

Du bilan psychomoteur au bilan sensori-moteur : Enrichissement de la compréhension du développement de l'enfant.

Anja Kloëckner¹, Dorota Chadzynski², Evelyne Camaret³, André Bullinger⁴

Résumé

L'enfance est un processus où se tissent des dimensions physiques, biologiques, émotionnelles et sociales. Le bilan psychomoteur, outil de l'évaluation thérapeutique pratiqué par les psychomotriciens s'est enrichi récemment d'un regard très complémentaire sur les aspects sensori-moteurs des conduites qui sont moins connus. La pratique du bilan sensori-moteur qui va être décrit permet de mieux comprendre les avatars du développement du tout-petit, mais également de l'enfant porteur d'un handicap, de l'enfant sans langage, ou de l'enfant souffrant de troubles envahissants du développement.

Ce bilan se centre sur les aspects développementaux et tente de comprendre comment s'élaborent les représentations de l'organisme, des objets et de l'espace.

Outre les aspects psychométriques, ce bilan aborde le problème de la stabilité des conduites et de sa modulation par les composantes toniques et émotionnelles.

Mots clés : enfance, développement sensori-moteur, régulation tonique, évaluation, déficits sensoriels, représentations, troubles envahissants du développement.

Abstract

Childhood is a process during which physical, biological, emotional and social dimensions are woven together. Psychomotor assessment, the therapeutic tool used by psychomotricians to evaluate their patients, has recently added a lesser known sensory motor aspect. The use of the sensory motor assessment, described below, allows us to understand better, the development stages of a toddler, but also of a child with a handicap, a child who doesn't speak, with pervasive disorders, preventing normal development or presenting a sensory handicap.

This assessment centers on developmental aspects and tries to understand how the perception of the body, of objects and the notion of space, evolves.

Besides the psychomotor aspects, this assessment approaches the problem of behavioral stability and its modulation by physical and emotional constituents.

¹ Psychomotricienne, psychologue clinicienne, Paris

² Psychomotricienne, Psychologue clinicienne, Paris

³ Psychomotricienne

⁴ Professeur honoraire, Genève

Keywords : Childhood, Sensory motor development, Physical regulation, Assessment, Sensory deficit, Representation, Pervasive disorders of the development

Introduction

Les approches psychomotrice et sensori-motrice sont complémentaires et s'enracinent dans des bases théoriques communes apportées par des auteurs comme J de Ajuriaguerra (1962), H.Wallon (1925) et J.Piaget (1936).

Leur application clinique concerne cependant des niveaux du développement différents que nous allons présenter.

La psychomotricité se situe au carrefour de diverses disciplines appartenant aux sciences fondamentales comme la neurologie, la physiologie, l'anatomie, la psychologie, la pédagogie, la psychanalyse...

La psychomotricité cherche à favoriser le développement psychomoteur et à pallier les dysharmonies des fonctions motrices et de communication. Elle représente l'ensemble des phénomènes qui témoignent de l'inscription dans le corps de processus psychiques.

La spécificité du psychomotricien réside dans l'attention qu'il porte aux manifestations corporelles et à leurs significations, ainsi que dans l'établissement d'un dialogue corporel. Son intervention se situe au niveau de l'unité de la personne et cherche à modifier l'attitude de celle-ci par rapport à son corps pour tenter d'établir, de rétablir, de maintenir et d'enrichir les rapports de l'individu avec lui-même, avec autrui et avec son environnement.

La psychomotricité intervient comme une approche du vécu du corps et de la façon dont le sujet l'utilise pour entrer en relation avec l'autre. Elle a ainsi à faire avec le schéma corporel, l'utilisation investie du corps, l'émotion, le tonus, la perception vécue du temps et de l'espace, l'harmonie de la maturation et la relation à l'autre.

Elle offre des moyens de contrôle et de régulation du dialogue entre un sujet et son environnement.

Cette perspective de la thérapie psychomotrice s'adresse à tous les âges de la vie, et évolue dans ses indications en fonction de nouveaux besoins de la société (prématurité, soins palliatifs, gériatrie). Le bilan psychomoteur est un outil d'évaluation d'acquisitions psychomotrices, réalisé sur prescription médicale, en institution ou en libéral.

Il se réfère à une approche corporelle spécifique qui s'inscrit dans «une motricité en relation»: il permet de saisir l'expérience du corps engagé dans une action en identifiant les différents modes d'organisation ainsi que les potentialités du patient.

Il ne donne pas de diagnostic, mais permet de préciser le niveau moteur de l'enfant. Il permet de situer le patient par rapport à une norme et de dépister un éventuel retard ou des déviances motrices ou praxiques.

