :

La trisomie 21 est l'atteinte génétique la plus fréquente, soit 1 sujet sur 700 dans la population générale. Il existe quatre formes de trisomie, de la plus fréquente à la moins fréquente :

a) la trisomie 21 **homogène libre** :

Les trois chromosomes 21 sont bien individualisés au sein de toutes les cellules de l'organisme. C'est la forme de trisomie 21 la plus courante.

b) la trisomie 21 **par translocation** :

On observe une translocation du chromosome 21 superflu sur un chromosome d'une autre paire. Ce dernier est qualifié de « chromosome support ».

La symptomatologie est la même pour ces deux formes de trisomie 21.

c) la trisomie 21 **mosaïque** :

L'accident génétique survient tardivement. C'est pourquoi toutes les cellules de l'organisme ne comptent pas un chromosome 21 surnuméraire.

d) la trisomie 21 **partielle** :

Seule une partie du chromosome 21 surnuméraire est en trop.

C) Facteur de risque et diagnostic prénatal :

La trisomie apparaît suite à des accidents chromosomiques lors de la formation des gamètes. Ces aberrations sont de plus en plus fréquentes à mesure que l'âge maternel progresse. En effet, la maternité tardive est aujourd'hui le seul facteur de risque d'apparition d'une trisomie 21 reconnu et non contesté. La fréquence de la trisomie 21 augmente nettement chez les mères de plus de 35 ans.

Un diagnostic prénatal est proposé en cas de contextes particuliers (âge de la mère supérieur à 38 ans, taux anormal de marqueurs sériques dans le sang maternel, etc).

L'impact de ce dépistage, suivi ou non d'une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), a grandement influencé sur le nombre d'apparitions de nouveaux cas dans la population. Toutefois, ces chiffres soulèvent de nombreuses questions éthiques.

D) Caractéristiques physiques :

Dès sa naissance, le bébé trisomique porte les stigmates physiques de la trisomie avec un faciès très particulier et reconnaissable. Cependant, tous ne se ressemblent pas, comme j'ai pu en faire l'expérience sur mes différents lieux de stage. Sans volonté d'en dresser un portrait unique et rigide, on peut néanmoins observer chez eux :

- Une *peau* marbrée et rêche, ayant sûrement des retentissements sur le peau-à-peau précoce entre la mère et son bébé,
- *Au niveau de la tête*, le crâne est plutôt petit et rond. On note également un épaissement du pli de la nuque. *Le visage* est lui aussi plutôt rond avec une racine du nez aplatie. Les fentes palpébrales sont obliques en haut et en dehors.
- *Au niveau de la bouche*, les lèvres sont épaisses et sèches. Le palais est ogival et la langue protruse. Souvent, la dentition est retardée puis, une fois en place, désordonnée.
- *Au niveau des membres supérieurs et inférieurs*, les mains et les pieds sont plutôt petits. On observe parfois un seul pli palmaire et/ou des doigts courts chez certains enfants.

Tous ces traits physiques peuvent être peu présents, voire absents chez certains sujets trisomiques. L'enfant reste néanmoins plus ou moins marqué physiquement par la trisomie 21. Comment les parents vont-ils pouvoir alors se reconnaître dans cet enfant si différent ? Et quels impacts portés à la rencontre entre le bébé et son entourage ? Si cette dernière est fragilisée, comment le tout-petit va-t-il pouvoir se développer sur des bases affectives instables ? En temps normal, un bébé a besoin de beaucoup d'attention de la part de son entourage pour le soutenir dans son développement. Cependant, un bébé trisomique en demande encore plus car il ne dispose pas d'équipements de base suffisants. Une aide supplémentaire est donc nécessaire pour les accompagner au mieux dans leur développement.

E) La trisomie 21 : un défaut de maturation tonique.

On qualifie souvent les bébés atteints de trisomie 21 d'enfants « mous », peu réactifs et plutôt lents. Ces signes s'expliquent par un retard de maturation corticale présent dans la trisomie. Or, on sait que cette maturation permet une disparition progressive des réflexes archaïques du nourrisson. On sait également qu'elle permet à l'enfant de réguler petit-à-petit son tonus. Persistent ainsi chez l'enfant trisomique :

a) Les réflexes archaïques :

Ils disparaissent moins vite chez l'enfant trisomique. Parmi eux, le réflexe de grasping perdure un temps. Il s'agit d'un mouvement de capture involontaire de la main. On peut imaginer les conséquences concernant les conduites exploratoires et la mise en place de la préhension chez le jeune bébé trisomique.

b) L'hypotonie musculaire :

Importante et généralisée à l'ensemble du corps, elle est associée à une hyperlaxité articulaire. L'hypotonie est présente à des degrés différents selon les enfants. Certains groupes de muscles sont plus touchés que d'autres.

- 1) les *muscles dorsaux et abdominaux* : l'hypotonie musculaire ne va pas permettre à l'enfant trisomique de tenir des situations d'équilibre dans la durée telle que la station assise par exemple.
- 2) les *muscles du pied et de la main* : on peut imaginer les impacts de cette hypotonie sur la motricité car ce sont deux parties du corps servant d'appuis au déplacement et à l'exploration.
- 3) Les *muscles bucco-faciaux* : on connaît toute leur importance dans la déglutition, la phonation, la vision ou encore dans l'expressivité.

F) Troubles présents dans la trisomie 21 :

De façon générale, chaque individu atteint de trisomie 21 est confronté à de nombreuses affections : immunologiques, endocriniennes, métaboliques, hématologiques et enfin à des troubles neurologiques centraux. Ces derniers types de troubles seront, par choix personnel, plus développés dans ce mémoire. On sait que ces troubles neurocentraux sont à l'origine d'un grand nombre de désordres physiologiques, sensoriels, langagiers, intellectuels et enfin psychomoteurs.

Je tiens à noter, avant tout, que la présentation de ces troubles s'appuiera en partie sur l'étude de la trisomie faite par M. CUILLERET¹. Le reste représente mes connaissances accumulées à ce sujet dans le cadre de mes stages.

a) **Troubles sensoriels** :

1. Les troubles visuels :

Sur le plan ophtalmologique, les enfants trisomiques sont plus sujets à des troubles de type myopie, hypermétropie ou encore strabisme.

¹ CUILLERET M. (2007) , *Trisomie et handicaps génétiques associés*, p 23-26

L'enfant trisomique souffre également de troubles visuo-moteurs, empêchant un bon repérage visuel. De plus, les muscles de l'œil sont aussi sujets à l'hypotonie. Le balayage visuel est dès lors ralenti et le maintien du regard très court, faisant apparaître des nystagmus.

On observe également chez le bébé trisomique, comme le rapporte L. GALLAY², un retard des premiers contacts visuels entre la mère et son enfant. Ce contact s'établit normalement très tôt alors que dans la trisomie, il apparaît vers 7 ou 8 semaines pour se prolonger jusqu'au sixième et septième mois. Or, ce contact visuel exclusif, bien qu'il joue un rôle dans l'attachement du tout-petit, va limiter considérablement les autres conduites visuelles exploratoires qui devraient normalement se mettre en place à cet âge-là.

La vue est extrêmement importante pour l'enfant car elle lui permet d'obtenir des informations sur son environnement. De plus, les expériences visuelles donnent également des impulsions au développement moteur, langagier ou cognitif de l'enfant. De même, la vision participe à son développement affectif et social.

2. Les troubles auditifs

Plus d'un enfant sur deux est porteur dans son enfance d'un trouble auditif mineur. Beaucoup sont gênés par des infections ORL à répétition. L'otite séreuse représente une des causes de baisse de l'audition chez certains enfants trisomiques.

Selon M. CUILLERET, le champ auditif des enfants trisomiques est différent du nôtre. En effet, certains sons peuvent être vécus comme douloureux. De plus, la perception des rythmes, de la parole par exemple, est également touchée. Or, les acquisitions langagières dépendent de cet échange auditif entre l'enfant et son environnement. Elles risquent alors d'être retardées et d'aboutir à des troubles du langage plus ou moins lourds. Ces derniers seront abordés un peu plus loin dans le mémoire.

2 <http://www.t21.ch/conseils-et-ressources/prise-en-charge-medicale/ophtalmologie/>

3. Les troubles de la sensibilité :

Ils sont constants mais à des intensités variables.

La sensibilité n'est pas la même chez les enfants trisomiques. En effet, celle du toucher est diminuée, gênant alors les conduites exploratoires nécessaires au développement du tout-petit. De plus, certains enfants ont un seuil de douleur abaissé, ce qui peut être très dangereux pour eux car ils peuvent se mettre en danger.

Tous les flux sensoriels sont vécus différemment et parfois de façon peu cohérente. Ainsi, la sensation tactile ne correspond pas toujours avec le visuel de l'objet. Certains enfants peuvent apparaître très anxieux face à certaines sensations ou stimulations. Dans des cas extrêmes, des irritabilités peuvent naître.

4. Les troubles gustatifs et olfactifs :

Il faut également noter des *troubles gustatifs et olfactifs*.

Je tiens à souligner l'importance de la qualité gustative et olfactive dans les premières interactions de la mère avec son enfant, notamment dans la situation d'allaitement. En effet, c'est grâce à l'odeur maternelle que l'enfant va pouvoir s'orienter vers le sein. C'est aussi grâce à « *l'odeur du sein de sa maman, sa voix qui chantonne [...], ses yeux qui cherchent le regard [...]*³ » que peut se préfigurer « *une bonne et solide image corporelle chez le bébé* ». On peut également imaginer le rôle du goût du lait maternel dans le plaisir que l'enfant peut éprouver à travers l'expérience plaisante de l'allaitement.

b) Les troubles intellectuels et cognitifs :

Presque tous les enfants porteurs d'une trisomie 21 présentent une déficience mentale et intellectuelle plus ou moins lourde. Son apparition dépend de nombreux facteurs dont il faut tenir compte : *histoire relationnelle du sujet, environnement, capacités psychiques de base, etc.*

3 VASSEUR R., DELION P. (2011), *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, p.179.

La limitation intellectuelle, observée chez certains enfants trisomiques, concernerait l'accès à la pensée symbolique ainsi que les capacités d'abstraction (ou traitement de l'information). Ces dernières seraient apparemment difficiles, voire impossibles pour certains enfants. De plus, l'enfant trisomique aurait plus de facilité à analyser qu'à synthétiser. Ainsi, il percevrait principalement certains éléments d'un objet (sa forme, sa couleur, sa texture, etc) mais ne serait pas capable de globalisation et de généralisation.

Le bébé atteint de trisomie présenterait alors des risques de handicaps cognitifs, plus ou moins lourds, par rapport à toutes les limitations sensorimotrices que la trisomie lui impose. Le tout-petit, par manque de moyens, ne va pas pouvoir interagir suffisamment avec son milieu externe. On peut également imaginer les impacts portés à la rencontre des parents avec leur enfant lorsque, je serai tentée de dire, ce *cordon ombilical sensoriel* est fragilisé. En effet, c'est par ses sens que le bébé peut entrer en communication avec son environnement.

Ces difficultés cognitives seront à l'origine de troubles langagiers.

c) Les troubles langagiers :

Le bébé trisomique est souvent décrit comme « trop calme », apathique et peu réactif. Comme nous avons pu le voir précédemment, le nourrisson est handicapé dans ses premiers contacts oraux avec sa mère et avec les objets de son environnement. Or, l'oralité est la première expérience de plaisir du bébé selon FREUD. Elle concerne également tout ce qui touche à la nutrition, à la voix, à la parole, au chant, etc. L'oralité peut être définie comme une forme de pré-langage. Si cette dernière est touchée dans la trisomie 21, on peut imaginer les difficultés d'accès au langage.

De plus, il a été montré que l'apparition du sourire-réponse, comme des lallations, est retardée chez le bébé trisomique. Plus tard, les gestes et mimiques deviendront pour lui un moyen, parfois le seul, pour communiquer avec autrui. Même lorsque le langage est acquis, les enfants trisomiques peuvent souffrir de graves troubles de l'articulation. L'hypotonie bucco-faciale, associée à une protrusion de la langue, ne leur permet pas d'articuler aisément.

Il faut également noter que l'enfant trisomique reste toujours plus ou moins très labile sur le plan de l'attention. De même, il pourra devenir très instable, fatigable et anxieux, ce qui ne favorisera pas les conduites de communication avec autrui. Or, c'est son intégration sociale qui en dépend.

d) Les troubles psychomoteurs :

L'enfant trisomique traverse les mêmes étapes du développement psychomoteur d'un enfant ordinaire. Toutefois, les acquisitions sont plus tardives à cause du retard de maturation neurologique. Dans la trisomie, l'hypotonie est associée à une hyperlaxité articulaire. Ces deux modalités vont considérablement retarder le développement psychomoteur de l'enfant trisomique.

- Préhension :

Le développement de la préhension est retardé. Par exemple, la pince fine n'est acquise qu'entre 18 et 22 mois, contre 9 mois en temps normal. En conséquence, la tenue du crayon sera également touchée. La qualité du graphisme, comme celle de l'écriture, peut gravement être touchée suite à ce retard de développement.

- Posture :

Le développement postural est globalement retardé :

- le **contrôle de la tête** s'observe après 6 mois, dans le cas de la trisomie, contre 3 mois en temps normal,
- le **maintien de la station assise** apparaît vers 10 ou 11 mois contre 8 mois pour un développement normal,
- la **marche** est acquise entre 30 et 36 mois, au lieu de 12 à 18 mois

Il me paraît important de rappeler que ces âges donnés font partie d'une moyenne. Il existe évidemment des écarts entre chaque enfant trisomique.

- Espace :

Pendant longtemps, l'enfant trisomique perçoit son corps de façon très globale, rendant flou la perception de son **schéma corporel**. Cela s'explique par un manque de représentations mentales occasionné par la mise en place tardive de la permanence de l'objet. Cependant, c'est grâce à cette acquisition que peuvent naître les premières représentations mentales : c'est parce que j'ai pu créer une image sensorielle et mentale de cet objet que je peux me le remémorer et me le représenter en son absence.

La **latéralité** de l'enfant trisomique se met également en place tardivement.

L'**orientation spatiale** dépend de la qualité du schéma corporel ainsi que de facteurs affectifs. En effet, un enfant trop lié à sa mère ne pourra pas avoir la capacité de se déplacer seul dans l'espace par rapport à lui-même. De plus, il faut que l'enfant puisse bénéficier d'un bon schéma corporel, *ce qui n'est pas le cas dans la trisomie*, pour évoluer en toute conscience corporelle dans son environnement.

