

APPORT D'UNE PRISE EN CHARGE EN PSYCHOMOTRICITÉ, EN COMPLÉMENT DE LA KINÉSITHÉRAPIE CHEZ L'ENFANT IMC AYANT SUBI UNE INTERVENTION MULTIFOCALE

Diane PIERDON¹

RÉSUMÉ

Les interventions multifocales ont apporté un grand progrès dans la prise en charge orthopédique des jeunes IMC puisqu'elles permettent en une seule opération de corriger les anomalies concourant à l'aggravation de la marche.

Mais la rééducation qui suit une telle intervention est intensive et très lourde pour un enfant ou un adolescent encore en pleine construction de son identité physique et psychique. La douleur, les modifications du schéma corporel et de l'image du corps induisent une diminution de la confiance en soi et une perte des repères corporels.

La prise en charge en psychomotricité de ces jeunes patients vise à diminuer la douleur, à améliorer le réinvestissement corporel, et à faciliter leur rééducation en kinésithérapie.

La psychomotricité contribue à accompagner l'enfant dans son retour vers une plus grande autonomie avec le souci de son bien-être physique et psychique tout au long de sa rééducation.

SUMMARY

Orthopaedic surgery for cerebral palsy brings considerable progress regarding the orthopaedic treatment of young cerebral palsy sufferers, because it enables to correct several march-abnormalities in one surgery only.

But the intensive reeducation necessary following such a heavy surgery is hardly supportable for children or youngsters struggling with their physical and psychological identity. The pain, the body schema and body image modifications induce reduced self-confidence and the loss of body signs.

Psychomotricity as new treatment for young patients can help take in charge their pain and facilitate the body healing achieved by the physiotherapeutic reeducation.

Psychomotricity help the child acquire autonomy in marching, taking account its physical and psychological well being during its reeducation.

MOTS CLÉS

Gestion de la douleur - Image du corps - Infirmité motrice cérébrale (IMC) - Intervention multifocale - Kinésithérapie - Psychomotricité - Schéma corporel

KEYWORDS

Pain management - Body image - Cerebral palsy - Multifocal surgery - Physiotherapy - Psychomotricity - Body schema

• • • • •

¹ Psychomotricienne
CMPRE Bois-Larris
Lamorlaye (60)

Par souci d'anonymat, les prénoms des enfants ont été modifiés.

LES INTERVENTIONS MULTIFOCALES ou multisites visent "à corriger en un seul temps opératoire toutes les anomalies musculotendineuses et architecturales concourant à l'aggravation fonctionnelle de la marche." [1]. Pendant l'intervention sont ainsi réalisés des allongements musculaires, des ténotomies, des transferts tendineux, des gestes osseux (ostéotomies fémorales, tibiales et/ou du pied).

Les gestes réalisés sont décidés après divers examens cliniques, bilans ostéo-articulaires, évaluation de la motricité fonctionnelle globale, bilan de la spasticité, analyse du coût énergétique et analyse de la marche mais ce

n'est qu'en postopératoire que l'on connaît exactement tous les gestes qui ont été effectués (certains ne pouvant être décidés que pendant l'intervention chirurgicale).

"En moyenne, ces enfants ont subi 10 interventions simultanées associant dans les deux tiers des cas, chirurgies osseuse et musculotendineuse." [1]. Ces interventions ont pour avantage :

- de traiter les déformations en un seul temps pour rétablir un équilibre global ;
- de diminuer la durée totale d'hospitalisation et de rééducation dans la vie de l'enfant, avec un impact moindre sur sa vie familiale et scolaire ;

- d'éviter la répétition angoissante des interventions ;
- une amélioration esthétique.

LA RÉÉDUCATION KINÉSITHÉRAPIQUE

Le plan de rééducation est décidé en postopératoire ; il indique les consignes particulières et, notamment, les limites de mobilisations articulaires qui dépendent des gestes opératoires ainsi que les amplitudes obtenues en peropératoire.

Les postures sont débutées 48 heures après l'opération ; l'enfant reste en général 7 jours dans le service d'orthopédie, puis arrive dans le service de rééducation.

Il se présente après l'opération avec des attelles surpédieuses et des attelles cruro-jambières plâtrées. L'enfant est en chariot plat durant les 3 premières semaines. Progressivement, il utilise un fauteuil roulant avec des repose-jambes à l'horizontale et un dossier incliné. Il reprend ensuite la marche dans les barres, puis en déambulateur avec attelles rigides d'extension de genoux de type "Zimmer" et ses attelles surpédieuses plâtrées.

Ensuite, ces dernières sont remplacées par des orthèses de marche et les "Zimmer" sont supprimées. Peu à peu, selon les possibilités de l'enfant, le déambulateur peut être remplacé par des cannes qui pourront ou non être abandonnées par la suite.