Il est composé de différents tests issus des examens neurologique, psychologique et cognitif. De nombreuses batteries de tests sont proposées plus spécifiquement selon les âges (NP-MOT, Vaivre-Douret, 2006) et selon la nature des troubles (BHK, Albaret, 2003) pour l'écriture, (MABC, Henderson et Sugden, 1992) pour l'évaluation de la dextérité manuelle et des coordinations, Ajuriaguerra (1962), Stambak (1963).

Ces évaluations permettent selon le contexte d'objectiver d'une part un score et un écart éventuel à la norme, et d'autre part de mieux comprendre la nature des difficultés psychomotrices et du fonctionnement global de la personne.

Les conclusions du bilan psychomoteur sont discutées en équipe pluridisciplinaire et déterminent ou non la mise en place d'une prise en charge corporelle.

Un compte-rendu est généralement remis aux parents via le médecin prescripteur.

Dans la perspective sensori-motrice, le bébé dispose à la naissance d'un ensemble de conduites prédéterminées qui engagent l'organisme dans sa globalité. Ce mode d'organisation offre à l'enfant les matériaux sensori-moteurs redondants, nécessaires à la coordination et à la transformation des conduites. Cette base sensori-motrice et tonique, matériau de l'activité psychique permet la progressive élaboration de représentations. Celles-ci vont porter sur les objets, l'organisme et l'espace qui les contient. Le développement de l'enfant est d'abord sensori-moteur avant l'apparition des processus d'individuation et l'accès au symbole.

Le bilan sensori-moteur va s'appuyer sur ces repères qui permettent de comprendre l'auto-organisation des conduites.

La démarche dans laquelle il a été conçu à partir de la clinique des enfants porteurs de déficits nous permet de mieux appréhender la nature des liens que la personne établit avec son milieu physique et social (Bullinger, 2004).

Nous pouvons comprendre le rapport entre psychomotricité et sensori-motricité en considérant cette dernière comme un des soubassements théoriques à la psychomotricité.

Ces aspects théoriques seront développés avant d'aborder l'apport du bilan sensori-moteur.

Aspects théoriques

Cet outil d'évaluation s'inscrit dans une perspective développementale et instrumentale. Les notions comme les différents systèmes de régulation tonique, le soubassement sensori-moteur des conduites, le travail de représentation de l'activité psychique, le développement psychomoteur basé sur la maîtrise d'espaces corporels fondent cette approche et amènent une meilleure compréhension du comportement de l'enfant au cours de son évaluation.

L'approche développementale met l'accent sur la notion du processus et d'intégration progressive des moyens sensori-moteurs en appui sur les dimensions physiques et humaines du milieu.

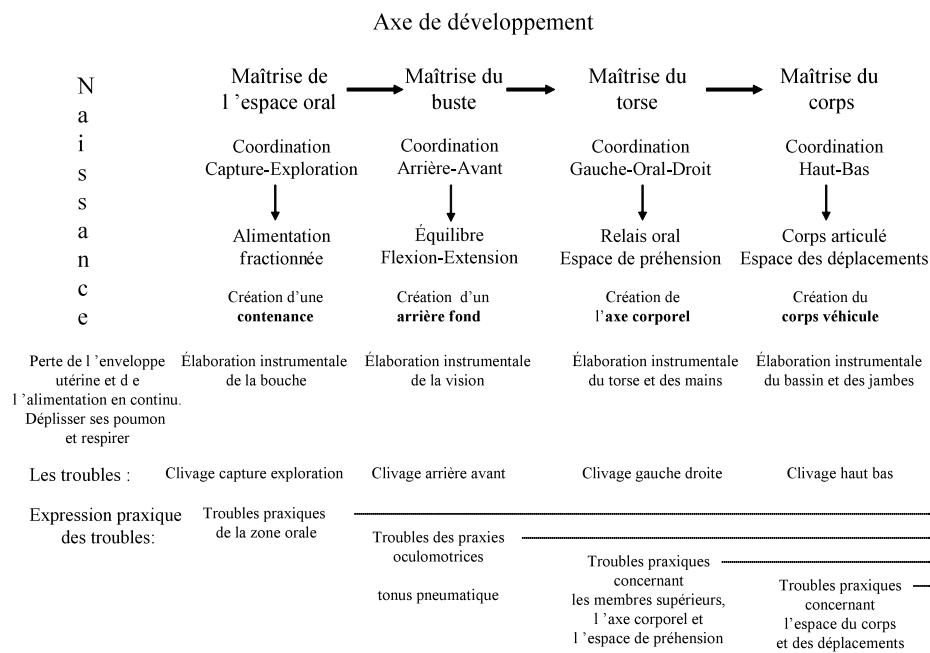
L'approche instrumentale tente de comprendre comment s'élaborent des systèmes sensori-moteurs (des outils) qui permettent de comprendre et d'agir sur le milieu. Durant les débuts de la vie, lors de la période sensori-motrice, le bébé apprend non seulement à habiter son corps, il en fait aussi un moyen d'action sur son milieu humain et physique. L'accent est mis sur le fait que la subjectivité va se construire progressivement. L'activité psychique va être occupée par ce travail représentatif qui concerne simultanément l'organisme, les objets et l'espace et permettra d'élaborer un corps, des objets représentés et un espace qui les contient.