- Temps :

Les enfants trisomiques présentent un temps de latence plus long qu'en temps normal. Il peut parfois être très long. Tous les parents n'en ont pas conscience et ne comprennent pas, parfois, quel est le problème : leur enfant ne semble pas comprendre ou ne pas vouloir exécuter ce qui lui est demandé. En réalité, l'enfant trisomique met plus de temps à répondre mais bien souvent, les parents peuvent finir par le faire à sa place trouvant le temps de réponse trop long.

G) Quelles conséquences à une sensorimotricité fragilisée ?

Qu'est-ce que la sensorimotricité ? Quel peut être son rôle dans le développement du tout-petit ? Quels risques développementaux encourent les enfants porteurs de trisomie 21 en cas de sensorimotricité fragilisée ?

PIAGET décrit une période, dans les 18 premiers mois du le bébé, qu'il nomme stade sensorimoteur. C'est par ses sens, et par ses actions, que le tout-petit va pouvoir entrer en contact avec son milieu et en être informé. Cette période sensorimotrice va participer activement à la mise en place de son développement cognitif. Enfin, il ne faut pas oublier que la sensorimotricité est le sous-bassement de la psychomotricité, d'une motricité pensée et représentée.

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'équipement sensoriel et tonique des enfants trisomiques est déficitaire. On peut alors imaginer les handicaps portés à leur sensorimotricité. Si cette dernière est limitée chez l'enfant trisomique, comment va-t-il pouvoir construire une bonne psychomotricité, une façon d'être au monde adaptée à son environnement ? Comment va-t-il pouvoir se développer harmonieusement ? Quels peuvent être les impacts de la trisomie sur le développement de l'enfant ?

Ainsi, nous allons maintenant nous tourner vers une présentation du développement tonico-postural de l'enfant afin de comprendre, en parallèle, quels peuvent être les impacts des troubles observés dans la trisomie 21 sur le développement de l'enfant trisomique.

PARTIE II :

LE DÉVELOPPEMENT TONICO-POSTURAL

Beaucoup d'écrits, de différents auteurs, ont pu être consacrés au développement de l'enfant. Pour ce mémoire, mes choix se porteront principalement sur les points de vue théoriques développés par A. BULLINGER dans son livre, *Le développement sensorimoteur de l'enfant et ses avatars*.

Avant toute chose, il me paraissait important de revenir sur la notion de « développement de l'enfant ». Le développement peut être défini comme une succession d'étapes, un processus permettant au petit d'homme de passer d'un état de dépendance totale à un état plus autonome, en bref de s' « auto-nommer » en tant que sujet unique et à part entière. Ce processus développemental se fait sur plusieurs plans : *moteur, psychomoteur, intellectuel, psycho-affectif, sensoriel, etc.* Cette période de vie est essentielle car elle voit naître chez l'enfant de nombreuses acquisitions. Il s'agit donc d'une période assez critique pour les enfants trisomiques.

Pour présenter ce développement de l'enfant, toujours dans un souci de le penser en termes de trisomie, j'ai donc fait le choix de construire ma rédaction selon une double vision : d'un côté, le développement ordinaire, de l'autre, des informations et des hypothèses concernant celui d'un enfant porteur de trisomie 21. De même, bien que le tonus et la posture soient deux modalités intriquées dans le développement de l'enfant, ces deux notions seront abordées séparément afin de mieux comprendre leurs propriétés et rôles à jouer dans le processus développemental.

A) TONUS :

Le tonus est un état de tension permanente des muscles, même au repos. Nous allons maintenant voir ses différentes caractéristiques.

a) Les différents types de tonus :

1) Le tonus de fond :

C'est un degré de tension musculaire, présent même au repos. Il est à l'origine de toute activité statique ou cinétique. En l'évaluant, on cherche à évaluer le degré de maturation neurologique du nourrisson.

Chez l'enfant trisomique, c'est le tonus de fond qui fait défaut. Ce tonus restera déficitaire, handicapant l'enfant trisomique dans ses activités, malgré la mise en place tardive de la maturation neurologique.

2) Le tonus d'action :

Il se manifeste par le degré de tension d'un muscle impliqué directement ou indirectement dans l'activité motrice.

Le tonus d'action n'est pas touché dans la trisomie. Il peut être mobilisé dans un contexte émotionnel particulier. Bien souvent, on l'observe de façon démesurée, pouvant rigidifier l'enfant dans son corps.

3) Le tonus postural :

C'est un état de tension musculaire permanent et involontaire permettant à l'organisme de conserver une position donnée dans l'espace. Il permet le maintien de l'équilibre statique et dynamique.

Nous parlons de développement tonico-postural. Or, l'hypotonie est une caractéristique propre à la trisomie. C'est pourquoi, si le tonus est touché, la posture l'est aussi en conséquence.

b) Évolution du tonus :

Dans les premiers mois de vie du nourrisson, la répartition tonique est dépendante de la maturation neurologique. Le bébé naît avec une hypertonie des membres et une hypotonie du tronc. Cette répartition tonique va s'inverser au fur et à mesure dans le temps. À la naissance, nous ne disposons donc pas d'une autonomie de régulation tonique. La répartition du tonus se fera selon la loi de maturation tonique dans le sens céphalo-caudal (de la tête aux pieds) puis proximo-distal (du tronc aux extrémités des membres). À 7 mois, l'enfant peut enfin connaître un certain équilibre tonique. Cette régulation lui permet de passer d'une motricité dite archaïque et réflexe, à une motricité plus dirigée, autonome et volontaire. Prenons le grasping comme exemple. Lorsqu'on effleure ou que l'on presse la paume de la main du bébé, une flexion palmaire s'observe en réponse. Le réflexe du grasping disparaît normalement à 4 ou 5 mois, en moyenne, après la naissance. La disparition de ces réflexes est nécessaire pour que l'enfant puisse développer une préhension volontaire et de plus en plus maîtrisée.

Le retard de maturation neurologique présent dans la trisomie entraîne une disparition tardive des réflexes. On peut imaginer les répercussions sur l'exploration et la manipulation d'objets du bébé trisomique concernant le grasping.

c) Moyens de régulation tonique :

Dans son étude sensorimotrice, BULLINGER⁴ nous fait part de plusieurs niveaux de régulation tonique. L'enfant est un être social en constante interaction avec son environnement. Ce milieu va lui apporter matière à réagir et à répondre aux stimulations externes. Ces dernières vont également produire des effets internes à l'organisme.

4 BULLINGER A. (2004) *Le développement sensorimoteur de l'enfant et ses avatars*, p.147

1) Les états de vigilance :

Ces états fonctionnent de manière plutôt autonome. Le bébé passe rapidement d'un état de vigilance à un autre. On qualifie leur fonctionnement de « tout ou rien ». Cette discontinuité permet de reconnaître clairement dans quel état se trouve le nourrisson. De plus, chaque état est accompagné d'un niveau tonique caractéristique, ainsi que d'une disponibilité différente aux stimulations extérieures. Si ces dernières désorganisent le bébé, le passage d'un état à un autre va s'accompagner de brusques effondrements toniques.

Le niveau de vigilance des enfants trisomiques nécessite des arrêts plus fréquents dans les interactions. On note parfois de nombreux changements de vigilance en très peu de temps. De plus, l'enfant n'est pas toujours disponible au même moment que le parent, et réciproquement. C'est pourquoi la dynamique des interactions se trouve parfois très perturbée.

2) Les flux sensoriels :

Les flux sensoriels jouent également un rôle sur la régulation de l'état tonique du nouveau-né. Ils représentent un apport continu et orienté d'un agent susceptible d'être détecté par les systèmes sensoriels archaïques. Ces flux proviennent non seulement de l'environnement physique mais avant tout, du milieu humain.

Ils sont de différents types : vestibulaires, olfactifs, gustatifs, auditifs et visuels.

Les flux sensoriels entraînent chez le bébé un enchaînement de réactions tonico-posturales. La première est une réaction d'alerte, définie par un recrutement tonique de tout l'ensemble du corps. La seconde est une réponse d'orientation de l'organisme dans la direction, ou à l'opposé, de la source du flux. Parce que l'enfant se sera habitué au flux, il pourra se réguler et se préparer toniquement pour se tourner vers les deux dernières réactions. Il va ainsi pouvoir évaluer la distance le séparant de la source du flux, pour ensuite envisager une conduite de consommation, d'exploration ou de manipulation. C'est à force de répétition que l'enfant va pouvoir extraire des invariants de ces flux et ainsi construire des conduites instrumentales de plus en plus organisées.

L'enfant trisomique peut réagir de façon exagérée à la perception d'un flux. De plus, comme nous avons pu le voir précédemment, il est sujet à de nombreux troubles sensoriels. Toutes ces limitations motrices et sensorielles ne lui permettent pas de se préparer convenablement sur un plan tonique et postural. L'enfant trisomique peut toujours être surpris par un même flux, ne pouvant pas alors accéder à une instrumentation de ses conduites et faisant naître parfois des formes d'irritabilité sensorielle. L'acquisition d'un équilibre sensori-tonique est donc difficile chez l'enfant trisomique.

3) Le milieu humain :

Le milieu humain joue un rôle important et privilégié dans la régulation tonico-postural du nourrisson. Le bébé est bombardé de réactions toniques à l'origine d'émotions assez brutes qu'il vit dans son corps. La dyade mère-bébé va donc l'aider à trouver un équilibre tonico-postural adapté à travers le portage, le peau-à-peau ou encore, grâce à l'interpénétration des regards. Le milieu humain joue donc le rôle de pare-excitation des états toniques du nourrisson. AJURIAGUERRA parle de « dialogue tonico-émotionnel ». Il s'agit d'une première forme de communication entre l'enfant et sa mère de nature non-médiatisée. C'est un langage corporel informant chaque protagoniste sur l'état tonico-émotionnel de l'autre. De même, c'est en miroir aux réactions tonico-posturales de l'Autre que le bébé peut être informé de son propre état tonique. Ce dialogue lui permet de construire petit à petit une image de lui-même, une représentation de son organisme.

La rencontre entre l'enfant trisomique et son environnement peut être une source de dysfonctionnements à ce dialogue tonique. L'image d'un bébé « mou » et peu réactif aux stimulations parentales est un des facteurs fragilisant les premières interactions. De plus, la peau de l'enfant trisomique est rêche et sèche. Les premiers contacts de peau-à-peau peuvent donc être difficiles pour les parents par manque d'une peau de bébé douce et agréable au toucher. De plus, quelle peut être la qualité de l'échange de regards si des troubles visuels sont présents chez le bébé ?

4) Les représentations :

À chaque action du bébé est associée une représentation. Cependant, lorsque l'action cesse, la représentation disparaît elle-aussi. Ces premières formes de représentation sont appelées « proto-représentations ». Elles sont sensorimotrices. Elles serviront d'appui à la mise en place des représentations à proprement parlé, permettant la constitution de conduites instrumentales, c'est à dire de conduites transformées. À force de répétition, le bébé devient capable d'anticiper la situation parce qu'elle a pu être mise en sens auparavant par le milieu humain. Ainsi, l'enfant peut retrouver des sensations familières qu'il va pouvoir intérioriser comme des invariants à partir desquels peuvent se créer des représentations durables. Il va également pouvoir se préparer sur le plan tonico-postural et ainsi organiser de plus en plus son action.

d) Fonctions du tonus :

1) Le tonus comme base du mouvement :

La fonction posturale est sous tendue par la fonction tonique. En effet, c'est l'état tonique du bébé qui va déterminer la mise en forme de son corps dans l'espace, lui permettant d'agir sur son milieu. En ce sens, le tonus représente une réelle base du mouvement. Grâce à la régulation tonique, le mouvement peut s'affiner et devenir un geste fin, fluide et orienté. Ainsi, la qualité de la motricité, comme des coordinations ou des dissociations, va dépendre de la qualité de maturation tonique.

2) Le tonus comme support des émotions :

L'apport théorique de WALLON s'avère fondamental à ce sujet car il a su montrer l'articulation entre tonus et émotion. AJURIAGUERRA reprendra ce principe plus tard en parlant, notamment, du dialogue tonico-émotionnel. Pour WALLON, le corps sert de support à l'expression des émotions. C'est la tonicité qui l'anime. Toutes les émotions entraînent des variations toniques différentes et inversement, tout état tonique fait naître des émotions différentes. Un lien existe donc entre les deux.

Si l'on prend l'exemple d'un nourrisson se trouvant dans une tonicité peu régulée, ses premiers affects s'exprimeront sur la base de spasmes et de crispations. Cependant, ces décharges toniques deviennent progressivement un mode de communication lui permettant d'exprimer ses besoins auprès de son entourage. C'est parce que son état de tension entraînera une réponse de la part de son environnement que l'enfant pourra l'investir comme un moyen de communication.

3) Le tonus comme support à la communication non-verbale et comme moyen d'expression psychique du sujet :

Comme nous l'avons vu précédemment, la fonction tonique représente une forme primitive de communication entre l'enfant et son environnement. Les émotions du bébé retranscrivent dans quel état psychique il peut se trouver. Elles donnent également des informations sur le vécu du nourrisson. Cet échange se fait au départ par le corps, seul moyen de communication pour le bébé à ses débuts. Ce peau-à-peau permet un dialogue infra-verbal entre les deux protagonistes.

Toutes ces fonctions nous montrent à quel point l'enfant trisomique peut se retrouver handicapé dans l'accordage avec son environnement. Le tonus étant déficitaire, comment l'enfant trisomique peut-il trouver une réponse à ses émotions ? Par quel moyen peut-il les exprimer ? Comment le dialogue tonique peut-il être vécu et compris entre la mère et son bébé trisomique ? Comment l'entourage du bébé peut-il en comprendre quelque chose, y mettre des mots dessus ?

B) POSTURE

a) Définition

La posture est la position du corps ou d'une de ses parties dans l'espace.
Elle est soumise à la pesanteur.

Lorsque des segments corporels assurent un appui fixe au corps du bébé, d'autres parties sont libérées pour lui permettre d'explorer son environnement. Il est important de noter qu'une posture se tient grâce à un tonus axial suffisant et adapté.