Les objectifs prioritaires de la rééducation sont :

- la conservation des amplitudes obtenues en peropératoire ;
- la remise en charge rapide de l'enfant (qui sera d'autant plus rapide qu'il n'y a pas eu de gestes osseux) ;
- l'entretien de la contractilité et la récupération de la force musculaire des muscles allongés ;
- l'atténuation de la douleur.

À raison de 3 heures par jour environ, la rééducation dure 3 à 6 mois selon qu'il y a eu ou non des gestes osseux. Les bénéfices de l'opération ne sont réellement évalués qu'un an après l'opération car les progrès continuent après la période de rééducation en centre.

Pendant cette période de rééducation intensive, la vie quotidienne de l'enfant est bouleversée. Il est éloigné de

son école habituelle, de sa famille qu'il voit lors des visites et des week-ends à domicile. Il est en chariot plat, puis en fauteuil, entravé par ses plâtres, puis ses attelles.

Il doit s'adapter à l'internat et subir un rythme de vie très intense : son emploi du temps est rythmé par 3 heures de kinésithérapie quotidienne, une scolarité adaptée, ses devoirs, des soins infirmiers, la vie de groupe. Il ne lui reste que peu de temps pour jouer et se reposer.

Nous allons voir que les apports de la rééducation psychomotrice dans le suivi des interventions multifocales sont multiples. Elle permet un mieux-être psychologique et favorise la progression vers une meilleure autonomie en partenariat avec les kinésithérapeutes. Elle aide l'enfant à gérer la douleur, et favorise notamment l'intégration neuropsychomotrice des modifications corporelles et psychiques induites par l'opération.

RÉÉDUCATION PSYCHOMOTRICE DE L'ENFANT AYANT SUBI UNE INTERVENTION MULTIFOCALE

Indications

Les motifs des prescriptions médicales en psychomotricité sont :

- la prise en charge de la douleur ;
- les difficultés psychologiques en lien avec la reprise de la marche (angoisse de chute par exemple) ;
- de favoriser l'intégration du schéma corporel et un réinvestissement corporel global.

Bilan psychomoteur

Le bilan est essentiellement basé sur l'observation de l'activité spontanée de l'enfant, notamment de son attitude corporelle (attitudes antalgique, repli sur soi, réactions de défense, exploration de l'espace, modes de déplacements), de ses possibilités de communication verbale et non-verbale, de sa motivation pour le jeu.

Le discours de l'enfant à propos de son ressenti corporel, de son estime de soi, de son vécu lié à l'opération tient également une place importante.

Une évaluation des niveaux d'évolution motrice (NEM) que l'enfant est capable de réaliser et des possibilités motrices globales de l'enfant permet d'adapter ensuite les exercices proposés à ses capacités.

Un dessin du bonhomme peut être proposé à divers intervalles lors de la rééducation afin d'évaluer l'évolution du schéma corporel et de l'image du corps de l'enfant.

Des évaluations par échelles de douleurs sont également proposées.

SÉMILOGIE PSYCHOMOTRICE DU JEUNE PATIENT AYANT SUBI UNE INTERVENTION MULTIFOCALE

On peut observer chez ces enfants les signes suivants :

- la douleur ;
- le bouleversement du schéma corporel ;
- la restriction des mouvements et de l'activité corporelle ludique ;
- une limitation de l'exploration de l'espace ;
- des modifications de l'image du corps ;
- des affects dépressifs, de l'anxiété ;
- une baisse de la confiance en soi.

La douleur

La douleur est très présente dans les premiers jours de l'hospitalisation puis au centre de rééducation. L'enfant la rencontre le plus souvent lors des transferts, des soins infirmiers, des soins d'hygiène et pendant la rééducation.

Des évaluations par échelles de douleur peuvent être proposées par toute personne prenant soin de l'enfant. Il est important également de repérer les conditions de survenue de la douleur.

Ces informations sont communiquées au médecin et à l'ensemble des personnes s'occupant de l'enfant, ce qui permet éventuellement au médecin d'adapter sa prescription d'antidouleurs et à chacun, selon sa prise en charge, de proposer des solutions :

- relaxation ;
- recherche de position antalgiques ;

- techniques kinésithérapiques de prévention de la douleur ;
 - adaptation de l'installation de l'enfant ;
 - réalisation des soins et de mobilisation sous MEOPA ;
- ce qui permet une analgésie légère et un effet anxiolytique.

La douleur chez l'enfant atteint de paralysie cérébrale a ses spécificités, en effet, *"la douleur est elle-même source de réactions dites de défense qui génèrent ou amplifient encore plus la douleur"*. [2].

"Plus ou moins importante, elle peut entraîner une contraction réflexe ou une exacerbation de la spasticité, qui ne pourra être maîtrisée par l'enfant, et qui sera source de douleur." (ibid.), car elle pourra entraîner un mouvement involontaire d'une zone opérée.

Elle est aussi fonction du stress de l'enfant et de son vécu par rapport à l'éloignement familial, à l'intervention chirurgicale, et à ses précédentes expériences de rééducation.