Progressivement les représentations deviennent stables avec la mise en place de coordinations qui peuvent exister indépendamment de l'action.

Ces représentations s'appuient sur les matériaux que l'organisme rencontre dans ses interactions avec le milieu.

Cette activité psychique de représentation peut se dérouler s'il y a un équilibre sensoritonique. Cette notion fondamentale, introduite par Wallon peut se définir comme un état de l'organisme qui permet sans désorganisation de recevoir les signaux issus des interactions avec le milieu. Un tonus trop élevé fige l'organisme et à l'inverse un effondrement tonique ne permet pas de mobilisation posturale. Cet ajustement sensori-tonique est nécessaire pour que l'interaction de l'organisme et de son milieu puisse se dérouler.

L'un d'entre nous a décrit dans un tableau (Bullinger, 2007), les différentes étapes du développement moteur. Ce tableau permet de comprendre les liens entre les acquisitions posturales, la maîtrise des coordinations sensorimotrices et la mise en place successive d'espaces: on passe de l'espace utérin à l'espace oral, à l'espace du buste, à l'espace du torse et finalement à l'espace du corps.



Dans cette perspective, on se centre sur les processus d'élaboration et d'appropriation de l'organisme. Cette démarche amène à chercher comment un enfant s'organise, comprend le monde, et sur quelles modalités sensori-motrices il s'appuie pour évoluer.

Elle reste complémentaire d'autres éclairages comme ceux de psychanalystes G. Haag (1985), P. Delion (2000) ou de médecin de rééducation fonctionnelle R. Vasseur (2000), de neuropédiatre L. Vallée (2009) qui viennent enrichir la compréhension du développement de l'enfant.

Pour reprendre les termes de S. Missonnier (2008), elle donne un substrat pour travailler les liens entre « l'enfant observé » de l'approche développementale et « l'enfant re-construit » de la perspective psychodynamique.

Le bilan sensori-moteur s'inscrit dans la continuité d'un travail clinique: il précise les éléments qui vont orienter le travail, et se prolonge dans la prise en charge par la mise en pratique des pistes de soins.

Objectifs

Le bilan sensori-moteur prend en compte la dimension relationnelle dans ses expressions toniques et posturales, associées à la dimension cognitive. L'évaluation cherche à identifier les compétences dans plusieurs domaines: sensoriel, tonique, postural, moteur, praxique, tente de saisir les représentations de l'organisme et les capacités dans le domaine relationnel.

L'aspect dynamique du bilan (son rythme, les résistances, etc.) met en évidence les sensibilités de l'enfant, ce qui permet de choisir les moyens thérapeutiques ayant une chance d'être efficaces. On dépasse ainsi un constat psychométrique.

La démarche scientifique suppose un contrôle de tous les paramètres de la situation pour ensuite faire varier un paramètre et observer les effets de cette variation. Cela suppose une causalité linéaire qui permet d'étudier les états stables, mais ne permet pas d'étudier des processus de transformation.

Concernant le développement humain il n'y a pas une causalité unique et linéaire, mais un tissage de dimensions physiques, biologiques et sociales. Compte tenu de cette réalité, le bilan a été pensé comme un réseau de situations dont on connaît les propriétés.

Il est conçu comme une chaîne de situations. Chacune offre des résultats qui alimentent une hypothèse du clinicien qui sera à vérifier par une nouvelle situation.

Le sérieux de la démarche, son fondement scientifique, tient à la succession des hypothèses locales qui sont référées à un corpus théorique. Chaque situation prise isolément n'est pas

cruciale, ce qui est informant, c'est la trajectoire, la suite des hypothèses qui permet de synthétiser l'observation.

Dans cette perspective, on ne peut pas concevoir l'examen comme ayant une structure rigide à travers laquelle l'enfant doit passer. Il faut construire de nombreuses petites situations et les choisir en fonction de ce qui vient d'être observé. C'est le point le plus difficile pour l'examineur en situation, il faut décider ici et maintenant que faire ensuite.

Les éléments cernés par le bilan sont relatifs aux aspects posturaux, sensoriels et moteurs. Ils sont abordés sous un double aspect: on s'intéresse à l'intégrité du support d'une part et d'autre part aux coordinations qui permettent l'instrumentation de ces moyens (l'opérativité). La validation porte sur les résultats de chaque étape. C'est la partie fiduciaire de l'examen qui éventuellement peut permettre de situer un enfant relativement à une norme. Cette évaluation normative où, bien souvent l'enfant est décrit par ce qu'il ne fait pas, ne permet pas de construire un projet de soins.