Deux cas de figure sont possibles dans la trisomie. D'un côté, certains enfants subissent tout le poids de l'hypotonie et se retrouvent alors comme « écroulés » par la pesanteur, en cyphose dorsale prononcée. D'un autre côté, certains enfants se rigidifient avec tonicité pour contrecarrer ce déficit tonique axial. Le blocage respiratoire peut jouer un rôle dans ce maintien exagéré d'une verticalité. Dans les deux cas, on observe des répercussions sur les postures qui sont alors soit mal tenues, soit bloquées.

b) Développement postural :

Le développement postural concerne les étapes conduisant l'enfant de la position allongée à la position debout. Au cours de cette évolution, l'enfant maintiendra d'abord sa tête avant de pouvoir se tenir assis puis debout. Cette progression est liée à une loi de maturation selon laquelle le renforcement du tonus des muscles se fait d'abord au niveau du cou, puis du tronc, et enfin au niveau des membres inférieurs.

Les acquisitions posturales se font plus ou moins précocement selon le développement de l'enfant.

Comme nous avons pu le voir précédemment, la posture est dépendante du tonus. C'est pourquoi le développement postural s'appuie sur l'état et le degré tonique de l'enfant. Selon BULLINGER, nous pouvons distinguer deux postures de base : les postures symétriques et les postures asymétriques.

1) La posture symétrique :

L'hypotonie axiale et l'hypertonie segmentaire s'observent à la naissance en posture symétrique. Le nourrisson se retrouve ainsi en attitude de flexion des membres, ramenant ses mains au niveau de sa bouche. Ces dernières participent alors activement aux conduites exploratoires orales du bébé, primordiales dans ses premiers mois de vie.

La zone orale représente un premier mode d'exploration et de capture de l'environnement. Le tout-petit va en faire un véritable outil d'action de son milieu. Le bébé est d'ailleurs animé par de nombreuses activités de succion dans les premiers mois de vie. Cette phase d'exploration orale tactile est importante car elle permettra plus tard à l'enfant de s'en libérer progressivement afin de se tourner vers une utilisation de cette zone comme lieu de production de sons et de la voix.

Comme nous avons pu le voir précédemment, le déficit tonique axial du bébé entraîne chez lui une cyphose dorsale prononcée. C'est pourquoi il est quelquefois compensé par un blocage respiratoire afin de redresser le buste. On parle de « tonus pneumatique » en référence au terme utilisé par A. BULLINGER. Cependant, cette compensation tonique limite considérablement la durée d'interaction avec l'environnement. En effet, « *le buste s'effondre lorsque l'enfant reprend sa respiration et le contact avec autrui est perdu*⁵ ». Il faut également savoir que le tonus pneumatique à long terme empêche la construction de l'axe corporel.

De plus, le bébé ne dispose plus du contact-dos enveloppant qu'il a pu connaître in utero. La recherche de cet arrière-plan sécurisant est observable dans ses mouvements d'extension. Mais progressivement, la musculature assurant la flexion du buste va se mettre en place permettant une équilibration entre la flexion et l'extension : c'est l'acquisition du haubanage avant/arrière, décrit par BULLINGER. Le bébé devient capable de maîtriser seul son buste. Le tonus pneumatique peut alors s'estomper, tout comme la cyphose dorsale, et le regard se stabiliser. Simultanément, la fonction visuelle périphérique se coordonne avec la fonction focale, moins archaïque. Cette coordination va permettre à l'enfant de connaître une exploration oculaire du milieu nettement plus active.

Un défaut d'haubanage avant-arrière est parfois repérable chez certains enfants trisomiques. Un « appui-dos » est alors nécessaire pour tenir dans la durée une certaine verticalité. Sans cette aide, ces enfants s'écroulent à l'avant dans une cyphose dorsale très prononcée. D'autres compensent ce déficit tonique axial par un tonus pneumatique qui, à long terme, peut avoir des effets néfastes sur les capacités d'exploration et de rotation du buste.

5, 4, *ibid.*, p.92

2) Les postures asymétriques :

Les postures asymétriques s'observent plus tard lors de l'acquisition du contrôle de la tête et de la maîtrise du buste. Chaque hémicorps peut devenir progressivement indépendant de l'autre grâce aux progrès de maturation neurologique. La répartition tonique est également asymétrique. Le côté où la tête est tournée est le plus tonique. L'hémicorps opposé, moins tonique, jouera lui un rôle d'appui, permis par la courbure de la colonne vertébrale et le contact de l'ischion du côté opposé à celui où la tête est tournée.

Dans ce type de postures, l'enfant peut apercevoir son bras, en extension, dans son champ de vision. Il pourra ainsi vivre ses premières expériences oculo-manuelles. Dans cette position, le bébé est également plus ouvert sur le milieu environnemental et peut se décentrer, progressivement, de la zone orale qu'il privilégiait auparavant.

Les postures asymétriques peuvent se coordonner grâce à des mouvements de bascule latérale. Au départ, l'enfant se meut par des oscillations. Ces dernières ont pour rôle de préparer la mise en place de la rotation qui permettra au bébé de passer aisément d'une position à l'autre. C'est la zone orale qui assurera au départ le lien entre chaque hémiespace droit et gauche du bébé : l'objet est porté à la bouche puis passé de l'autre côté. Progressivement, la dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne va permettre une meilleure maîtrise du mouvement de rotation, libérant la zone orale de sa fonction de relais. BULLINGER parle d'« haubanage droite/gauche ». Cette rotation du corps s'effectue autour d'un axe médian : c'est l'axe corporel. Ce dernier jouera un rôle dominant dans la mise en place des conduites instrumentales du bébé ainsi que dans ses capacités de préhension. En effet, si un enfant peut se tenir seul, il est alors capable de libérer une de ses mains de sa fonction d'appui pour saisir et manipuler un objet. La manipulation du bébé ne sera alors plus dépendante de sa posture. De même, il deviendra capable, plus tard, de saisir un objet se situant dans son espace gauche avec sa main droite et d'ainsi franchir la limite de l'axe médian.

Chez certains enfants trisomiques, la dissociation entre les ceintures scapulaire et pelvienne est difficile. L'hypertonie d'action va venir bloquer les épaules, ramenant les bras en chandelier près du corps et empêchant la rotation d'une posture à l'autre. La triangulation œil -main-bouche est souvent touchée par ces mouvements d'hyperextension. La tête rejetée en arrière, l'enfant peut difficilement porter des objets à la bouche. Le regard ne peut être dirigé. En conséquence, ce sont toutes les praxies manuelles et toutes les coordinations oculo-manuelles qui seront perturbées. Or, c'est à travers cette triangulation que l'enfant va pouvoir découvrir son monde. Comment ces enfants trisomiques vont-ils pouvoir explorer et comprendre leur environnement ?

c) Lien entre espace et postures :

L'enfant passe par plusieurs étapes au cours de son développement postural. À la naissance, aucun lien n'existe entre les espaces gauche et droit du bébé. L'enfant est enroulé sur lui-même en position symétrique, ses membres en flexion. Il se retrouve ainsi centré sur son **espace oral**.

L'hypotonie ne permet pas toujours à l'enfant trisomique de connaître ces schèmes d'enroulement. La zone orale ne peut être suffisamment investie. De plus, cet espace oral est également perturbé par la présence d'une hypotonie bucco-faciale, pouvant handicaper l'enfant dans ses situations de nourrissage. Il existe également un risque que l'enfant reste bloqué dans des stimulations orales répétées par manque de maîtrise de cet espace.

Les postures asymétriques permettent donc au bébé de se décentrer de cet espace oral pour pouvoir se tourner progressivement vers les espaces gauche et droit. Comme nous avons vu pu le voir précédemment, c'est la bouche qui va assurer un relais entre ces deux espaces.

Le redressement du buste permet également une progressive maîtrise de sa rotation. Les espaces gauche et droite peuvent alors se coordonner pour finalement s'unifier en un seul et même espace : **l'espace de préhension**. L'enfant ne manipulera un objet que si ce dernier se trouve dans cette limite d'espace de préhension. « *À cet espace de préhension unifié correspond une représentation de l'organisme, elle aussi unifiée par la constitution de l'axe corporel qui articule les différents espaces créés par les postures*⁶ ».

Lorsque l'enfant sera capable de se mouvoir aisément dans son milieu, faisant de lui un « mobile articulé », cet espace de préhension pourra également se déplacer. L'enfant pourra alors choisir de faire entrer ou sortir un objet de cet espace de préhension.

Comme nous avons pu le voir précédemment, la maîtrise du buste peut être handicapée chez certains enfants trisomiques. Or, on sait qu'elle est nécessaire à la mise en place de l'axe corporel. Si cet axe est défaillant, la construction de cet espace de préhension sera également perturbée.

Toute cette partie théorique m'a permis d'appréhender le développement tonico-postural et tout ce qui peut se jouer dans cette période de vie que traverse tout enfant. Elle a également été essentielle pour voir où pouvaient se situer les difficultés de certains enfants trisomiques. Cependant, la théorie n'a d'intérêt qu'au service de la clinique. C'est pourquoi je vais maintenant vous présenter l'histoire de Jules, un enfant trisomique, que je vois dans le cadre de mon stage en Institut Médico-Educatif et avec qui la théorie a pu prendre tout son sens.

6, 4, *ibid.*, p.165

PARTIE III : **CLINIQUE**

A) Présentation de mon lieu de stage :

Il s'agit d'un Institut Médico-Éducatif accueillant à ce jour, 70 enfants et adolescents de 6 à 20 ans. Tous présentent une déficience intellectuelle, moyenne à sévère, ainsi que des troubles de la relation. Par déficience, on entend « *une limitation significative, persistante et durable des capacités intellectuelles d'un sujet par rapport aux sujets normaux du même âge*⁷ ». Souvent, la population accueillie présente également des troubles de la personnalité et/ou des troubles moteurs associés.

a) Accueil et admission :

L'enfant est orienté vers l'Institut suite à une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Dans un premier temps, la famille est reçue par la directrice qui présentera, à cette occasion, l'établissement et son fonctionnement. Si la famille maintient sa demande d'entrée en institution, une consultation d'admission est proposée avec le médecin psychiatre et la psychologue afin de déterminer si l'établissement est à même de répondre aux besoins de l'enfant. Suite à l'admission, on laisse à l'enfant une période d'adaptation d'environ 3 mois avant toutes prises en charge. Son projet individualisé se construit suite à la réalisation des différents bilans effectuée par l'équipe pluridisciplinaire. De plus, on attribue à l'enfant un éducateur référent faisant parti du groupe d'enfants dans lequel il sera reçu. L'éducateur sera plus particulièrement chargé d'assurer un lien entre les prises en charge de l'enfant. Il représente un interlocuteur privilégié pour l'équipe comme pour la famille. Cette forme de dialogue permet de réajuster régulièrement le suivi de l'enfant.

b) Fonctionnement :

Chaque jeune est accueilli sur un des 6 groupes de référence, mixtes, et composés d'environ 6 à 12 jeunes d'une même tranche d'âge. Chaque groupe est encadré par 2 référents (éducateurs, moniteurs éducateurs et/ou Aides Médico-Psychologiques). Les pathologies sont variées pour un même groupe d'âge, les rendant alors très hétérogènes.

7 <http://www.afpssu.com/Deficience-intellectuelle--978.html>

L'Institut Médico-Éducatif s'organise en 2 cycles :

- L'Institut Médico-Pédagogique (IMP) qui comprend 3 groupes d'enfants âgés de 6 à 14 ans.
 - Le premier groupe, celui des « *petits* » (6-10 ans) poursuit des objectifs de socialisation, d'expression des conflits, de travail de la séparation, d'éveil psychique par des jeux libres. La propreté est également travaillée.
 - Les deux autres groupes, dits « *intermédiaires* » (11-14 ans) préparent les jeunes à l'intégration de l'Institut Médico-Professionnel, rattaché à l'Institut Médico-Pédagogique. Le but de ces deux groupes est de maintenir une progression des acquis antérieurs tout en poursuivant un travail d'autonomie personnelle.
- L'Institut Médico-Professionnel ou IMPro, comprenant 2 groupes de jeunes de plus de 16 ans. Les jeunes sont encouragés à se préparer à l'orientation vers le monde du travail et/ou vers le monde adulte, tout en veillant au maintien des acquis antérieurs. Tous n'ont pas les capacités motrices et/ou intellectuelles suffisantes pour intégrer un établissement spécialisé d'aide par le travail (ESAT).

Il faut rappeler que depuis la mise en place de l'amendement Creton, tout IMPro se trouve dans l'obligation d'accueillir temporairement les jeunes adultes de plus de 20 ans en attente d'une place dans un établissement pour adultes.

c) Accueil à la journée et accueil de nuit :

Les enfants sont accueillis à la journée mais un internat séquentiel, dotés de 8 lits, peut être proposé dans certains cas. Concernant l'accueil à la journée, chaque jeune est pris en charge à son arrivée en taxi par les équipes éducatives et pédagogiques. La journée est rythmée d'activités, de sorties, mais aussi de séances de rééducation. Le soir, les enfants rentrent en taxi chez eux ou sont directement pris en charge par les éducateurs s'occupant de l'internat séquentiel. Les transports en taxi sont à la charge de l'établissement.

d) Organisation de l'équipe :

Une équipe pluridisciplinaire est à même de répondre aux besoins spécifiques de chaque enfant. Elle est composée :

- d'un **service médical** (*psychologue, médecin psychiatre, psychomotricienne, orthophoniste, kinésithérapeute et infirmière*). Les professionnels de ce service interviennent seulement auprès de l'enfant si une prescription médicale est faite.
- d'un **service éducatif** constitué de *2 chefs de service éducatif, d'éducateurs spécialisés, d'éducateurs techniques, de moniteurs éducateurs, d'Aides Médico-Psychologiques*. Pour l'internat, des *moniteurs éducateurs et une surveillante de nuit* sont à disposition.
- d'un **service social** assuré par *2 assistantes sociales*.
- d'un **service administratif** comprenant la *direction* et le *secrétariat*.
- d'un **service pédagogique** avec des *enseignants spécialisés*.
- de **services généraux** (*cuisine, ménage, entretien, etc...*).

La présentation de mon lieu de stage étant faite, je vais désormais vous parler de Jules, un jeune enfant trisomique que j'ai pu rencontrer lors de mon stage de troisième année dans cet Institut Médico-Éducatif.