La douleur est également entretenue par la peur d'avoir mal. L'augmentation du tonus musculaire est majorée chez chacun d'entre nous par l'anxiété, chez l'enfant atteint de paralysie cérébrale s'ajoutent également les contractions irrépressibles de repos (facteur B).

On peut ainsi observer chez ces enfants, lors des mobilisations en kinésithérapie, des paratonies au niveau des membres supérieurs, du visage et du dos sans cause pathologique autre que les sensations douloureuses postopératoires aux jambes et l'anxiété.

La douleur est un obstacle à l'investissement du corps ; elle perturbe l'enfant, et notamment son engagement dans sa rééducation qui nécessite une participation active de sa part.

En effet, même si, selon Schilder [3], elle favorise la connaissance du corps et la construction du schéma corporel, le patient peut aussi l'éloigner de son Moi corporel si elle est trop intense et désinvestir son corps [4].

Pour David Le Breton [5], la douleur *"vient rompre la confiance élémentaire en son propre corps."* [6]. Il est donc essentiel qu'elle soit bien prise en compte en rééducation.

Les bouleversements du schéma corporel¹

On peut aisément imaginer que l'intervention chirurgicale a profondément modifié le schéma corporel de l'enfant. L'enfant qui marchait en triple flexion a perdu tout ses repères antérieurs. Il va devoir se reforcer un schéma corporel suffisamment stable pour que la perception qu'il a de ses jambes lui permette de retrouver un équilibre suffisant pour se sentir en sécurité et avoir confiance en ses jambes pour le porter. C'est tout au long de sa rééducation que l'enfant va découvrir ses nouvelles possibilités motrices principalement grâce aux expériences qu'il va vivre en kinésithérapie.

Tant que l'enfant est sous plâtre et immobilisé au chariot ou au fauteuil, les sensations qu'il peut ressentir sont pauvres. Les informations qu'il reçoit de son corps sont celles qu'il peut ressentir en kinésithérapie, lors des soins infirmiers ou d'hygiène, il est donc crucial de minimiser la douleur lors de ces soins.

La restriction des mouvements, de l'activité corporelle ludique et de l'exploration de l'espace

Immobilisé par les plâtres, allongé les 3 premières semaines sur un chariot plat, puis en fauteuil, l'enfant voit évidemment son activité motrice et ses possibilités d'exploration de l'espace limitées par les nécessités postopératoires. Mais on peut également constater fréquemment que de lui-même, l'enfant va réduire à leur minimum les gestes du tronc et des membres supérieurs. Ce n'est pas seulement ses jambes que l'enfant n'ose pas bouger mais tout son corps.

C'est majoritairement la douleur et la peur de la douleur qui entraînent dans les premiers temps d'hospitalisation, chez certains de ces enfants, une restriction des mouvements et de l'activité corporelle ludique.

Ainsi, lors de la première séance de psychomotricité, les enfants s'inquiètent souvent du déroulement du transfert

au tapis. Gwenaëlle, 15 ans a pour première réaction : "Je vais avoir mal" lorsque je lui explique qu'à deux nous allons la porter du fauteuil au tapis. Elle a pourtant l'habitude que ce type de transfert soit fait du fauteuil à la table de kinésithérapie.

L'enfant est perturbé dans ses capacités d'adaptation parce que ses repères corporels sont modifiés. Tout nouveau mouvement est source de crainte.

Je propose à Luna, 8 ans, de faire des échanges avec un ballon, ce qu'elle accepte avec enthousiasme (fig. 1). Elle est assise au tapis, avec ses attèles cruro-jambière et ses bottes plâtrées. Je dois prendre un ballon de baudruche car elle a peur de recevoir un ballon plus lourd sur ses plâtres et que ce soit douloureux.

Lorsque le ballon tombe à côté d'elle, elle ne tend pas les bras et n'incline pas spontanément son tronc pour tenter de le récupérer et préfère me demander d'aller le chercher. Ses mouvements de bras pour attraper et lancer le ballon se font à minima, il n'y a aucune amplitude dans ses gestes.

Luna est persuadée que le ballon est trop loin et ne pense pas pouvoir réaliser ce mouvement, je dois l'inciter à essayer, elle est finalement tout étonnée d'y arriver.

Luna est anxieuse, elle n'a pas encore eu le temps de s'adapter à ses nouvelles sensations corporelles, ses repères spatiaux et proprioceptifs sont modifiés par l'opération.

Les retentissements psychiques de l'intervention

Luna s'observe dans le miroir et dit : "Mes cicatrices sont comme des fermetures éclair toutes rouges, elles sont moches. Oui, c'est ça, on dirait des fermetures éclair de pantalon et encore sur les pantalons il n'y en a qu'une fermeture".

Johanna, 10 ans, m'explique son opération : "Le chirurgien a coupé mes os et il m'a mis les pieds à l'envers".