S'appuyant sur des aspects qualitatifs, la composante dynamique permet de prendre en compte la fluctuation des conduites, la variation de l'équilibre sensori-tonique.

La prise en compte des particularités des chemins de développement permet de mieux approcher des enfants différents.

Le fait que le bilan ne soit pas globalement coté, participe à cette volonté d'axer l'observation et l'interaction sur les ressorts des compétences et des niveaux d'évolution du patient. Il reste ainsi complémentaire des autres bilans et apporte un éclairage plus axé sur la description des capacités sensori-motrices et du mode de fonctionnement du patient.

Indications

Il s'adresse à tous les âges de la vie et à tous types de pathologie.

En néonatalogie, l'approche sensori-motrice s'inscrit dans les soins de soutien au développement du bébé. Les bilans participent à la prévention par le dépistage de troubles précoces aux origines multiples, (séquelles de prématurité, troubles moteurs, sensoriels, TED, autisme).

Il peut être une approche complémentaire dans l'abord des patients déficients moteurs, auditifs, visuels et polyhandicapés sans langage.

Dans le cas des personnes âgées, les bilans peuvent transformer aussi le regard des soignants sur la personne dont ils visent à améliorer le confort psychique et physique: ce domaine reste encore à développer.

A travers cette rencontre, il s'agit de proposer un ensemble de «mises en situations» permettant d'explorer les compétences motrices, sensorielles, cognitives, émotionnelles, relationnelles du patient.

L'objectif étant, après une réflexion commune autour des questions que les parents et les professionnels se posent, de trouver en fonction d'un projet, des aides concrètes et réalisables correspondant aux besoins actuels de l'enfant et de sa famille.

Modalités de passation

Wallon disait «séparer l'enfant de son milieu revient à lui décortiquer le cerveau». Notre compréhension de l'enfant ne peut se faire sans entrevoir les ressources de son milieu. Dans cette perspective les parents sont présents et sont sollicités à chaque étape du bilan.

Ils doivent être, dans l'idéal, demandeurs de cette évaluation ce qui les met dans une position plus active.

Ils sont présents pendant la passation du bilan. Plusieurs membres de la famille comme les frères et sœurs peuvent y assister.

Leur participation se traduit alors par une observation active: s'il leur arrive d'intervenir au début pour canaliser l'agitation de leur enfant, ou lui reformuler une consigne, ils s'installent ensuite rapidement à une juste distance: ils respectent la relation qui s'établit entre l'examineur et l'enfant et saisissent les enjeux de la situation. Ils ont la possibilité de s'identifier à leur enfant et de suivre ses cheminements à travers la relation à un tiers. Comme il ne s'agit pas de noter des performances, mais plutôt de comprendre pourquoi le patient ne réussit pas, leur attention est dégagée d'un souci de réussite et davantage axée sur l'observation des conduites.

La façon dont les interactions s'installent entre eux, donne des éléments de compréhension sur la dynamique relationnelle qu'on peut interroger au moment de la discussion.

Selon les assises narcissiques individuelles disponibles des parents, l'enfant pourra plus ou moins compter sur leur soutien.

Certains seront plus à distance au point de sortir téléphoner, d'autres ont envie de faire les épreuves et d'être à la place de l'enfant ce qui sera perceptible à travers leurs expressions.

On observera aussi les interactions de l'enfant avec sa famille.

Certains enfants ont besoin de faire des allers - retours entre l'examineur et le giron maternel, d'autres vont ignorer la présence des parents, d'autres ne pourront s'en séparer, (Nicolas a besoin d'être touché par sa mère à l'endroit où il a senti un contact étranger, Nolan, 28 mois, va chercher à téter sa mère dans ses moments de désarroi, d'autres demandent l'approbation des parents par le regard).

Ces événements qui émaillent l'examen, transforment les représentations des parents à propos de leur enfant.

Juste après le bilan vient le temps de la restitution. L'entretien permet à travers cette continuité d'aborder à «chaud» ce qui s'est passé. L'examineur livre ses impressions mais aussi ce qu'il a repéré du fonctionnement du patient. Ce moment est l'occasion de partager avec les parents les représentations qui se sont construites ou transformées durant l'examen, de comparer avec ce qui se passe à la maison, de donner des explications sur certaines conduites (comme les stéréotypies, la nature de la fatigabilité) et de tenter de répondre à leurs questions.