B) Jules :

a) Présentation :

Jules est un petit bonhomme âgé de 11 ans depuis février 2012.

Il est atteint d'une trisomie 21 associée à une déficience intellectuelle lourde ainsi qu'à une hypoplasie vermiennne. Je reviendrai sur ce terme technique un peu plus loin.

Jules fait plus petit que son âge. Il revêt cette image d'enfant fragile que l'on aurait envie de protéger et de prendre sous son aile. Il est fin, élancé, avec un visage rond, presque poupon, lisse mais très expressif. Il a de petits yeux bleus, un petit nez très fin ainsi qu'une petite bouche ronde, aux lèvres couleur cerise, faisant apparaître ses petites dents blanches lorsqu'il se met à sourire. Il porte des petites lunettes rectangulaires, attachées à son pull avec une épingle, qu'il aime enlever dès qu'il arrive en salle de psychomotricité. Jules porte des chaussures assez hautes et épaisses du fait de ses semelles orthopédiques conséquentes, lui assurant une démarche toute particulière.

Jules est un enfant qui ne parle pas mais qui sait faire part de ses besoins. Il connaît le « encore » du Makaton mais l'utilisation d'autres gestes signés reste très limitée. Cette limite verbale le frustre souvent, pouvant le mettre dans des états d'auto-agression : il se tape le menton avec le dos de sa main pour exprimer qu'il n'est pas content par exemple. Jules comprend ce qu'on lui dit et est capable de répondre à nos demandes. Jules investit également l'espace de façon très sonore par ses nombreux bruits de bouche et de gorge. Parfois trop bruyant, Jules est fréquemment rappelé à l'ordre, voire puni par ses éducateurs.

Jules est un enfant qui reste assez dans la répétition et très peu ouvert à la nouveauté, qui peut parfois beaucoup l'irriter. Il nous le signifie clairement en séance lorsqu'il retourne s'asseoir sur le banc près de ses chaussures. Jules n'aime pas vraiment qu'on le touche. Cela a le don de le faire immédiatement réagir. Il accepte toutefois les contacts médiatisés.

Jules a pu être très attiré auparavant par les véhicules. Il vérifiait si les portes étaient ouvertes et, si c'était le cas, montait dedans. Jules était très vite stoppé par les éducateurs avant d'arriver à ce qu'il comptait faire – ce que nous n'avons jamais su d'ailleurs... Cet attrait pour les véhicules tend à diminuer actuellement, voire à se stopper. Toutefois, de les voir ou de les entendre continuent de solliciter chez lui une vive attention. Nous pouvons le constater en séance lorsque Jules stoppe toute activité en cours au bruit d'un véhicule.

1) Anamnèse :

- **Diagnostic et suivis** :

Jules est atteint d'une trisomie 21 associée à une déficience intellectuelle sévère et à une hypoplasie vermiennne. Il s'agit d'un défaut de développement du vermis ; cette structure cérébrale intervient dans la régulation du tonus musculaire contre la pesanteur. Jules souffre également de troubles de la relation.

Depuis sa naissance, il dispose de suivis cardiaques, ophtalmologiques (sa vue étant très basse), orthopédiques (par rapport à la présence de pieds plats et d'un valgus bilatéral) et pédiatriques.

- **Naissance et petite enfance** :

Jules est né en février 2001.

Il est le benjamin d'une famille de 6 enfants.

La famille a pris connaissance du diagnostic de trisomie 21 durant la grossesse de Madame. Après concertation, la famille a finalement décidé de garder le bébé.

Le dossier de Jules relate très peu d'éléments concernant sa petite enfance. Suite à une prescription du pédiatre, Jules a bénéficié très tôt d'un fauteuil à coque afin de lui maintenir le dos. Il ne l'utilise plus actuellement. Peu d'informations ont pu être trouvées à ce sujet, notamment concernant l'âge de Jules au moment de sa mise en place ainsi que sa durée. On sait également que Jules a marché tard. L'âge n'est pas cité, tout comme celui des autres acquisitions faites durant sa petite enfance. Jules est incontinent.

A partir de 3 ans, soit en 2004, Jules a été suivi en Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP). A son arrivée, on le trouvait très en retrait avec des fuites du regard et une présence d'auto-stimulations. C'était un enfant déjà qualifié de très hypotonique. Par la suite, Jules a été suivi en Institut Médico-Éducatif pour enfants atteints d'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC) avec ou sans troubles associés.

- **Entrée en Institut Médico-Educatif :**

En septembre 2009, Jules entre à l'Institut Médico-Éducatif (IME), dans lequel je vais le rencontrer, à temps partiel. En effet, sa maman, très active dans le suivi de son fils, entreprend en parallèle un programme d' « éveil au jeu » 2 fois par semaine à domicile. Ce programme a pour but de l'aider à gérer les comportements parfois difficiles de Jules. Il regroupe des activités d'imitation, de perception, de communication et enfin de motricité fine et globale. Jules est encadré par 4 intervenantes dont sa maman.

Concernant son suivi à l'IME, c'est le médecin spécialisé en médecine de réadaptation fonctionnelle qui prescrira un « *travail du maintien du dos* » en psychomotricité. Suite à la passation d'un bilan psychomoteur adapté, en raison des troubles majeurs présentés par Jules, un suivi individuel hebdomadaire en psychomotricité se met en place à partir d'octobre 2009.

Jules a également pu bénéficier d'un suivi en binôme pendant un an avec son éducatrice référente et la psychologue de l'établissement. Le projet de ce groupe était de leur offrir un espace sécurisant et bienveillant où ils puissent interagir et évoluer à leur façon.

2) Observation psychomotrice de Jules :

Jules a été vu par la psychomotricienne de l'établissement quelques mois après son arrivée. Faire un bilan normal fut impossible car Jules souffre de troubles physiques et psychiques majeurs. Néanmoins, la psychomotricienne a pu en tirer quelques informations. Jules est un enfant en recherche de sensations. Elle note également que Jules sait se faire comprendre par un langage gestuel, certes limité, type Makaton. De plus, Jules reste sensible aux bruits à l'extérieur de la salle de psychomotricité, créant alors une rupture dans ses activités. Jules exprime le besoin d'aller se coller à la fenêtre pour observer ce qu'il se passe dehors. Le jeu est alors interrompu et il est très difficile de ramener Jules à l'espace de la salle et de la séance.

3) Projet thérapeutique de Jules :

Suite à la réalisation de ce bilan d'observation, un projet thérapeutique en psychomotricité a pu se mettre en place à partir de janvier 2010.

Les grandes lignes de ce projet sont :

- Un travail de relation et d'échanges,
- Offrir à Jules un contexte relationnel et un espace-temps rassurant afin qu'il puisse s'autoriser une exploration motrice spontanée.
- Un travail du tonus et un maintien du dos.

b) Le dispositif des séances de psychomotricité :

1) Temps et espace de la séance :

Jules a toujours connu les séances de psychomotricité en individuel depuis le début de sa prise en charge. Son groupe bénéficie d'un temps groupal auquel il n'assiste pas car il s'agit d'un jour réservé à son programme d' « éveil » à domicile.

Depuis le début de l'année, la psychomotricienne et moi-même voyons Jules le mardi en fin de matinée, avant le repas, dans la salle de psychomotricité. C'est nous qui allons le chercher sur son groupe lors de leur atelier pâtisserie.

Ces séances durent quarante-cinq minutes mais bien souvent, Jules n'en exploite qu'une partie, soit parce qu'il met du temps à entrer dans la séance, soit parce que ses comportements de fuite écourtent le temps de prise en charge. Jules ne semble pas s'être encore approprié de bases sécurisantes suffisantes pour se laisser aller dans certaines expériences.

2) Séance type :

Il faut aller chercher Jules dans son groupe avant le repas. Il s'agit d'un temps pâtisserie dans une salle prévue à cet effet au deuxième étage. Jules met toujours du temps à se mettre en route mais dès que c'est le cas, ça ne traîne pas !

Il faut descendre les escaliers jusqu'à la cour pour rejoindre la salle de psychomotricité. C'est Jules qui ouvre la marche, il connaît très bien le chemin. Parfois, Jules s'arrête un moment pour vérifier si nous le suivons bien.

Jules traverse la cour en passant très près des murs. Bien souvent, il les longe et emprunte les terre-pleins des portes, ce qui ne s'avère pas être me semble-t-il le chemin le plus facile pour lui !

Arrivé dans la salle, Jules s'assoit et doit enlever son manteau et ses chaussures avec mon aide ou celle de la psychomotricienne. Une fois fini, c'est lui qui, s'avançant vers la salle, choisit une activité. Jules reprend souvent la même mais est ouvert aux petites nouveautés. Cependant, si l'activité est trop nouvelle, il va lui falloir beaucoup plus de temps pour accepter d'y participer. Si cela ne lui plaît vraiment pas, il va immédiatement s'en détourner et aura besoin de temps pour y revenir un peu plus tard dans la séance.

Une fois la séance terminée, nous ramenons Jules dans la salle du réfectoire pour qu'il puisse manger avec l'ensemble des enfants de son groupe.

c) Les séances

1) Première rencontre :

Nous avons déjà croisé Jules dans la matinée, il sait que je dois être là.

Nous arrivons sur le groupe, Jules est assis sur une chaise et paraît épuisé. L'éducateur nous le confirme : il s'est endormi durant l'atelier. Jules met du temps à décoller de sa chaise et à quitter son tablier. Puis, il se décide à se mettre en route en direction des escaliers. Nous mettrons longtemps à rejoindre la salle de psychomotricité. Tout tourne au ralenti avec Jules, et moi aussi. Beaucoup de questions foisonnent comme pour remédier à ce sentiment d'incompréhension. Jules ne parle pas et communique simplement par des bruits de bouche et de gorge. Cela reste assez frustrant car j'aimerais comprendre ses besoins.

Jules porte des chaussures orthopédiques et marche lentement en se tenant à la rampe d'escalier. Il est très penché en avant et j'ai peur qu'il tombe. De plus, Jules présente une démarche assez particulière. Ses pas sont lourds, secs, saccadés. Lorsque sa jambe se déplie, aussitôt elle se pose très verticalement et avec choc sur la marche suivante. Jules me fait penser sur le coup à un petit robot. Sa démarche est très automatique. Je remarque aussi que Jules est beaucoup dans son imaginaire, très peu là. Rares sont les échanges de regards. Et lorsqu'il tente quelques coups d'œil furtifs en arrière, pour vérifier si on le suit bien me semble-t-il, ce sont rarement de vrais échanges de regards.

Jules connaît le chemin pour aller à la salle de psychomotricité. Il est capable de s'orienter. Passant par la cour, il semble vouloir se diriger de partout sauf dans la bonne direction. Je me demande s'il s'agit pour Jules d'une habitude ou si la présence d'enfants dans la cour - *ou ma propre présence ?*, cause cet éparpillement. Je trouve le temps long et l'exercice de capter son attention assez dur... J'observe que Jules est toujours penché en avant, le pas lourd et la tête rejetée en arrière. Ses bras alternent entre des mouvements toniques de flexion, les ramenant très près de son buste en chandelier, et des mouvements de vive extension les propulsant plutôt en arrière. Il n'y a aucun ballant des bras. Jules me fait penser à un petit oiseau qui, dépliant ses ailes, se prépare à s'envoler. Il est animé par de nombreuses secousses toniques. Sa trajectoire oscille de gauche à droite. Jules me paraît fragile, tanguant sur ses pieds lorsqu'il s'élance, tellement menu qu'il pourrait peut-être se casser... Je repense à sa descente d'escaliers et à sa démarche si particulière. Finalement, la psychomotricienne, le prenant par la main, l'emmène en séance.

Arrivés en salle de psychomotricité, nous quittons nos chaussures pour rejoindre les tapis. Jules se dirige vers les blocs en mousse et dégage un rouleau bleu qu'il fait rouler, puis un gros hexagone de couleur rouge. La psychomotricienne lui relance en lui adressant ces quelques mots - « *ça roule Jules, regarde* ». Jules, sentant le rouleau arriver au niveau de ses pieds, se retourne aussitôt. Il pousse les gros blocs entreposés contre le mur de la salle, s'allonge dos au mur et les deux mains en tailleur sous sa nuque. Je pense immédiatement à ce texte de G.HAAG et du contact-dos déficitaire qu'elle peut décrire. Cette idée me paraît flagrante chez Jules. Tellement flagrante sur le moment qu'elle en devient incroyable...

Jules reste un temps dans cette position et semble pouvoir entrer dans la relation ainsi installé. Puis, il se lève et fait rouler l'hexagone une seconde fois. Cette fois-ci, c'est moi qui me situe en face de lui. La psychomotricienne quant à elle, se trouve derrière lui. Un échange peut avoir lieu. L'hexagone étant de grande taille, nous nous retrouvons dans une situation de caché-trouvé que je m'attache à verbaliser : « *eh bien où es-tu Jules ?* », « *Oh je ne te vois plus !* », « *Ah ça y'est je te revois !* ».

Puis, Jules s'éloigne et va chercher le trampoline. Nous l'aidons à l'installer au milieu de la salle. Il monte dessus avec un pas très instable, prenant appui sur ses deux mains. Finalement, il s'assoit et commence à sauter sur ses fesses. Cette sensation semble être appréciée du fait de sa répétition et des sourires égayés apparaissant sur le visage de Jules. Néanmoins, je ne suis pas rassurée de le voir ainsi... Jules finit par nous tourner le dos, ce qui est compliqué pour nous à verbaliser. *Que cherche-t-il à éprouver ?*

Il nous paraît s'enfermer dans cette activité... Et cette impression nous donne envie d'agir. Jules nous laisse intervenir : debout, lui assis, la psychomotricienne saute doucement sur la toile pour faire bouger Jules sur le trampoline, ce qui le fait beaucoup sourire. Lorsque la psychomotricienne lui demande d'essayer de sauter debout comme elle, Jules se lève pour initier un petit saut mais immédiatement il se rassoit. Cette position semble lui fait vivre beaucoup d'appréhensions. Je repense à sa marche, déjà très peu stable, et j'imagine alors combien l'instabilité, accentuée par le trampoline, peut éventuellement l'angoisser.