¹ **Schéma corporel** : proposé par Schilder en 1923, ce terme désigne la représentation interne du corps, une figure spatiale et fonctionnelle que chacun utilise pour se mouvoir dans son environnement.

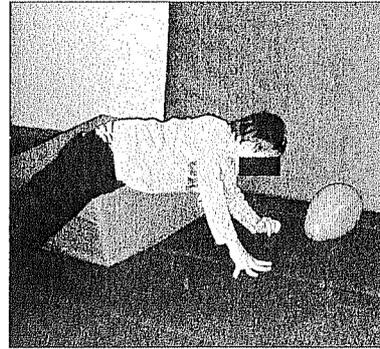
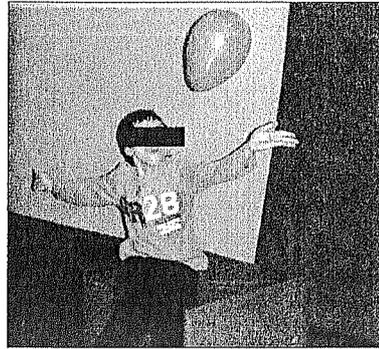
Cette représentation se construit par intégration par le cerveau des données sensorielles et sensitives. Elle se modifie au fur et à mesure des enseignements tirés des interactions avec cet environnement. Le schéma corporel est donc en perpétuel remaniement.

"Le schéma corporel est un modèle neurologique d'un schéma tridimensionnel du corps qui fait référence au corps actuel dans l'espace." [6].



Figure 1

Un simple échange de ballon permet de retrouver des gestes d'ouverture du corps et d'oser bouger



Après une intervention aussi lourde, c'est toute l'image du corps² de l'enfant qui est remaniée, il y a une rupture dans le sentiment de continuité identitaire. Ainsi, longtemps Johanna comparera en séance les possibilités qu'elle avait avec ses "anciennes jambes" et celles de ses "nouvelles jambes". Peu à peu, elle a pu expérimenter et ressentir de nouvelles sensations et ses jambes sont redevenues ses jambes.

Avant l'opération, l'enfant vivait dans sa famille, marchait ou déambulait, même si ce déplacement était peu fonctionnel et très coûteux d'un point de vue énergétique. Il a bien conscience que le but de l'opération est d'améliorer sa marche ou d'éviter son aggravation. Pourtant, ce qu'il constate dans un premier temps après l'opération, c'est qu'il est loin de chez lui, en fauteuil et qu'il ne peut plus effectuer ces gestes qu'il avait souvent chèrement acquis avant. Il est, en effet, extrêmement difficile pour un enfant de se projeter dans le temps et de se dire : "Dans 6 mois, je marcherais mieux qu'avant".

Les affects dépressifs majorés par le contexte de labilité émotionnelle et les difficultés cognitives propres à l'enfant atteint de paralysie cérébrale sont donc fréquents chez les jeunes patients, et il est souhaitable qu'ils puissent être pris en charge par un psychologue si nécessaire.

Lorsqu'il recommence à déambuler dans les barres le jeune opéré doit reconquérir son équilibre. On lui demande de "solliciter ses muscles et ses articulations dans des secteurs angulaires qu'il n'avait jamais pu explorer, ni exploiter". [1]. Ces nouvelles sensations ne peuvent se référer à aucune expérience antérieure. Elles peuvent générer une anxiété chez l'enfant qui exprime parfois le sentiment d'une "inquiétante étrangeté".

Chez tous les jeunes opérés, on peut observer une importante angoisse de chute liée au manque de repères corporels. Arnold, 15 ans, commence à marcher sans aides techniques dans le service de rééducation, mais même après plusieurs séances il est extrêmement angoissé, s'agrippe à sa kinésithérapeute et rase les murs pour pouvoir avoir un appui sûr en cas de déséquilibre.

Aucun conseil, aucune phrase rassurante ne l'aide à surmonter cette angoisse, rien ne peut le raisonner, il est au bord des larmes et ne semble pas écouter ce que lui dit sa kinésithérapeute:

L'angoisse de chute entraîne une diminution, voire une perte du sentiment de sécurité ; le déséquilibre corporel entraîne alors parfois un déséquilibre psychique qui se traduit notamment par une grande anxiété et une difficulté à réaliser les gestes que le rééducateur lui demande d'accomplir. "Les enfants qui ont peur d'être déséquilibrés pour récupérer leur équilibre instable, réagissent par des tensions toniques exagérées et des crispations, qui bloquent l'ensemble du tonus des muscles de la vie de relation". [7]. "L'enfant peut alors être envahi par un sentiment d'insécurité affective qui peut limiter sa capacité à communiquer". (ibid).

L'enfant peut aussi ressentir une perte de maîtrise des événements. Il est devenu dépendant pour la plupart des gestes de la vie quotidienne, un sentiment de trahison corporelle peut rendre difficile la reprise de confiance en soi, en son corps et en ses jambes qui doivent le porter et dont il ne reconnaît pas les informations transmises.