L'ajustement des représentations au plus près des capacités de l'enfant permet de relancer une dynamique où l'enfant est pensé davantage en fonction de ce qu'il sait faire et de comment il le fait. Cet ajustement permet de limiter l'écart entre la réalité du fonctionnement de l'enfant et les attentes du milieu à son égard.

La dynamique d'évaluation dans cet espace d'échange, favorise le remaniement des représentations que chacun se fait de l'enfant, ainsi que l'élaboration du projet de soin.

Au cours du bilan de Nicolas, enfant autiste, la salle et le matériel ont été quelque peu malmenés : les objets sont dispersés, les éléments comme les tapis sont éparpillés et l'examinatrice est éreintée par l'étayage psychique et physique requis pour assurer une juste attention. «Quel beau bazar il nous a mis, il m'a bien fait courir!» dit elle à la maman. Celle-ci n'est pas surprise et retrouve dans ce vécu ce qui lui est quotidien. On parle bien du même enfant celui qui épuise, qui hurle et déchire, mais aussi celui qui peut écouter et explorer quand on lui offre des appuis adaptés. Il est pointé alors l'importance des espaces contenant, du jeu avec les frontières à l'image de celui qu'il est en train de poursuivre avec des panneaux en carton, de sa capacité d'attention quand on lui assure un arrière - fond, ce que sa mère constate et comprend. Tout comme l'effet apaisant observé, de certaines sollicitations sensorielles proposées.

Ces observations permettent :

- de donner des conseils pour le quotidien qui est ici pris en compte et relié à ce qui a été repéré. On peut interroger la façon dont l'enfant s'endort, comment se passent les temps de la toilette (séchage, douche etc.), l'alimentation.

- d'orienter le travail vers des axes prioritaires, qui concernent le niveau d'intégration sensorielle, le développement postural, les réalisations praxiques. Pour Nicolas par exemple, il est conseillé de travailler en psychomotricité d'abord autour du tactile en variant la nature des stimulations pour consolider l'intégration de l'enveloppe corporelle.

Une fois que l'on a livré nos premières impressions, les parents donnent leur avis et parlent de leur enfant. C'est à ce moment -là qu'apparaissent les questions sur l'anamnèse.

Par exemple si on détecte des irritabilités tactiles importantes de la sphère orale, une forte mobilisation de cette zone (mobilisation de la langue) avec des difficultés de coordination entre les côtés droit et gauche on fait l'hypothèse d'une fragilité d'intégration de l'espace oral qui amène à questionner sur l'alimentation : à la question « comment se passe l'alimentation », les parents répondent le plus souvent «bien», mais quand on pousse plus loin en demandant de nous décrire un repas, ils parlent alors des difficultés pour manger

proprement, de mâcher, d'accepter que les aliments mixés, de ne manger que des pâtes. On peut alors demander s'il y a eu des expériences précoces traumatiques et il arrive bien souvent que des périodes d'hospitalisation, des antécédents de reflux, des alimentations par sonde soient mentionnés. On retrouve en quelque sorte la trace corporelle de ces événements marquants.

Ces éléments cliniques nous permettent de parler «depuis» l'enfant et non pas «de l'enfant», l'examineur devient en quelque sorte un «traducteur».

Les parents reçoivent un rapport écrit de nos observations et commentaires. Lors d'un autre rendez-vous, ce rapport est relu avec eux pour qu'ils en comprennent tous les termes et pour qu'ils puissent adhérer ainsi plus facilement au projet thérapeutique.

Nous leur expliquons alors nos conclusions et les axes de travail proposés.

Utilisation du matériel vidéo

La prise de vue par vidéo permet de revoir la séance et d'affiner les observations déjà faites au cours du bilan. C'est un moyen de garder une trace de l'interaction, qui facilite l'analyse des conduites. L'analyse est à ce moment-là dégagée d'une implication transférentielle directe, qu'on aura pris soin de noter dès la fin du bilan. En effet, il est important de recueillir nos impressions à chaud: la fatigue, le sentiment d'avoir été happé, ou encore celui d'être passé à côté, traduisent les aspects du dialogue tonico-émotionnel, élément essentiel de ce bilan.

La relecture des images se centre plus précisément sur des conduites sensori-motrices, permet une analyse fine des données en termes descriptifs, et une évaluation du niveau de développement.

Cette vidéo peut aussi être reprise avec les parents lors de la restitution et est un moyen de guidance parentale: les passages qui nous sont apparus comme les plus révélateurs et significatifs sont visionnés. Cette reprise de passages du bilan permet d'illustrer le rapport qu'on leur a remis.

Ce matériel est aussi très précieux dans le suivi des prises en charge:

- la situation de re-test permet à chaque fois de réévaluer le projet en fonction de l'évolution du patient.

- il devient un outil d'analyse commune avec les autres professionnels intervenants dans la prise en charge.