A mon tour, je monte sur le trampoline pour prendre le relais de la psychomotricienne. Jules, entraîné par les mouvements que j'induis, se rapproche tout doucement de moi. Un vrai jeu de distance prend forme : *je me rapproche, puis je me recule, je touche tes pieds avec les miens, puis je les enlève*. J'ai envie de sentir ce que cela fait d'être assis comme Jules peut le faire. Je m'assois alors en face de lui et commence à sauter moi-aussi sur mes fesses. Je m'aperçois très vite que ce mouvement tasse la colonne. Nous sentons durement tout notre dos. Un tas de questions fusent. *Quel peut être son vécu corporel du dos ? Avec quelle qualité Jules a-t-il pu connaître un arrière-plan contenant ? Comment l'aider à vivre des expériences constructives de ce dos ?*

A partir de ce moment-là, je pense à un moyen pour que Jules puisse sentir son dos d'une autre façon. Je n'ose le faire pour cette séance. Il s'agit de notre première rencontre et je n'ai pas envie de la gâcher.

Un échange de balles s'ensuit : une sonore et une molle, que Jules ira chercher dans le panier à ballon situé dans un coin de la salle. L'échange est très bref... Jules commence à jouer au milieu du tapis mais rapidement, il va se caler le dos au mur. Je trouve cela flagrant que cette question du dos revienne une fois encore... De temps en temps, Jules donne des coups de coude dans le mur se situant derrière lui. Cela fait beaucoup de bruit. Je suis perplexe à cet instant précis sur le sens à donner à cette attitude. *Teste-il la présence de cet arrière-plan ? Teste-t-il sa solidité ? Recherche-t-il à l'incorporer ?*

La séance se termine, Jules nous aide à ranger le matériel. Nous le ramenons dans la salle du réfectoire pour qu'il puisse manger avec tout son groupe.

Cette rencontre m'a touchée par ce que Jules a pu nous présenter. J'ai vraiment envie de pouvoir faire quelque chose pour lui. Avec impatience, j'attends de voir les prochaines séances...

2) Évolution des séances :

- **« Tourne-moi le dos pour que nous puissions parler » :**

La séance suivante, Jules reprend le trampoline. Il nous tourne le dos, comme la fois d'avant. *Jules souhaiterait-il rester seul dans cette stimulation et ainsi nous refuser un échange ?* En m'interrogeant sur cette attitude je me suis alors dit « *et si Jules nous présentait-il en fait son dos ?* ». Jules me connaissant à peine, je ne voulais pas d'un contact tactile direct avec lui de peur de le voir réagir trop fortement à cette stimulation. Prenant un ballon plutôt dur, je me suis alors assise près de Jules pour lui passer la balle lentement sur son dos. Jules s'est alors immédiatement stoppé et moi aussi par la même occasion, ne sachant pas trop à quels retours de sa part m'attendre.

Comment va-t-il répondre à cette stimulation ? Va-t-il encore fuir ? Jules se mit alors à se courber en arrière comme pour se lover sur le ballon. Par la suite, Jules finira même par accepter de s'allonger sur le trampoline, la psychomotricienne ou moi, debout, faisant bouger la toile. Avec de grands sourires, Jules nous montrera son désir de répéter cette expérience partagée.

- **« Allez viens, je t'emmène » :**

Lors de la troisième séance, je propose à Jules de jouer avec une couverture que j'étends au sol devant lui. Cet exercice a apparemment été fait auparavant avec la psychomotricienne. Jules semble ouvert à cette proposition et s'allonge alors sur le drap. Il prend une position très « zen » qui nous fait beaucoup sourire : allongé, les bras en tailleur sous son cou et les jambes croisées, comme prêt à profiter de ce moment qui lui est proposé. Prenant l'extrémité du drap dans mes mains, je tire lentement Jules vers moi pour l'emmener se promener dans la salle. La psychomotricienne s'assoit près de nous, verbalisant de temps à autre ce doux moment. De mon côté, je suis incapable de mettre des mots sur ce que peut vivre Jules. Je ne sais quoi lui en dire. J'oublie à cet instant qu'il est possible de partager une émotion ensemble sans être obligé de parler, d'y mettre un sens ou des mots... Jules fait beaucoup de bruits de bouche assez rauques et brutaux. Je m'imagine une gorge serrée, contractée, raclée par le passage de chaque production orale... *Ne serait-ce pas le tonus pneumatique dont parle BULLINGER ?* Ces derniers me paraissent pourtant diminuer au fur et à mesure que je « porte » Jules sur la couverture. *Jules n'éprouverait-il plus le moyen de se tenir seul ainsi porté ?*

Il me semble aussi que les échanges de regards deviennent possibles via cette médiation drap. Jules m'offre un doux regard bleu et très observateur. Je suis assez émue de croiser ce regard qui s'accroche agréablement au mien. L'échange semble donc possible lorsque Jules bénéficie d'un arrière-plan. Je continue de me poser d'innombrables questions. *Quelle a pu être la qualité des échanges de regards avec sa maman ? Ont-ils pu être constructifs et assez solides pour que Jules ait pu connaître un arrière-fond contenant et sûr ?*

- « Et si nous allions un peu plus loin » ?

Jules se saisira beaucoup de cette médiation drap puisqu'il la reprendra pendant plusieurs séances. Il semblera toujours autant l'apprécier, ne jamais s'en lasser. Il se passe vraiment quelque chose entre Jules et nous dans ces moments-là. Nous aurons même droit à des gestes d'affection venant de sa part.

A force de répétition, Jules va se permettre d'essayer d'autres positions sur le drap - *latéralement, sur le ventre, redressé sur les avant-bras, etc*, me donnant l'impression d'assister, comme une mère face à son bébé, aux progrès d'un petit Jules encore si fragile. Cet arrière-fond compensé, Jules semble s'autoriser beaucoup plus d'expériences qu'avant.

De mon côté, j'essaie de varier les rythmes pour tirer la couverture. De plus en plus, ma voix prend naissance dans chacune des séances. Je me décide à ne pas mettre automatiquement des mots sur ce que peut produire Jules, mais à communiquer par des bruits de bouche comme il peut le faire, ou encore par des onomatopées – *me faisant penser, une fois de plus, au rôle de la Mère dans sa fonction de miroir des expressions de son bébé*. Je peux ainsi me rendre compte, anatomiquement, d'où ils proviennent et sensoriellement, des effets qu'ils produisent. Je réalise à quel point il faut contracter toute la zone respiratoire pour arriver à « parler » comme Jules. Certains sons s'avèrent même inimitables !

Puis, je repense à cette image de tout-petit que Jules m'inspire. Je pense aux activités rotatoires du bébé, à la découverte et à l'ouverture sur le milieu qu'elles permettent. Je décide alors de continuer sur cette voie. Je profite de l'enroulement que permet la couverture pour tirer Jules d'un côté, puis de l'autre, en bref, de lui faire connaître des mises en forme posturales, et donc des répartitions toniques différentes.

Ses pieds dépassent parfois de la couverture et viennent alors frotter doucement sur le sol. Jules participe quelquefois à sa manière en faisant bouger le drap avec ses pieds. Nous essayons également d'enrouler totalement Jules qui reste alors posé, calme et observateur.

Il est également intéressant d'observer que Jules, ainsi regroupé, n'éprouve pas le besoin d'aller vérifier à la fenêtre ce qu'il peut se passer dehors. *Est-ce qu'en retrouvant ses limites corporelles, permises par l'enveloppement dans le drap, Jules ne ressent-il pas le besoin d'aller se confronter à celles de la salle de psychomotricité?* Nous lui assurons également un portage visuel, verbal et sonore. *Jules n'aurait-il plus besoin de ces appuis visuel et sonore que pouvait lui offrir la cour ?*

Nous voyions bien avec la psychomotricienne que la stimulation de ce contact-dos était appréciée par Jules. Toutefois, nous avons craint plusieurs fois qu'il s'enferme, et nous aussi par la même occasion, dans une stimulation isolée de ce dos qui deviendrait alors vite mortifère. Des objets lui ont donc été proposés au fur et à mesure des séances afin de voir comment il pouvait les utiliser sur un fond d'appui-dos sécuritaire. Jules nous a semblé choisir les objets plus pour leurs propriétés sensorielles que pour leur utilisation propre. Cela nous a permis de prendre conscience que Jules n'était peut-être pas prêt pour certaines expériences.

- **« Et maintenant soufflons un coup... » :**

Nous avons pris conscience avec la psychomotricienne que Jules respirait très peu. Les mouvements respiratoires pouvaient rarement s'observer chez lui. En y repensant, nous nous sommes même demandées si nous l'avions vu faire un jour.

Nous avons profité d'une séance pour observer plus précisément sa respiration. Nous avons finalement remarqué que Jules était animé par de nombreuses décharges toniques thoraciques et abdominales. Cela donne l'impression que dès que Jules lâche un temps sa respiration, aussitôt il la reprend dans l'instant qui suit !

Ce blocage respiratoire semblait un peu se libérer sur le drap comme si, bénéficiant d'un appui pour se porter, il n'avait plus besoin de le faire lui-même par sa respiration. De mon côté, je me suis tout particulièrement attachée à donner un son à chaque secousse respiratoire qu'il pouvait vivre afin de donner un retour à Jules sur ses états toniques.

Un peu plus tard dans la séance, nous avons essayé de poser nos mains sur le ventre de Jules afin de sentir l'intensité de ces sursauts visibles à l'œil nu. Immédiatement, Jules a montré son désaccord en adoptant une conduite de fuite. Ce ne sera pas la première fois que Jules refusera qu'on le touche... *Pourquoi cette irritabilité au toucher ? Quelles expériences tactiles et de peau-à-peau a-t-il pu connaître dans son enfance ?* Autant de questions qui se bousculeront dans ma tête à ce moment précis.

Lors d'une autre séance, Jules s'est approché de bâtons en plastique qu'il a alors porté à sa bouche. Nous en avons donc profité pour lui proposer un bâton creux. En soufflant dedans et en faisant des bruits de bouche comme il peut le faire, Jules a très vite été interpellé, affichant un visage assez perplexe. Il s'est alors mis à souffler très fort dans le sien, plissant très fort tous les traits de son visage. C'était la première fois que je pouvais voir Jules aussi expressif. Nous avons également pu noter que sa tête, enroulée pour souffler, n'était plus rejetée en arrière.

Ce bâton creux reviendra fréquemment lors des séances suivantes, soit utilisé dans sa fonction respiratoire propre, soit accompagnant simplement Jules dans ses activités. Jules le prend parfois lorsque nous le tirons sur la couverture pour le tapoter contre le sol, ce qui produit un son. Actuellement, nous marquons chacune de nos phrases en frappant le bâton au sol pour chaque syllabe.

- **« Raconte-moi comment c'était lorsque tu avais ton fauteuil » :**

Pendant plusieurs séances, nous avons repris le drap, mais en l'utilisant différemment. Sa tête rejetée en arrière nous posait souci. Je me demande parfois quelle qualité de préhension et d'exploration a pu connaître Jules étant bébé. Profitant qu'il reste assis sur le drap lors d'une séance, la psychomotricienne et moi-même avons relevé et ramené en avant les coins de la couverture. Jules paraissait assis comme dans un fauteuil, dans SON fauteuil. Beaucoup de doutes me sont apparus. *Comment Jules a-t-il pu se construire lors de la mise en place de son fauteuil ? Comment a-t-il pu vivre sa suppression ? Ne s'est-il pas senti démuné d'une partie de lui-même ?* Secouant le tissu des deux côtés, nous avons associé un son à chaque vibration que pouvait vivre Jules.

- *Un espace plus intime :*

Entre deux séances, beaucoup de questions ont pu être abordées concernant la problématique de Jules. Nos interrogations portaient notamment sur ses comportements en séance ou dans la cour.

Dans la cour, Jules longe les murs et nous nous étions demandé si les grands espaces pouvaient être une source d'angoisse pour lui. C'est pourquoi nous avons décidé de restreindre l'espace utilisé en séance. Nous avons aussi veillé à toujours nous installer près d'un mur de la salle afin que Jules puisse avoir des appuis fixes à proximité « au cas où ».

Lors d'une séance, une toute petite cabane lui a été proposée. Toutefois, cette dernière n'a été que très peu investie par Jules. Après avoir voulu y rentrer, Jules l'a très vite détruite de l'intérieur en poussant avec ses pieds et ses mains contre les briques en mousse. *A-t-il cherché à tester la solidité de cette cabane comme il a pu tester celle du mur qui le tenait lors de notre première séance ?*

De même, Jules a toujours été très attiré par ce qu'il pouvait se passer à l'extérieur de la salle (bruits de cour, véhicules, etc). Au moindre bruit, il se dirigeait alors vers les fenêtres afin de pouvoir observer directement la cour. La question des limites m'est souvent apparue en réponse à ses nombreux aller-retour entre le dedans de la salle et le dehors de la cour. *Qu'en est-il de l'individuation de Jules ? Quelles limites a-t-il pu se construire ?*

Jules semble être très dépendant de ces appuis extérieurs. De même, lorsqu'il colle son dos au mur en séance.

Je repense à une activité hamac que nous lui avons proposé un jour en séance. Nous avons relevé chaque côté de la couverture afin de le porter et de le balancer lentement. Le contact englobant du drap avait aussi pu lui permettre de trouver des appuis extérieurs à chaque mouvement qu'il pouvait induire. Jules, ainsi regroupé et contenu, pouvait connaître une expérience enveloppante et délimitante de l'ensemble de son corps.

- *Un entre-deux possible :*

Nous avons pu remarquer, lors de séances précédentes, que Jules restait très hypersensible, voire irritable à la nouveauté et au toucher. De plus, Jules continuait de nous présenter un dos tassé, arrondi, trop écroulé... Nous lui stimulions le dos oui, mais *qu'en était-il de l'investissement de son espace avant ? Et qu'en était-il de la construction de son axe corporel ?* Jules oscille entre des états d'écroulement ou, au contraire, d'hyperextension. De ces observations est né mon désir de lui faire connaître des expériences tonico-posturales intermédiaires.

Ces deux questionnements ont pu être regroupés lors d'une séance lorsque Jules, tout enveloppé dans une couverture, vint s'allonger sur le dos près de moi. Avec un ballon, je me suis mise à exercer des petits ronds sur son ventre, tout doucement. Jules resta très observateur mais cela semblait plutôt lui convenir. Ainsi, il pouvait bénéficier d'un appui à l'avant ainsi que d'un appui à l'arrière, sans oublier un appui visuel et verbal de notre part. Il fut même capable de se masser lui-même, ce qui me paraît très positif pour Jules ! On peut souvent être tenté de faire des choses à sa place et pour une fois, il pouvait s'approprier et reproduire cette expérience à sa manière ! Il était ainsi capable de répondre à ses besoins seul, sans aide.