Porté par la volonté de progresser dans sa rééducation, soutenu par les gains quotidiens d'autonomie qu'il peut constater, par les encouragements, le désir et le regard de

² **Image du corps** : c'est la manière dont le corps est investi narcissiquement par l'individu. Pour Dolto, "l' image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire." [8]. Elle se structure en fonction du développement psycho-affectif (lié, entre autres, aux rencontres de l'individu et à ses interactions avec l'environnement). Elle fait partie du processus de personnalisation qui ne peut se développer harmonieusement qu'à partir d'un narcissisme satisfaisant et d'un bon schéma corporel.

sa famille, du médecin et des soignants, le jeune opéré essaye au mieux de surmonter la douleur, ses angoisses et les aléas de sa rééducation. Il doit se forger un schéma corporel, une image du corps et des assises narcissiques stables et sécurisantes.

La prise en charge en psychomotricité peut faciliter ce processus en aidant l'enfant à gérer la douleur, contribuer au phénomène de résilience³ en l'accompagnant pour accomplir le travail psychique de réinvestissement corporel et en favorisant les expériences permettant l'intégration d'un nouveau schéma corporel.

Déroulement et objectifs de la prise en charge en psychomotricité

La sémiologie psychomotrice développée par ces jeunes patients implique que la prise en charge en psychomotricité soit à la fois de l'ordre de la rééducation psychomotrice (rééducation sensori-motrice, travail des NEM, travail sur le schéma corporel, exploration de l'espace...) mais aussi de la thérapie psychomotrice (abord de l'image du corps, réinvestissement narcissique, travail de la confiance en soi, travail sur l'angoisse de chute, sur les retentissements psycho-affectifs de l'intervention...).

La prise en charge en psychomotricité comporte le plus souvent deux temps distincts : tout d'abord, des séances de relaxation, puis par la suite des séances ludiques de motricité.

Adaptée à l'âge, aux capacités de compréhension de l'enfant, la relaxation est le mode de prise en charge qui semble le plus approprié dans la période de rééducation qui suit immédiatement l'opération puisqu'il permet d'avoir un abord corporel du patient sans exiger de lui des mouvements qui pourraient être douloureux ou sources d'anxiété.

Ce médiateur a différents objectifs. Tout d'abord, et c'est le principal motif de prescription par les médecins, la relaxation apporte à l'enfant un moyen supplémentaire de gérer la douleur. Elle facilite le relâchement de l'enfant lors des mobilisations en kinésithérapie permettant de gagner en amplitude dans les angles de mobilisation articulaires. La relaxation permet aussi d'aborder, malgré l'immobilisation, les prémices d'un réinvestissement corporel.

Les effets de handling⁴ et de holding⁵ apportés par une relaxation par mobilisation passive (méthode Wintrebert par exemple) contribuent au sentiment de sécurité et à la construction du schéma corporel. C'est évidemment aussi le cas pour les mobilisations et massages effectués par les kinésithérapeutes.

L'enfant en relaxation retrouve une prise sur les événements et sur son corps ce qui peut d'une certaine façon compenser la sensation de perte de maîtrise corporelle induite par la douleur et la perte d'autonomie.

Le rythme de vie de l'enfant en rééducation postopératoire est très intense et la relaxation lui offre un moment pour lui, de détente et de plaisir corporel. Dans cette période, il est fondamental que le corps puisse être vécu de manière positive, apporter de la satisfaction et pas seulement des contraintes et de la souffrance.

Dans un second temps, la prise en charge peut être réorientée vers des séances d'activités motrices (fig. 2). Elles interviennent lorsque l'enfant n'est plus entravé par la douleur. En général, elles débutent lorsque l'enfant peut se passer des attèles cruro-jambières au tapis mais peuvent débuter plus tôt, par exemple si l'enfant n'adhère pas à la relaxation.

Toujours sous forme ludique, les séances sont adaptées en fonction de son rythme de progression en kinésithéra-

³ **La résilience** : c'est la capacité de se refaire une vie et de s'épanouir en surmontant un choc traumatique. Il s'agit d'une qualité personnelle permettant de survivre aux épreuves majeures, et d'en sortir grandi malgré l'importante destruction intérieure, en partie irréversible, subie lors de la crise.

Le terme, emprunté à la physique, désigne le retour à l'état initial d'un élément donné. Les psychiatres américains spécialisés dans la petite enfance ont adopté le mot dans les années 90. Il a ensuite été popularisé en France par Boris Cyrulnik.

⁴ **Le holding** signifie la façon dont est porté l'enfant physiquement et psychiquement. Ce sont les soins maternels qui soutiennent le Moi de l'enfant encore immature. Le holding met en place chez l'enfant le sentiment d'exister et de se sentir comme une unité différenciée.

⁵ **Le handling** signifie le maniement. C'est la manière dont l'enfant est traité, soigné et manipulé par sa mère. Les conditions et effets du handling participent au développement du fonctionnement mental, ainsi que la reconnaissance de l'interaction et relation soma-psyché.