Dans le cas de Noé 25 mois, la présence à son bilan de la psychologue qui le suivait a permis une prise de conscience de l'importance de l'expression de ses troubles au niveau moteur et ainsi de mieux soutenir le travail fait par la psychomotricienne en précisant le niveau d'intervention de chacun.

L'orthophoniste d'Edith a pu faire un lien entre « le tonus pneumatique » (l'utilisation du blocage respiratoire pour maintenir son buste) de l'enfant et la difficulté à produire des vocalises. On observe en position couchée sur le dos que les vocalises s'enrichissaient. On a compris que la position couchée ne nécessitait plus le recours au blocage de la respiration.

- si les parents sont d'accord, le support vidéo est utilisé pour les supervisions et les enseignements.

Contrairement aux idées reçues, la présence de la caméra et du caméraman ne perturbe pas l'examen, pour autant que le dispositif soit montré et expliqué à l'enfant. Il n'est alors pas perçu comme intrusif et est vite oublié.

L'entretien avec les parents n'est pas filmé.

Déroulement d'un bilan

La famille est accueillie dans la salle où se déroule le bilan: la première prise de contact est plutôt rapide. Les parents exposent les motifs de leur venue, nous leur expliquons en quoi consiste le bilan. L'anamnèse n'est pas à ce moment-là la priorité, l'examineur reste ainsi dans une certaine neutralité et ne sera pas influencé dans ses explorations par des données déjà acquises. Dans ce premier temps, il cherche plutôt à installer le patient dans la situation et à instaurer la relation.

L'examen débute avec l'enfant près ou sur les genoux d'un parent, pour progressivement occuper la salle, avec comme préoccupation, une installation adaptée qui prenne en compte l'appui au niveau des pieds, du dos et un bon maintien au niveau du bassin. Cette préoccupation pour la mise en forme est un fil rouge qui guide cette évaluation. Elle permettra de voir dans quelles conditions l'enfant est le plus compétent, quel type d'appui peut l'aider. L'idée est de trouver l'installation, le matériel, le contact, l'appui relationnel qui viendront suppléer le défaut d'intégration de l'axe corporel et favoriseront de meilleures capacités exploratoires en stabilisant l'enfant. La qualité de l'instrumentation dépend du fond tonique rendu disponible. Cet étayage qui varie entre des mises en formes, des régulations toniques et des représentations psychiques de contenance, permet de trouver les points d'appui les plus utiles pour que l'enfant maîtrise ses conduites.

Souvent les enfants instables ou ayant des troubles TED sont sensibles aux effets contenantants de matériel comme le plancher ou comme des panneaux de carton avec lesquels ils peuvent se constituer des limites qui les stabilisent. Le plancher est un rectangle en bois avec un petit rebord qui constitue souvent pendant tout le bilan «l'espace de l'enfant» dans lequel l'adulte ne rentre pas.

Enchaînement de situations

Au fur et à mesure que se déroule le bilan, les items seront choisis en fonction de ce que l'examineur perçoit et ce qu'il estime devoir explorer de façon plus spécifique. Il n'y a pas d'ordre établi dans les items et d'un patient à l'autre les épreuves proposées varieront en fonction des conduites observées.

Le choix et l'ordre des items, avec d'éventuelles répétitions, des refus, se construit sur la base de l'interaction qui se noue lors de l'examen entre la personne examinée et l'examineur.

Les interactions sont indicatives des ressources du milieu et mettent en évidence la façon dont l'enfant recourt à ce milieu (appui sur les parents, regards des parents compris comme interdicteurs ou au contraire soutenant).

Les items proposés d'une situation d'examen à l'autre pourront être très différents d'une part en fonction de la problématique, d'autre part en fonction de la dynamique même de l'examen.

Une des difficultés à laquelle est confronté l'examineur est de savoir composer sur le moment une série de situations adaptées à ce que l'on perçoit de l'enfant tout en restant dans la dynamique du bilan.

Au cours du bilan, on repère les situations où l'enfant, bien installé, arrive à dépasser ses difficultés. Elles donnent des idées pour instaurer des pistes de travail.

Alex 3 ans enfant présentant des conduites entravant son développement : très instable, il se déplace soit à 4 pattes en évitant le contact de ses pieds au sol, soit en extension extrême en marchant sur la pointe des pieds. Il apparaît très irritable lors des premières sollicitations tactiles, puis se met à explorer ses pieds à travers différents matériaux du bilan, nous montrant l'intérêt de découvrir ses pieds et l'importance d'aller à son rythme (pieds plus mobiles et actifs, moins de retraits). Il apparaît alors important de poursuivre ces situations en séances et d'instaurer un travail d'intégration sensorielle.