L'irritabilité observée chez Jules nous a amené à lui proposer des expériences vibratoires à l'aide d'un masseur électrique. La psychomotricienne lui passa lentement le masseur sur le dos, Jules esquivant quelques sourires plutôt joyeux. Puis, il le prit dans ses mains, le posant au niveau de son ventre, puis de sa bouche et de ses joues. Jules restera très longtemps sur cette zone du visage. Il me donne cette impression d'un bébé qui découvre une expérience pour la première fois. Cette image de bébé est d'autant plus renforcée lorsque je vois Jules porter le masseur à la bouche. Chez Jules, cette zone orale est toujours investie par des sons gutturaux et autres mouvements respiratoires bruts. C'est pourquoi il me paraissait intéressant que Jules puisse vivre d'autres expériences orales à partir de cet objet proposé. *Quelles ont pu être ses expériences orales lorsqu'il était petit ?* De même, nous avons pu remarquer que Jules commençait à produire de nouveaux sons, ce qu'il ne faisait pas auparavant.

3) Conclusion, discussion et perspectives :

Jules reprend actuellement le trampoline qu'il avait laissé de côté pour se tourner vers la médiation drap. Depuis deux séances déjà, il se tasse le dos avec une excitation très palpable. Jules accélère de plus en plus le rythme de ses sauts. Ces stimulations nous paraissent, de notre point de vue, un peu brutales... Jules répond également très peu à nos sollicitations. Lui touchant plusieurs fois de suite le dos, Jules n'a montré aucune réaction contrairement à ce qu'il avait pu faire en début d'année. *Peut-être n'a-t-il plus besoin de l'aide d'un Autre ? Peut-être se sent-il capable se tenir lui-même ? Peut-être faudrait-il « oublier » pour un temps ce dos qu'on lui a tant rappelé tout au long des séances ?* Il est trop tôt pour voir comment tout cela va pouvoir évoluer pour Jules.

En parallèle, Jules semble tester également le cadre et les limites de la séance. Cela fait plusieurs fois qu'il refuse d'entrer dans la salle de psychomotricité, se collant le dos au mur de la cour. Nous tentons d'expliquer à Jules ce que représente le cadre de la séance, sa spatialité ainsi que sa temporalité. Au bout d'un long moment, Jules finit par venir en séance mais pour un temps, au final, très court. *Teste-t-il le cadre, les limites, ses propres limites peut-être ? A-t-il besoin de s'assurer d'un cadre qui tient malgré ses refus ?* Ce qui est sûr, c'est que Jules semble un peu plus s'affirmer au fil des séances, ne pas être dans une position passive, ce qui ne me semble pas du tout négatif à son sujet ! Jules a pu évoluer, me semble-t-il, sur d'autres nombreux points au cours de l'année. Même si cela peut nous paraître parfois très long, la rédaction clinique de mon mémoire m'a permis de me rendre compte de ses progrès.

Au départ, Jules paraissait très parasité par tout ce qui pouvait se passer à l'extérieur. Ses réactions étaient assez imprévisibles, ce qui pouvait arrêter nette une activité en cours. Jules nous laissait là, impuissantes, et tentant de le ramener avec insistance dans l'espace de la séance.

La barrière du langage a pu me poser problème pendant un certain temps mais il me donne la nette impression de mieux le comprendre aujourd'hui, peut être est-ce parce que j'ai décidé aussi de mon côté de ne pas savoir ?

De même, c'est parce que nous avons observé Jules en séance que nous avons pu lui fournir des appuis posturaux afin qu'il puisse se poser et se tourner vers de nouvelles expériences. Jules me semble aujourd'hui moins anxieux d'aborder de nouvelles stimulations. Enroulé, porté, présent un peu plus à son environnement, Jules m'a paru s'épanouir au fil des séances. Cette image de bébé qu'il pouvait dégager s'est petit à petit estompée. Jules est un grand garçon, capable de beaucoup de choses !

A l'heure où je termine ce mémoire, Jules m'apparaît comme un enfant en pleine période d'affirmation de sa personne. Ses « *j'ai peur* » des débuts, où il refusait ce qu'on lui proposait, se sont progressivement transformés en des « *non* » très affirmés. Jules semble aujourd'hui jouer de cette affirmation, à nous de lui assurer un cadre qui puisse continuer à le contenir, le soutenir et dans lequel il puisse encore évoluer et grandir.

A partir de ma clinique, de l'histoire et de l'évolution de Jules, voici désormais ma propre réflexion, issue de mon cheminement au cours de cette année, sur l'apport de l'approche sensorimotrice de BULLINGER dans la clinique psychomotrice auprès d'enfants trisomiques.

PARTIE IV :
DISCUSSION
THÉORICO-CLINIQUE

En quoi l'approche sensorimotrice de BULLINGER peut-elle servir d'appui à la clinique psychomotrice auprès d'enfants porteurs de trisomie 21 ?

La trisomie est caractérisée, comme nous avons pu le voir, par un retard de maturation tonique. Or, on connaît le rôle fondamental du tonus dans le développement précoce du nourrisson d'un point de vue postural, émotionnel et relationnel. Certains enfants trisomiques peuvent se retrouver handicapés dans leurs acquisitions et dans leur façon d'être au monde. *Que peut m'apporter l'approche sensorimotrice à ce sujet ?* Ainsi, c'est en prenant le cas de Jules que je tenterais de répondre à cette question de départ, en essayant de me demander en quoi cette approche m'a-t-elle permis de comprendre les particularités de son développement, et par la suite, lui proposer des pistes de travail adaptées à sa problématique.

A) Sensorimotricité et psychomotricité :

Comme nous avons pu le voir précédemment, la sensorimotricité précède la psychomotricité. En effet, c'est en captant le milieu par ses sens et en pouvant y agir dessus que le bébé va pouvoir le découvrir, le comprendre, se le représenter - et SE représenter soi en tant que sujet par la même occasion. Or, les atteintes motrices et sensorielles présentes dans la trisomie ne leur permettent pas une exploration suffisante du milieu. Leur sensorimotricité est donc fragilisée. *Comment peuvent-ils construire une bonne psychomotricité si leur sensorimotricité ne l'est pas ? Comment arrivent-ils à se représenter dans leur milieu ? Quelle représentation d'eux ont-ils ? Que peuvent-ils comprendre de cet environnement extérieur avec qui ils ont du mal à interagir ? En quoi une prise en charge en psychomotricité peut-elle les aider ? Quels peuvent être les appuis et outils cliniques du psychomotricien pour aider les enfants trisomiques dans leurs difficultés ?*

La psychomotricité est une spécialité qui s'intéresse au développement global de l'enfant. C'est une discipline qui prend en compte la manière dont le corps s'exprime. Elle représente l'expression corporelle de notre vie psychique, affective, intellectuelle et relationnelle.

Le psychomotricien agit sur le corps afin de comprendre les éléments de vie qui ont pu l'entraver. Son objectif est de trouver des moyens adaptés à chaque enfant pour les mener vers un certain équilibre psychocorporel ainsi qu'à une meilleure maîtrise de leur corps afin d'en faire un outil d'expression et de communication dans son milieu. La manière dont chaque enfant se meut dans un contexte relationnel nous permet de le situer dans un développement global, prenant en compte chaque élément ayant pu intervenir – biologique, environnemental, familial. Le psychomotricien dispose d'éléments d'anamnèse qui peuvent l'aider dans sa compréhension du sujet. Le langage du corps nous autorise à s'imaginer les manières possibles dont l'enfant a pu l'investir par rapport à son histoire de vie. C'est à ce corps « interagissant » que le psychomotricien s'adresse en séance, notamment à travers le dialogue tonico-émotionnel.

Certains enfants porteurs de trisomie 21 ne peuvent bénéficier de cette qualité d'interactions précoces. Or, elle est primordiale à l'éveil de leur vie psychique. Leur rapport au monde comme leur rapport au corps est ainsi touché.

L'approche sensorimotrice me paraît être un outil supplémentaire pour la compréhension du sujet en psychomotricité. Elle permet, à partir du processus développemental de l'enfant, d'avoir un aperçu de ses modes d'organisation de l'enfant et donc de ses potentialités.

Désormais, il convient de se demander dans le cas de Jules, ce qui n'a pas pu se construire : *comment l'approche sensorimotrice peut-elle m'aider à comprendre son processus développemental, ses modes d'organisation, ses potentialités, sa façon d'être au monde ? En quoi peut-elle m'aider à mettre en place des idées thérapeutiques adaptées à sa problématique psychomotrice ?*

Ainsi, c'est à travers l'analyse de la problématique de Jules que j'essaierai de justifier la place de l'approche sensorimotrice dans la clinique psychomotrice auprès des enfants porteurs de trisomie 21.

B) Apports de l'approche sensorimotrice à la clinique psychomotrice :

a) L'approche sensorimotrice comme moyen de compréhension du processus développemental propre à chaque enfant :

En effet, c'est en observant Jules que nous avons essayé de comprendre quelles pouvaient être les particularités de son développement. L'axe corporel de Jules semble défaillant à première vue. Son dos est tantôt écroulé, tantôt tenu rigide par sa respiration. Son tonus pneumatique limite considérablement sa durée d'interaction avec l'environnement. Dans son étude, BULLINGER rappelle que le bébé adopte un tonus pneumatique afin de pallier à son déficit tonique axial de base. Cependant, une fois que le redressement du buste devient suffisant par la maîtrise du haubanage avant-arrière, cette tendance disparaît. Le bébé, n'étant plus écroulé, peut se tourner dès lors plus harmonieusement vers une exploration active de son environnement.

En restant sur une base de tonus pneumatique, Jules semblerait ainsi se situer dans une problématique d'haubanage avant-arrière. Or, on sait que la maîtrise du buste est nécessaire au haubanage droite-gauche, qui permet la mise en place de l'axe corporel. Tant que le tonus pneumatique de Jules se maintiendra, il ne pourra connaître les expériences constructives d'un axe qui le tienne. Ainsi, cette étape sensorimotrice semble lui faire défaut. *Quelle peut en être la raison, l'origine ? Comment Jules a-t-il pu s'organiser sur cette base d'hypertonie ?*

BULLINGER rappelle également que le mode de résolution de la tension accumulée par le bébé se fait par des décharges motrices. Cette mise en tension de l'ensemble du corps participe au sentiment d'unicité.

On peut observer de nombreuses décharges motrices chez Jules. *Est-ce que cette recherche d'unicité pourrait s'appliquer également à Jules ?* Le dedans, comme le dehors, sont des notions qui reviennent souvent en séance : lorsqu'il regarde ce qu'il se passe dehors, lorsqu'il passe d'un espace à un autre, lorsqu'il ne veut pas rentrer dedans, etc. Je me demande parfois si Jules ne se sert pas du cadre spatial de la salle pour tester ses propres limites et donc son unicité.

Je voulais revenir sur la mise en place du fauteuil à coque dans les premières années de sa vie. Ce dernier semblait jouer le rôle de cet appui-dos que Jules n'était pas capable d'assurer lui-même. Bien qu'on ne sache pas l'âge exact de Jules lorsque ce fauteuil a été mis en place puis, retiré, on peut imaginer combien il a pu lui servir et l'accompagner dans les premières étapes de son développement. *Quels ont pu être ses vécus lorsque ce fauteuil, assise contenante et sécurisante, lui a été retiré ?* Parfois, je me risque même à penser que Jules aurait peut-être construit quelque chose de lui à travers son fauteuil. *Aurait-il pu vivre un manque d'une partie de lui-même, comme un espace béant laissé derrière lui ?* Il paraît évident, je n'en doute pas, qu'il s'agissait d'une décision médicale cohérente et bien justifiée. De plus, Jules a pu certainement mieux se mouvoir, explorer, apprendre à marcher, bref, profiter d'une certaine liberté. *Pour quelles raisons ce fauteuil a-t-il été enlevé ? Pour qu'il puisse évoluer à sa manière ? Jules était-il capable de se tenir seul à ce moment-là ? Comment Jules a-t-il pu vivre ce changement ? A-t-il cherché à retrouver quelque chose de son fauteuil ? Comment a-t-il pu s'organiser autrement ? Se sentir unifié ?*

Quoi qu'il en soit, les décharges motrices observées chez Jules – *par recherche d'unicité ?* - relèvent d'une régulation tonique très primitive.

Comme nous avons pu le voir, l'approche sensorimotrice nous a permis de situer Jules dans son processus développemental. Il faut savoir que cela est applicable pour tout autre enfant trisomique.

b) L'approche sensorimotrice comme moyen de compréhension des modes d'organisation et des potentialités de l'enfant :

Ainsi, Jules ne semble pas avoir pu construire un axe corporel solide et secure qui puisse le tenir. En réponse à cela - *et à une recherche d'unicité de sa part ?* - il semble avoir eu recours à un tonus pneumatique afin d'éviter de se retrouver écrasé par la pesanteur. De plus, Jules recherche fréquemment en séance des appuis dorsaux. Il s'agit ici de ses propres modes d'organisation afin de pallier à son hypotonie de base, sûrement renforcée par la présence de son hypoplasie vermienne qui, elle aussi, agit sur le tonus.

En regard de son processus développemental et de ses modes d'organisation, nous avons pu prendre conscience des réelles potentialités de Jules. Nous avons ainsi pu transformer ses « *je ne veux pas* » en des « *je ne peux pas* ». Si ce dernier n'est pas capable d'un haubanage avant-arrière, cela peut venir expliquer qu'il ne soit pas prêt pour certaines expériences. Il est alors tout à fait normal que Jules redoute la proposition de sauter debout sur le trampoline, ses appuis au sol étant déjà très fragiles. Comme nous avons pu le voir, il se rasseyait très vite afin, sûrement, de retrouver cette base stable qu'il peut avoir lorsqu'il est assis.