Ces notions sont utilisées par Winnicott dans sa conception de la relation mère-enfant [9].

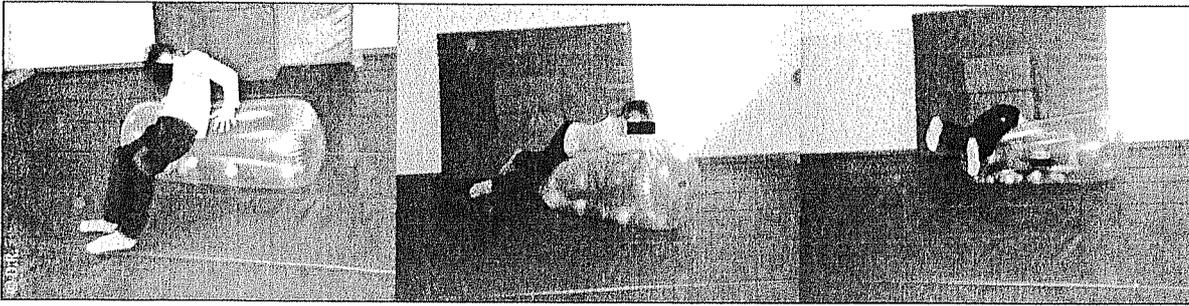


Figure 2

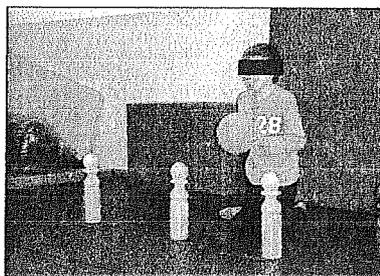
Expérimenter librement sa motricité pour se reforcer un schéma corporel, et refaire connaissance avec son corps

Figure 3

Séances d'activités motrices



En appui sur les pieds en station assise



À genoux dressés pour lancer



Dribble en chevalier servant

pie et tiennent évidemment compte d'éventuelles contre-indications médicales. Lorsque l'enfant a obtenu une flexion de genoux suffisante en kinésithérapie, je peux introduire les jeux à quatre-pattes dans ma rééducation ; lorsqu'il aborde en kinésithérapie la position du chevalier servant pour se relever, je mets en place en psychomotricité des activités qui vont inciter l'enfant à utiliser et à explorer cette position (grimper sur un toboggan en mousse, faire des roulades sur des rouleaux...).

L'un des objectifs est de permettre à l'enfant de retrouver son propre style moteur qui soit un bon compromis entre le geste optimal appris en kinésithérapie et le geste vécu que l'enfant va s'approprier et qui, au fil des répétitions, va s'engrammer et devenir un schéma moteur automatisé.

La répétition et l'expérimentation des schèmes est d'autant plus importante chez l'enfant atteint de paralysie cérébrale que pour certains des difficultés praxiques viennent complexifier ce type d'apprentissage moteur et rendent notamment difficile l'approche analytique. En effet, l'enfant comprend l'explication du geste qu'il doit réaliser mais son cerveau ne peut élaborer le schéma moteur approprié pour le mettre en œuvre. Une approche plus sensori-motrice peut parfois permettre de contourner cette difficulté.

Pour ces enfants qui se restreignent dans leurs activités motrices, il s'agit aussi de susciter le désir de mouvement.

L'expression corporelle, la danse, les jeux de ballons sont des médiateurs motivants pour l'exploration de l'espace et les déplacements qui permettent également un réinvestissement narcissique du corps.

L'enfant va se réapproprier son corps dans sa globalité, et cesser de se focaliser sur ses jambes.

Ces activités permettent aussi l'enrichissement des sensations kinesthésiques et proprioceptives ; l'enfant est encouragé à faire ses propres expériences motrices soutenu par le regard bienveillant du psychomotricien (qui a fonction de holding psychique). C'est le patient qui décide où sont ses limites du moment et lui qui décide de les pousser un peu plus loin.

Le contact des jambes sur le tapis, les mains du psychomotricien, des petites balles de différentes textures promenées sur les jambes, le mouvement... l'ensemble de ces sensations contribue à la reconstruction du schéma corporel. Ces expériences sensori-motrices sont très complémentaires aux exercices d'apprentissage neuromoteur proposés en kinésithérapie (fig. 3).