Dès qu'elle est submergée par les sollicitations proposées, Nina s'éloigne et s'installe sur son coccyx, les jambes tendues vers l'avant, elle respire fort, bat des pieds et des mains dans une excitation qui la coupe de la relation. Lorsqu'on l'installe dans une bouée tout en poursuivant l'interaction, elle arrive se rassembler à nouveau et renoue le contact rompu.

Dans la mesure où les difficultés de ces enfants résident dans l'utilisation de leur corps, la qualité d'échange peut être largement améliorée par des stimulations sensorielles adaptées et une mise en forme corporelle qui offre les appuis utiles.

Selon que l'enfant est allongé confortablement (en enroulement) ou assis face à l'interlocuteur, ses capacités d'interaction peuvent changer radicalement.

Epreuves

Les épreuves permettent en dehors d'un cadre normatif, d'explorer des domaines où l'individu peut montrer ses compétences et ses limites.

Le bilan sensori-moteur est composé d'un ensemble de situations matérielles qui ne varient pas en fonction de l'âge.

Par contre l'assemblage des diverses épreuves qui vont composer le bilan va varier en fonction du niveau du développement supposé et des conduites produites lors de la passation.

Ainsi une même épreuve peut être proposée à des patients d'âge et de pathologie différente. Le visuel par exemple sera exploré, pour la poursuite visuelle, à l'aide d'une boîte à fente (sorte de grosse lampe de poche avec un motif contrasté) chez le bébé prématuré aussi bien que chez les adultes.

Une partie des items se fait avec le minimum de consignes.

C'est la situation qui interroge l'enfant qui alors déploie ses moyens sensori-moteurs, en fonction des buts qu'il se donne. Cette orientation spontanée dans la tâche proposée est un élément clinique important.

On évalue les rôles des différentes composantes sensorielles, toniques, posturales mobilisées «naturellement» par la situation proposée. Ces épreuves sont particulièrement adaptées aux enfants en bas âge, aux personnes sans langage verbal, avec peu de ressources motrices et à ceux qui souffrent de troubles envahissants du développement.

On propose des situations comme l'exploration tactile d'une grande boîte pleine de boutons: l'enfant est assis sur le plancher et l'on dispose la boîte devant lui. On regarde la nature des prises, la présence d'irritabilités, la possibilité de coordination oculo-manuelle. En déplaçant la boîte sur le côté, on va vérifier les postures asymétriques et les possibilités de se tourner sur le côté et d'investir les espaces droit et gauche, On peut aussi repérer des prises caractéristiques comme celle du bout des doigts que l'on retrouve souvent chez les enfants TED.

D'autres items viennent questionner la représentation de l'espace et de l'organisme et les capacités praxiques. Ils sont issus par exemple des tests piagétiens (analyse d'un effet d'ordre), de tests psychologiques comme celui de Garelli, du test de Rey...

On observe les conduites: acceptation de la situation, compréhension de la tâche. On repère les niveaux d'intégration qui varient selon l'âge et les capacités cognitives.

Le matériel est simple: des bâtonnets en bois ou faisant appel à des objets familiers: boutons, ventilateur, d'autres découlent de recherches fondamentales comme la lampe à fente pour le visuel.

Validation

La validation porte :

- d'une part sur les résultats de chaque situation: ceux-ci donnent des indications sur le niveau d'évolution de l'enfant et le situe par rapport à une norme. Il n'y a pas de cotation mais plutôt l'analyse du niveau d'intégration.

Le tableau relatif à l'axe de développement est à cet égard un outil précieux car il donne les éléments de compréhension pour situer le patient dans un niveau de développement.

- et d'autre part sur l'analyse de la trajectoire du couple examinateur-enfant lors du bilan: les refus, les alliances, les répétitions, les allers-retours sont autant d'éléments qui permettent de comprendre où en est l'enfant et quelle est sa dynamique, et permet de dégager quel est son «objet de connaissance» qui l'occupe à cet instant.

La restitution des items est, dans le cas des enfants ayant des troubles envahissants du développement, moins importante que la façon dont ils s'en saisissent.

L'objectif est de trouver le fil conducteur à des conduites manifestées.

Ces éléments recueillis au cours du bilan vont permettre d'ajuster «un costume thérapeutique» pour reprendre l'expression de P.Delion (in Bullinger 2004).

Noé 28 mois a un recrutement tonique important en extension, les bras restent placés en chandelier, avec peu de mouvements de coopération et de coordination, on note une cambrure importante au niveau du dos. Au cours du bilan, il apparaît nettement que ce défaut

d'équilibration entre les forces de flexion et d'extension du buste est compensé par une respiration particulière. La respiration reste haute et saccadée, le ventre est proéminent.