De même, on peut penser que Jules ait dû s'organiser autrement lorsque son fauteuil lui a été retiré. Il est souvent animé par des schèmes d'hyperextension, la tête rejetée en arrière. Lorsqu'on se réfère à l'approche sensorimotrice de BULLINGER, on sait que le tout jeune bébé recherche dans ses mouvements d'extension cet appui-dos contenant et sécurisant qu'il a pu connaître in utero. Jules rechercherait peut-être cet arrière-plan familial qu'il a pu avoir lorsqu'il était en fauteuil. Sa façon d'être « moulé » dans son corps comme s'il était assis dans un fauteuil est d'ailleurs flagrante à voir parfois.

De plus, son regard ne peut être orienté indépendamment de sa posture lorsqu'il se cambre. *Ses yeux ont-ils pu regarder ses mains lorsqu'il était bébé ? Les coordinations oculo-manuelles ont-elles pu harmonieusement se construire ?*

BULLINGER nous rappelle qu'en connaissant les postures asymétriques, le bébé peut voir apparaître sa main dans son champ visuel d'action. Les premières coordinations oculo-manuelles sont ainsi permises.

Lorsque Jules se trouve en hyperextension ou en cyphose dorsale, il lui est difficile de regarder ses mains et de contrôler son geste. Toutefois, les coordinations oculo-manuelles ne semblent pas impossibles chez lui. Jules a peut-être pu connaître des expériences constructives lorsqu'il était en fauteuil.

Il faut toutefois rappeler que la vision comprend deux systèmes, un plus archaïque et un autre plus récent. En effet, le bébé trop écroulé ou au contraire, trop en extension, ne peut compter que sur sa fonction périphérique pour « garder un œil » sur le milieu. C'est parce qu'il est capable de se redresser que la vision focale peut se mettre en place et se coordonner à la vision périphérique de base, assurant au bébé une meilleure exploration.

Si l'on revient à Jules, on peut alors penser que c'est sa fonction visuelle périphérique qui lui permet de porter un regard sur l'environnement. Cependant, on peut imaginer ses difficultés à anticiper la situation si son système visuel ne lui permet pas de la faire. Cela viendrait expliquer pourquoi Jules est si réticent à trop de nouveauté. BULLINGER nous rappelle également que l'enfant doit pouvoir connaître un équilibre sensori-tonique, ce qui ne semble pas être le cas pour Jules. Jules n'est pas encore capable de réguler son tonus. Face à la nouveauté, il se rigidifie complètement, lui empêchant d'être disponible dans son corps pour affronter cette nouvelle situation. Cela le désorganise trop pour qu'il puisse l'aborder d'une manière plus posée.

c) L'approche sensorimotrice comme mise à disposition d'outils et/ou d'hypothèses de travail en psychomotricité :

Comment aider Jules à être moins tonique dans son corps, dans ses postures ? Comment l'aider à trouver des moyens de compenser son déficit tonique d'une façon moins brutale ? Comment l'aider à être plus disponible à son environnement ? Toutes ces questions sont celles que nous avons pu nous poser concernant Jules.

Le tonus est déficitaire dans la trisomie et, comme nous avons pu le voir précédemment dans la partie théorique, il revêt cette double valence de support des émotions et de la posture. Si un enfant est hypotonique, il sera alors handicapé dans ces deux domaines.

Revenons à Jules. Notre objectif premier était qu'il puisse trouver, dans nos propositions, des moyens de se relâcher sur le plan respiratoire afin d'être plus ouvert aux interactions avec son environnement. Jules semble se redresser en ayant recours au tonus pneumatique. *Comment le bébé devient capable de se redresser seul au cours de son développement ?* L'approche sensorimotrice permet de nous apporter des réponses à ce niveau-là. Comme nous avons pu le voir précédemment, l'enfant doit pouvoir connaître l'enroulement pour équilibrer ses mouvements d'extension. Jules est le plus souvent cambré en arrière. C'est pourquoi, nous avons essayé de l'amener vers des expériences d'enroulement à l'aide du drap par exemple.

Notre but était de lui faire vivre des expériences de regroupement afin de les équilibrer avec celles, plus fréquentes, d'hyperextension. En enroulant Jules, nous lui fournissions une meilleure installation afin qu'il puisse être plus disponible à son environnement. De même, il pouvait porter un regard plus attentif sur ses mains et l'ensemble de son corps, ce qu'il n'est pas souvent en capacité de faire.

L'approche de BULLINGER nous a donc permis de trouver un outil thérapeutique adapté aux besoins de Jules. Il faut également noter que beaucoup d'enfants trisomiques souffrent de cette fragilité d'équilibration verticale. C'est pourquoi ces propositions faites à Jules peuvent aussi l'être dans la clinique psychomotrice auprès d'autres enfants trisomiques.

BULLINGER présente également les panneaux Vichy texturés comme matériel pouvant être utilisé pour diriger le regard. Ces derniers ont pour capacité d'attirer l'attention de la fonction visuelle périphérique. Or, on sait que cette fonction joue un rôle dans la régulation tonico-posturale de l'enfant. Une fois le buste bien stimulé par ce flux visuel, des activités de capture d'objets peuvent avoir lieu. Cette observation est intéressante pour les enfants trisomiques car ces derniers peuvent souffrir d'une assez grande hypotonie les handicapant dans la saisie d'objets.

Toutes ces informations nous ont fait écho concernant Jules. C'est pourquoi nous avons en projet d'utiliser prochainement des panneaux Vichy afin de voir si Jules peut s'approprier ce soutien tonico-postural. Nous serions très intéressées de voir comment il peut s'en saisir et si cette aide visuelle peut lui servir d'appui.

Cependant, il me paraît important de rappeler, tout comme a pu le rappeler BULLINGER, la place du milieu humain dans ses rôles d'accompagnement, de soutien et de présence auprès de l'enfant. Ce milieu peut être touché par la marque du handicap portée par l'enfant. Chaque famille ne réagit pas de la même manière face à la trisomie. Les liens d'attachement peuvent être touchés. Parfois, c'est l'enfant qui n'arrive pas à établir un lien avec son entourage. *Par quels moyens peut-il arriver à se faire comprendre ? Quel type de communication a-t-il pu mettre en place ? Comment un enfant peut-il arriver à communiquer sans langage ?*

d) L'approche sensorimotrice comme mise en évidence des moyens dont l'enfant dispose pour interagir avec son environnement :

Au départ, le bébé dispose simplement de son corps et de ses états toniques pour arriver à se faire comprendre. Plus tard, les premières formes de langage (le babillage, les lallations, les mots puis les premières phrases), ainsi qu'une motricité nettement plus organisée, prendront le relais sur cette forme primitive de communication.

Jules est un enfant qui ne parle pas. De plus, c'est un enfant assez irritable. *Comment Jules a-t-il pu interagir avec son environnement lorsqu'il était plus petit ? Quelle a pu être la qualité des premiers contacts peau-à-peau avec sa maman ? Et à l'heure d'aujourd'hui, quelles sont ses capacités d'interaction avec l'environnement ? Comment arrive-t-il à se faire comprendre, à exprimer ses besoins ?*

On sait combien la rencontre peut être étrange entre une mère et son bébé trisomique si mou et si peu réactif et combien elle peut handicaper la mise en place du dialogue tonique. Or, c'est à travers ce premier mode de communication que l'enfant et la mère arrivent à comprendre. Ce dialogue joue aussi un rôle dans l'attachement de la mère à son enfant et inversement. Dans la trisomie, certains bébés ont un tonus d'action très explosif, aux antipodes de leur tonus de fond habituel qui lui est très bas. On imagine combien une mère peut être très désorientée face à cet écart important d'états toniques. Tantôt son bébé est tout « mou », tantôt il devient tout « dur » et comme fermé. Comment trouver un dialogue tonique équilibré ? Que peut comprendre une mère ? Que peut-elle renvoyer comme informations à son bébé ?

L'absence de parole chez Jules nous a forcées à trouver d'autres modes de communication. Refusant le toucher, il était difficile d'entrer dans un corps-à-corps direct avec lui. C'est à travers un contact médiatisé avec le ballon que nous avons pu établir un certain dialogue tonique. Jules pouvait nous faire part d'un état de détente ou contraire de tension. Toutefois, c'est le lien visuel qui nous a le plus permis de comprendre les états de Jules. Dans sa posture par exemple, nous pouvions supposer dans quel état il pouvait être. A travers ce que son corps nous donnait à voir, nous avons réussi à interagir ensemble.

Jules utilise beaucoup son corps pour exprimer ce qu'il ressent ; de la colère par exemple lorsqu'il se tape le menton avec le dos de sa main. Ne pouvant nous formuler son opposition, c'est son corps qui en fuyant nous dit non. A l'heure d'aujourd'hui, c'est son corps collé au mur hors de la salle qui nous exprime son refus de venir en séance. Bien que nous ne soyons jamais vraiment sûres de ce qu'il peut nous transmettre, nous nous autorisons à penser ses désirs, ses besoins, ses craintes, ses peurs.

De même, nous ne savons pas si ses **bruits de bouche** ont valeur de communication, mais de notre côté nous les prenons comme tels. C'est pourquoi nous avons tenu nous aussi à accompagner nos séances de sons et d'onomatopées.

Jules se situe à des niveaux plutôt archaïques de communication. Il n'est cependant pas une exception. Il faut rappeler que tous les enfants trisomiques n'ont pas les moyens d'acquérir le langage. Et lorsque celui-ci est possible, il se peut qu'il soit très déficitaire. Le corps représente alors parfois le seul moyen de communication et d'interaction avec l'environnement dont l'enfant dispose.

Il nous a également semblé en séance que c'est parce que nous proposons à Jules un **appui-dos sécurisant et contenant** avec le drap que nous pouvions interagir ensemble plus longuement. Le bébé a besoin d'être tenu au départ pour pouvoir interagir avec son environnement. Assis, regroupé, porté, il peut alors diriger un regard plus disponible vers le monde qui l'entoure. C'est parce qu'il ne se soucie plus de savoir par quel moyen il va pouvoir se tenir, puisque l'environnement répond à ce besoin, qu'il peut se rendre entièrement disponible aux interactions. Dans le cas de Jules, et en attendant qu'il puisse trouver des moyens de se tenir seul, nous jouons le rôle de cet appui pour lui permettre de s'ouvrir un peu plus à son environnement et de profiter au mieux de ses interactions.

Évidemment, ce travail de mises en forme du corps n'est pas nécessaire auprès de tous les enfants trisomiques. Néanmoins, on peut les utiliser auprès de bébés et de jeunes enfants si la maîtrise de leur axe corporel est déficitaire. Toutefois, il ne s'agit pas de stimuler simplement la posture. Il est nécessaire que l'enfant prenne conscience que c'est son corps qui, installé ainsi, lui permet d'entrer en relation avec son environnement. Le psychomotricien devra donc veiller à verbaliser chaque situation, tout comme nous tentons de le faire auprès de Jules.

C) Et concernant le bilan sensori-moteur ?

L'étude de BULLINGER nous permet d'avoir à disposition un outil d'évaluation clinique complémentaire des autres tests psychomoteurs : le Bilan Sensori-Moteur.

Il s'agit d'un outil d'évaluation simple d'utilisation. Il permet une lecture globale de l'enfant selon une vision longitudinale de son développement. Si le sujet n'est pas capable de se soumettre à une évaluation type, le bilan sensori-moteur peut s'y adapter parfaitement. Dans le cas de Jules, un bilan psychomoteur type n'a pas pu se faire à cause de ses limitations motrices et intellectuelles. C'est dans ces cas-là que l'approche sensorimotrice peut se révéler nécessaire car elle permet au professionnel de ne pas rester bloqué face à l'impossibilité d'évaluer normalement son patient.

Le Bilan Sensorimoteur permet une lecture globale de l'enfant dans différents domaines : postural, sensorimoteur, spatial, tonico-émotionnel, oculo-manuel ou encore dans sa capacité à se représenter son organisme.

Nous n'avons pas pu passer fidèlement ce Bilan Sensori-Moteur à Jules mais l'approche sensorimotrice, à partir des manifestations de Jules, nous a néanmoins permis de comprendre le processus de son développement, ses modes d'organisation ainsi que ses potentialités. Toutes ces informations nous ont aidé à orienter de manière adaptée un projet thérapeutique qui convienne aux besoins de Jules.

Dans la trisomie, beaucoup d'enfants souffrent de troubles de l'attention. D'autres ne disposent pas de moyens suffisants pour être soumis à la passation de test psychomoteurs. Le Bilan Sensori-Moteur peut donc être intéressant à utiliser dans ces cas-là.

BULLINGER a pu montré l'importance de la période sensorimotrice dans le développement de l'enfant. Or, c'est cette période qui fait le plus souvent défaut chez les enfants trisomiques. L'approche sensorimotrice permet ainsi de cibler là où le développement de ces enfants a pu être entravé. C'est pour toutes ces raisons que ce bilan me semble adapté à l'évaluation psychomotrice des enfants trisomiques.

D) Quelques pistes de travail en psychomotricité :

Il me paraissait intéressant de présenter quelques pistes de travail à partir de l'approche sensorimotrice de BULLINGER. Ces pistes peuvent être utilisées dans le cas d'enfants trisomiques ayant un rapport au corps plutôt particulier et/ou étant assez limités. Ces dernières seront traitées selon les étapes du développement sensorimoteur. Il est évident que ces idées ne résument pas tout le travail que nous pouvons faire en psychomotricité auprès de ce type de population.

a) Travail autour de la régulation tonique :

Certains enfants trisomiques ont un tonus d'action très explosif. Les fortes émotions peuvent complètement les désorganiser. La régulation est souvent très difficile. Le psychomotricien doit donc essayer de trouver avec l'enfant un autre moyen d'expression de cette émotion. Il pourra également jouer le rôle de miroir des états de l'enfant.

Toutefois, cette mise en tension du corps est parfois utilisée pour contrecarrer l'hypotonie de fond. Le psychomotricien peut alors proposer des expériences corporelles de rassemblement à l'aide de tissus ou de hamacs. Les sensations vibratoires peuvent également jouer ce rôle d'unicité corporelle.

b) Travail autour des espaces :

1) Espace oral :

Dans le cas d'hypotonie bucco-faciale, l'espace oral est parfois très peu investi par l'enfant trisomique, entraînant des problèmes de mastication, de déglutition et de langage à long terme. Le psychomotricien pourra venir stimuler tactilement cette zone orale. Par exemple, BULLINGER propose pour les plus petits d'utiliser un coton tige. Le but est de le faire glisser sur la joue de l'enfant afin d'observer si l'enfant est capable de s'orienter vers la source de stimulation. On peut également masser les lèvres et les gencives avec pour voir si le bébé trisomique est capable de le « capturer » en fermant sa bouche. Tous ces exercices permettent ainsi de stimuler cette zone orale parfois très peu investie.