Une rééducation en balnéothérapie peut aussi être proposée après cicatrisation. C'est un médiateur ludique apprécié des enfants. Il est très sécurisant puisque les mouvements se font en douceur et que le risque de chute est aboli. L'enfant est libéré de ses entraves motrices et de la pesanteur et peut donc explorer plus largement sa motri-

APPORT D'UNE PRISE EN CHARGE EN PSYCHOMOTRICITÉ EN COMPLÉMENT DE LA KINÉSITHÉRAPIE CHEZ L'ENFANT IMC AYANT SUBI UNE INTERVENTION MULTIFOCALE

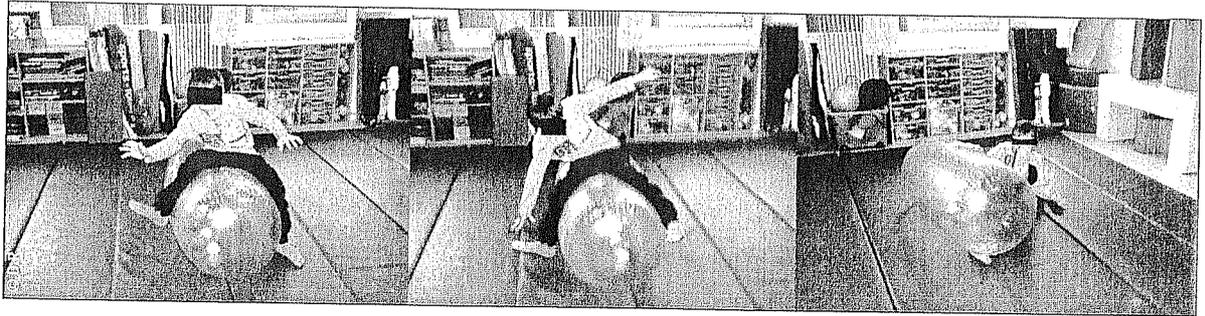


Figure 4

Jeux autour de l'équilibre et de la chute

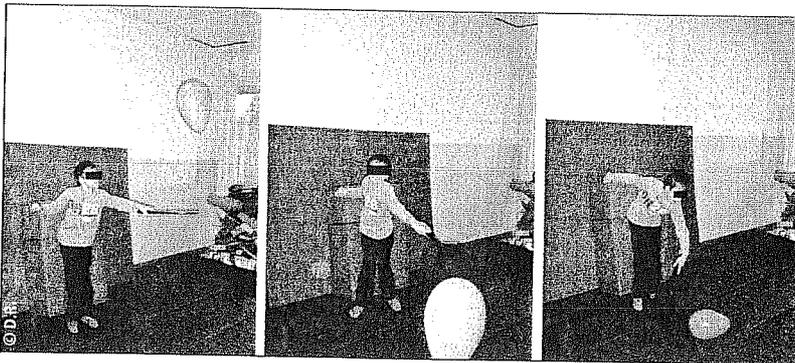


Figure 5

Se tenir debout, défier les lois de l'équilibre et la peur de tomber, se rêver grand joueur de tennis...

cité. L'eau par son aspect contenant permet un ressenti corporel global et un enrichissement des sensations corporelles. De plus, elle apporte une détente musculaire. Elle permet la sollicitation des articulations sans que l'enfant ait l'impression de travailler.

Le miroir utilisé en kinésithérapie permet un feedback sur le geste. Il est également utilisé en psychomotricité, pour que l'enfant puisse tout simplement s'observer, exprimer son ressenti et jouer avec son reflet. Il peut alors prendre conscience des modifications de son apparence, apprivoiser son image accompagné par l'écoute, les mots et le regard bienveillant du thérapeute. Les séances de psychomotricité sont l'occasion de mettre des mots sur le vécu corporel postopératoire.

L'enfant qui a perdu confiance en ses possibilités est parfois freiné dans sa progression par son anxiété alors qu'il semble physiquement en mesure de réaliser ce que son kinésithérapeute lui demande. L'une des angoisses les plus présentes est celle de chuter ; il m'arrive donc fréquemment de faire expérimenter la sensation de chute à ces enfants.

À partir d'un rouleau, sur de gros tapis, des coussins, nous jouons à rouler, à nous laisser tomber ou à faire semblant de tomber (fig. 4). Je tombe avec l'enfant, je le rattrape avant qu'il ne tombe, je fais constater à l'enfant que lorsqu'il tombe, il a des réflexes parachutes qui le protègent... La peur est mise en scène et verbalisée, le but étant de dédramatiser la chute et de faire vivre à l'enfant une expérience psychique qui lui montre que, certes, il est possible qu'il tombe, que cela lui arrivera probablement mais qu'il ne doit pas vivre dans un sentiment permanent d'insécurité.

L'expérimentation ludique des points d'appuis au sol contribue aussi largement à restaurer le sentiment de sécurité et la confiance en soi. J'incite Arnold, 15 ans, qui marche depuis peu sans cannes à monter sur le tapis pour commencer le jeu de ballon ; il refuse car le tapis ne lui semble pas être une surface stable.

Je dois dans un premier temps lui proposer de prendre appui sur mon bras pour monter sur le tapis et y faire quelques pas mais devant son inquiétude, nous décidons finalement de faire le jeu de ballon sur le sol.