Pour les plus grands, le psychomotricien pourra proposer un travail autour du souffle à l'aide de bulles, d'instruments à vent, de plumes, etc. On peut également stimuler cette sphère orale à partir d'objets vibratoires (stylos électriques, masseur électrique, etc) comme nous avons pu le voir dans le cas de Jules.

2) Espace du buste :

Des mouvements d'extension sont repérables chez certains enfants trisomiques. Il s'agit parfois d'un moyen pour pallier au défaut tonique axial. Il est alors intéressant de favoriser les postures en enroulement chez ces enfants afin d'équilibrer l'extension à la flexion. Le psychomotricien peut se servir de drap par exemple pour l'aider à regrouper l'enfant. On peut utiliser d'autres moyens comme le hamac par exemple.

Le redressement du buste peut également être travaillé par des décharges toniques induites par le psychomotricien sur le corps de l'enfant. Ce travail peut être fait à partir de gros ballons sur lequel le psychomotricien va venir provoquer des déséquilibres. L'enfant va donc se recrouter toniquement et ainsi se redresser. Une accroche au niveau du bassin de l'enfant est nécessaire afin de l'accompagner dans son redressement. Il s'agit cependant d'un travail très technique. Dans le cas où des enfants se cambraient, le ballon peut leur permettre de trouver un arrière-fond réceptacle à leurs mouvements d'extension.

3) Espace du torse :

Les espaces gauche et droit ne sont pas coordonnés chez tous les enfants trisomiques. Or, c'est leur union en un seul espace de préhension qui permet la naissance de l'axe corporel. Pour cela, l'enfant doit être capable de rotation d'un espace à l'autre. Il doit également pouvoir rassembler ses deux mains au niveau de son axe médian.

Le psychomotricien devra donc amener l'enfant sur ce terrain. L'utilisation de gros objets peut s'avérer intéressante car elle force l'enfant à les saisir avec ses deux mains. Ces dernières peuvent alors être réunies sur un même plan, associant également l'espace droit à l'espace gauche le temps de cette manipulation.

c) Travail sensoriel :

Les enfants trisomiques souffrent de nombreuses limitations sensorielles dès leur naissance. Les impacts sur leur développement sensorimoteur peuvent être considérables.

1) Au niveau visuel:

Les regards peuvent être de biais ou fuyants. Certains utilisent préférentiellement leur fonction visuelle périphérique. Parfois, le regard dépend encore de la posture. Dans ces cas-là, le psychomotricien devra veiller à leur assurer des appuis posturaux afin que leur regard puisse se stabiliser. L'utilisation de panneaux texturés, type Vichy, peut également être envisagée comme un support tonico-postural.

2) Au niveau tactile :

Certains enfants refusent de toucher ou d'être touchés. Ce sont des enfants irritables. Le degré d'irritabilité est variable d'un enfant trisomique à un autre. Souvent, ils redoutent la sensation que l'objet pourra leur procurer, traduisant des expériences de base plutôt difficiles. La mise en place d'habituations à ce niveau semble difficile. Ce sont des enfants qui ont un degré d'appréhension assez élevé face aux nouvelles situations. Ils ont besoin de maîtriser la situation pour se sentir en sécurité. Comme nous avons pu le voir précédemment, le système tactile des enfants trisomiques est différent du nôtre. Une sensation peut être vécue comme douloureuse pour eux alors qu'elle ne le serait pas pour nous. De même, l'arrivée de flux tactiles peut complètement les désorganiser.

Le psychomotricien ne doit pas oublier que ce sont des enfants à ne pas brusquer. Il devra alors leur proposer des situations où ils puissent appréhender et doser à leur manière les stimulations. L'intérêt est de leur montrer que nous sommes conscients de leur appréhension et de leurs craintes. Il faut ainsi devenir un partenaire de confiance tout en les encourageant à se tourner vers de nouvelles expériences.

3) Au niveau auditif :

La localisation des sons n'est pas toujours aisée, empêchant l'enfant de savoir d'où vient le flux. L'enfant ne peut donc pas toujours anticiper la situation à venir.

Les enfants trisomiques peuvent être trop ou pas assez sensibles aux flux auditifs. Dans le premier cas, on peut observer une hyper-réaction qui peut les bloquer et les empêcher de s'orienter vers la source du flux. Dans le second, l'enfant ne manifeste aucune réaction mais peut être très vite surpris de voir apparaître un élément dans son champ de vision, n'ayant pas pu l'anticiper.

Le psychomotricien peut travailler à l'aide d'objets sonores à qualité résonnante car ils permettent de produire des effets vibratoires sur et dans le corps de l'enfant. On peut également proposer des jeux de localisation sonore afin de travailler de façon ludique la question de l'audition.

E) Limites et risques de l'approche sensorimotrice dans le soin psychomoteur :

Il me paraissait intéressant de formuler quelques limites et risques concernant une utilisation hâtive de cette approche sensorimotrice. Il est clair qu'elle possède un certain côté séduisant car elle permet d'apporter beaucoup d'informations et d'idées concernant le développement de l'enfant. On serait tenté de trouver une explication pour chaque phénomène. Toutefois, il me paraît important de ne pas réduire l'enfant à son symptôme. Il ne faut pas que le psychomotricien oublie qu'il s'agit d'un corps qui s'exprime, avec des besoins et désirs propres. Réduire la personne à son signe clinique le plus apparent deviendrait vite dangereux car il exclurait tous les autres éléments entrant en jeu. Des éléments que BULLINGER s'attache à ne pas oublier.

Prenons le cas de Jules. Son dos nous paraissait très fragile et en besoin d'appuis. Nous avons été tentées de lui accorder une place très importante en séance. La prescription médicale nous poussait également dans cette direction.

Nous avons pu néanmoins nous en rendre compte. Il a été difficile de se détacher de ce dos qui revenait sans cesse au cours des séances. Nous nous sommes cependant autorisées à le « lâcher » un peu, pour lui permettre de se diriger vers d'autres expériences. Comme nous avons pu le voir précédemment, tous les éléments intervenant dans le développement sensorimoteur de l'enfant sont dépendants les uns des autres. Ainsi, pour Jules, ce n'est pas parce que nous ne le stimulerons moins au niveau du dos que cela n'y contribuera pas. On pourrait associer cette image de lâcher prise avec celle d'un enfant apprenant à marcher seul. En effet, l'enfant a besoin que son entourage puisse le lâcher et ne soit plus « sur son dos ». Cette expression s'adapte parfaitement à la situation de Jules. Il s'agit de la condition *sine qua non* pour que l'enfant puisse apprendre à marcher seul et devenir autonome. Il me paraît important que Jules puisse également connaître cette petite part d'autonomie.

Il me semble aussi primordial de ne pas avoir une idée fixe et rigide du développement sensorimoteur de l'enfant. Chaque enfant a sa manière de l'aborder et de le vivre en fonction de son équipement de base, de son milieu familial et environnemental. Ainsi, il est évident qu'un même travail thérapeutique n'aboutira pas aux mêmes résultats selon l'enfant puisque chacun se l'appropriera différemment. Le psychomotricien doit pouvoir s'adapter à chaque enfant, ce qui permettra d'orienter au mieux notre clinique psychomotrice. Si un professionnel reste trop fixé et rigide dans l'application de son cadre interne, cela peut devenir dangereux pour le patient. Je pense réellement que cette approche peut nous servir de guide pour notre clinique psychomotrice auprès d'enfants trisomiques mais qu'elle ne doit en aucun cas la diriger de façon stricte. Il faut que le psychomotricien continue d'être étonné et surpris de ce que l'enfant trisomique peut montrer en séance. C'est ce qui lui permettra de relancer sans cesse sa réflexion psychomotrice et d'ainsi adapter sa clinique au plus près des besoins de l'enfant.

Enfin, il est évident que tout travail entrepris auprès d'un enfant trisomique se doit d'être en accord avec le projet institutionnel car le patient est compris dans un réseau pluridisciplinaire. Il faut donc s'attacher à faire du lien entre toutes ses prises en charge. La réalisation de cette approche sensorimotrice doit donc être transmissible à l'ensemble de l'équipe afin qu'elle puisse en comprendre sa visée.

Évidemment, la famille doit aussi devenir un partenaire privilégiée du soin psychomoteur. Le psychomotricien doit veiller à ne pas prendre une place toute-puissante auprès du patient trisomique, pouvant réactualiser la culpabilité des parents de ne pas savoir faire avec leur enfant. Ce sentiment pourrait arriver à les frustrer à long terme et nuire au suivi psychomoteur. Le psychomotricien ne doit pas oublier que c'est la famille qui est à même de comprendre au mieux l'enfant parce que c'est à ses côtés qu'il se sera développé. Il me paraît également essentiel de rester disponible aux besoins comme aux interrogations des parents, de pouvoir trouver des temps d'échanges avec eux, ne serait-ce que pour accueillir leurs appréhensions face au devenir de leur enfant.

CONCLUSION :

Ainsi, comme nous avons pu le voir, l'approche sensorimotrice de BULLINGER apporte de nombreux bénéfices à la clinique psychomotrice auprès des enfants trisomiques. La problématique de ces enfants se situe le plus souvent au cours de cette période sensorimotrice parce qu'ils ne disposent pas d'un équipement moteur et sensoriel suffisant pour aborder ce développement.

Cette approche permet au psychomotricien de dégager des hypothèses face aux modes d'organisation de l'enfant trisomique et d'ainsi le situer dans un processus développemental. La prise en compte de ces éléments nous permet alors de penser le soin psychomoteur en fonction des compétences de chaque enfant. Ainsi, chacun pourra profiter d'activités adaptées à ses besoins actuels.

De plus, l'approche sensorimotrice nous met à disposition un bilan qui peut s'avérer être un outil précieux pour l'évaluation de l'enfant trisomique. Ce dernier permet d'évaluer chaque élément participant au développement sensorimoteur de l'enfant, permettant au psychomotricien de cerner sa problématique. Toutes ces observations faites lui permettront également de formuler des pistes de travail adaptées aux besoins de chaque enfant.

CONCLUSION GÉNÉRALE

En ayant pris de la distance, je pense pouvoir dire que ce mémoire retrace mon évolution personnelle dans la construction de mon identité professionnelle. Lors de mon premier jour de stage de troisième année, j'ai pu voir avec quelle qualité et avec quelle technicité mon maître de stage pouvait travailler avec les enfants trisomiques. *Et moi ? Serais-je un jour capable de faire de même ?* Des questions sont nées, des appréhensions aussi. En faisant le choix de présenter l'apport de l'approche sensorimotrice de BULLINGER, ce sont au final des outils que je suis venue chercher.

Me projetant dans le milieu du travail, j'ai pu palper cette appréhension d'y arriver sans avoir suffisamment d'outils. *Comment vais-je faire ? Je ne m'en sens pas capable ! Je ne me sens pas prête.* Combien on souhaiterait partir de l'école avec une boîte à outils pour faire face à toutes les situations possibles que l'on rencontrera ! Pourtant, c'est en acceptant de ne pas savoir, en faisant le choix de se « lancer » dans la clinique auprès des patients que le soin psychomoteur peut prendre forme.

BULLINGER était un auteur que je redoutais. Pourtant, ses idées m'ont habitée tout au long de l'année, mes patients m'aidant parfois à avoir des déclics concernant des notions théoriques que je ne comprenais pas. L'approche sensorimotrice a pu entraîner chez moi une réelle richesse de réflexions, une autre vision du sujet qui, je sais, me servira tout au long de l'exercice de ma profession. Ce mémoire a su m'accompagner dans l'affirmation de mon identité professionnelle et dans la progression d'une belle confiance en moi. Certes, ce n'est que le début d'un long et passionnant chemin. Je compte sur mes rencontres cliniques et ma future carrière professionnelle pour l'enrichir un peu plus chaque fois.

Je voudrais clôturer ce mémoire par une question qui me tient particulièrement à cœur. Nous avons pu voir tout au long de ma réflexion avec quelles difficultés l'enfant trisomique pouvait aborder son développement et les risques potentiels d'apparitions de handicaps lourds surajoutés au handicap trisomique de base. Ne serait-il pas alors judicieux et pertinent qu'un enfant trisomique bénéficie d'une prise en charge précoce en psychomotricité ?

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

CUILLERET M. (2007), *Trisomie et handicaps génétiques associés*, éd. Masson, 2007.

VASSEUR R., DELION P., *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, éd. Éres, 2011.

BULLINGER A. (2004), *Le développement sensorimoteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche*, éd. Eres 2011.

ROBERT-OUVRAY S. (1993), *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*, éd. Desclée De Brouwer, 2010.

JOLY F., LABES G. (2009), *Julian de AJURIAGUERRA et la naissance de la psychomotricité, vol. 1, Corps, tonus et psychomotricité*, éd. Papyrus, 2010.

Articles :

DEVEZ A.F., 2004, Examen sensorimoteur : une articulation de différents plans de développement, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°140, p. 36-47

DELION P., 2004, Le développement sensorimoteur de l'enfant, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°140, p.16-23.

SCHMID-PONS N., 1995, De la sensorimotricité à l'intégration psychomotrice : relations d'objet précoces et identifications, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°104, p.32-42.

SOULAYROL R., 1988, Le dos, un mode d'approche perdu et retrouvé chez l'enfant psychotique, *Thérapie psychomotrice*, n°78, p.53-59

Mémoires ou thèses :

MEASSON Maryline, *L'adolescent porteur de trisomie 21 et la question de l'identité en thérapie psychomotrice*, Université Claude-Bernard, 1997.

PIERROT Marion, *Tonus et relation thérapeutique en psychomotricité*, Université Claude-Bernard, 2010.

MOLINA Sylvie, Rôle du tonus dans les relations du bébé à l'environnement : regards du psychomotricien, Université Claude-Bernard, 1988.

CHAMPAVIER Catherine, L'importance de l'intervention précoce en psychomotricité dans le développement de l'enfant trisomique, 1986.

Sites internet :

<http://www.t21.ch/conseils-et-ressources/prise-en-charge-medicale/ophtalmologie/>

<http://www.afpssu.com/Deficience-intellectuelle--978.html>