Au cours du jeu, le ballon atterrit sur le tapis, Arnold s'engage prudemment dessus pour le récupérer et revient fièrement en me faisant remarquer sa prouesse. Expérimenter l'appui, ce n'est pas seulement prendre appui, c'est pouvoir jouer avec ses appuis sans crainte de tomber.

Le travail sur différentes surfaces (herbe, gravier, tapis, coussins...) permet à l'enfant d'engranger des expériences sensori-motrices qui le rendent plus sûr de lui (fig. 5).

Pour Luna, c'est, entre autres, en traversant une rivière de crocodiles sur des blocs de motricité que la confiance est revenue. Nous écrasons ensuite ces crocodiles à grands pas en nous donnant les mains et en chantant "Ah les croco-co, les crocodiles sur les bords du Nil, ils sont partis

n' en parlons plus". Portée par la dynamique des séances et l'imaginaire, Luna a réalisé des mouvements qu'elle refusait de faire par ailleurs.

La prise en charge en psychomotricité a aussi largement contribué à faire retrouver un meilleur moral et était attendue avec impatience par cette petite fille qui pleurait très souvent car elle vivait mal l'éloignement familial, la perte d'autonomie et les difficultés de sa rééducation.

Les expériences vécues par l'enfant en psychomotricité l'aident à retrouver des repères corporels stables qui sont les fondements de son identité. Elles contribuent à restaurer la confiance en soi et l'accompagnent dans l'acceptation de sa nouvelle image.

KINÉSITHÉRAPIE-PSYCHOMOTRICITÉ : l'alliance thérapeutique

Kinésithérapeute et psychomotricien poursuivent un but commun : permettre à l'enfant de retrouver la plus grande autonomie possible en fonction de ses capacités. Les modalités des deux prises en charge sont cependant assez différentes.

L'enfant aura environ 2 heures de psychomotricité par semaine, alors qu'il passe 10 à 15 heures par semaine en kinésithérapie. Généralement, il attend sa prise en charge en psychomotricité mais redoute parfois sa séance de kinésithérapie.

Le dialogue entre le médecin, le kinésithérapeute, le psychomotricien et l'enfant est donc fondamental. Il sait qu'il va en psychomotricité pour jouer ou se relaxer mais il est essentiel qu'il comprenne que ses deux thérapeutes travaillent main dans la main.

Il faut qu'il sache que la rééducation psychomotrice, même si elle se fait sous forme de jeu et laisse une large place au plaisir, a également pour objectif de favoriser sa progression et que la prise en charge en kinésithérapie est la clé pour atteindre les objectifs fixés. Il est en effet très important que l'enfant ne catalogue pas le kinésithérapeute comme le "mauvais objet" et le psychomotricien comme le "bon objet" sous peine de compromettre la progression de la rééducation.

Parfois, les séances sont réalisées en co-thérapie kinésithérapeute-psychomotricien, le psychomotricien peut

proposer une séance de relaxation pendant que le kinésithérapeute pratique des mobilisations ou une activité psychomotrice ludique permet de dévier l'attention de l'enfant pendant les postures, tout en l'incitant à mobiliser son tronc et ses membres supérieurs pendant que ses jambes sont posturées.

Au quotidien, chacun rapporte à l'autre les progrès de l'enfant avec un souci constant de valorisation. Le psychomotricien s'appuie sur les progrès en kinésithérapie pour proposer de nouveaux exercices à l'enfant, en mettant en valeur auprès de l'enfant que c'est grâce aux progrès et aux efforts fournis en kinésithérapie, qu'il peut évoluer vers de nouveaux jeux plus attrayants.

L'aisance, la confiance en soi, l'automatisation et l'appropriation du mouvement par l'enfant obtenus en psychomotricité permettent aussi au kinésithérapeute de faire progresser l'enfant et d'atteindre ses objectifs de rééducations. L'enfant se sent soutenu par cette alliance thérapeutique.

Au-delà de l'alliance entre kinésithérapeutes et psychomotriciens, la collaboration avec les ergothérapeutes, les médecins, les psychologues, l'équipe infirmière et l'équipe éducative est cruciale pour rechercher des solutions individualisées aux difficultés du jeune patient pendant son séjour au centre de rééducation. Ce travail en équipe pluridisciplinaire est aussi très enrichissant pour les professionnels.

CONCLUSION

Nous avons constaté avec les kinésithérapeutes, un gain dans les angles de mobilisation articulaire lorsque la séance de kinésithérapie intervient après une séance de relaxation et d'une diminution des réactions de défense et d'anxiété. Nous avons aussi relevé des évaluations de la douleur moins élevées lors des mobilisations mais ces évaluations n'ont pas été systématisées et nous n'avons donc pas pour le moment de chiffres permettant une étude objective.

Nous observons que les enfants ont une relation plus positive par rapport à leur corps, une amélioration de la confiance en soi et une diminution des affects dépressifs.

Les réactions des enfants, leur plaisir de venir en psychomotricité, leur désir d'agir et de jouer avec leur corps mon-