Son regard n'accroche pas toujours celui de l'adulte et se fixe dans le vide. La coordination entre vision focale et périphérique n'est pas acquise. La poursuite visuelle n'est pas possible. Lorsqu'on lui propose un appui au niveau du dos, assis sur et contre l'adulte, ses capacités d'attention sont meilleures. Les conduites instrumentales se transforment, la poursuite visuelle peut s'engager et les manipulations d'objets se mettent en place.

Cette transformation des conduites est imputable à la constitution d'un arrière-fond qui rend inutile le recours au tonus pneumatique et à l'agrippement du regard.

Rapport

L'objectif du rapport est de restituer les observations, de proposer une interprétation et de trouver un fil conducteur qui organise les faits observés permettant des propositions de soin.

Il est important qu'il soit écrit en termes clairs et compréhensibles de façon à être accessible aussi bien aux parents qu'aux autres professionnels, ce qui est souvent difficile. Cet objectif est atteint quand les parents disent retrouver leur enfant dans les propos écrits.

Une fois ce rapport compris et intégré, le projet de soin proposé peut se mettre en place entre professionnels.

La prise de contact avec les autres intervenants est alors essentielle et débouche sur la notion de travail en réseau.

Conclusion

Le bilan sensori-moteur propose une autre façon d'envisager l'évaluation et ouvre des champs d'exploration particulièrement intéressants pour les très jeunes enfants, les personnes polyhandicapées, à certaines pathologies comme les TED par exemple ou les personnes pour qui des évaluations classiques sont difficilement réalisables.

La tâche proposée permet de situer le niveau de compétences sensori-motrices et d'ajuster les propositions cliniques.

Ses modalités de passation (présence des parents et vidéo) ouvrent un espace d'échange avec la famille et avec l'équipe prenant en charge l'enfant. Sa dynamique d'évaluation favorise le remaniement des représentations que chacun se fait de l'enfant, ainsi que l'élaboration du projet de soin. L'expérience clinique acquise avec la pratique du bilan sensori-moteur donne une ouverture sur les potentialités que peut déployer un enfant en développement, même si au départ il n'est pas pourvu, à priori, d'un potentiel biologique intègre.

Cette perspective nous amène à reconsidérer les modes de gestion des échanges de l'enfant avec son environnement en évitant autant que possible d'assimiler l'enfant à son déficit.

Le bilan sensori-moteur s'inscrit dans une démarche intégrative et reste complémentaire des autres évaluations. Il peut être considéré comme le dit Wallon comme «une visite de chantier».

Cette visite de chantier où les échafaudages sont autant de moyens thérapeutiques qui évoluent avec la construction permettant à l'enfant d'être l'artisan de son développement.

Pour P.Delion (in Bullinger 2004) «le bilan sensori-moteur est à rapprocher d'un quasi objet transitionnel pour l'examineur et pour l'enfant, une possession non-moi avec laquelle ils se créent des représentations l'un de l'autre qui vont leur permettre de mieux se connaître. Il ne peut exister sans la théorisation qui le sous-tend.»

Inséré dans une perspective développementale, le bilan sensori-moteur est un apport essentiel à la psychomotricité par toute la richesse de son éclairage sur le développement psychomoteur et trouve toute sa place parmi les outils d'évaluation utilisés entre autres par les psychomotriciens.

Bibliographie

- Ajuriaguerra, J de. (1962) Le corps comme relation. Revue Suisse de Psychologie pure et appliquée, 21 : 1137-1157.
- Albaret, J-M, Maët C, Soppelsa R. (2003) BHK échelle d'évaluation, Editions et Applications Psychologiques, Paris
- Bullinger, A. (2004) Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Ramonville Saint Agne, Eres
- Bullinger, A. (2007), Sensorialité et émotionnalité primaire, approche sensori-motrice et développementale. GERPEN 2007 Paris
- Delion, P. (2000) L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique. Paris PUF
- Haag, G. (1985) La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. Neuropsychiatrie de l'Enfance 33 (2-3):107-114.
- Henderson et Sugden. (1992) MABC batterie de tests, Le Réseau Psychotech, Québec
- Missonier, S. (2008) Commentaires à la conférence d'A.Bullinger du 10.01.2008, WAIMHF, Musée Social, Paris
- Piaget, J. (1936) La naissance de l'intelligence chez l'enfant, Neuchatel: Delachaux et Niestlé,
- Stambak, M. (1963) Tonus et psychomotricité dans la première enfance. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé (Ed.)
- Vaivre-Douret, L. (2006) NP-MOT batterie d'évaluation des fonctions neuro-psychomotrices de l'enfant, ECPA, Paris
- Vallée, L. (2009) Apport des concepts du neurodéveloppement à l'évaluation de l'enfant, document de travail, formation au Bilan Sensori-Moteur, Lille
- Vasseur, R. (2000) Importance des aspects biomécaniques et des points d'appui posturaux dans la genèse de l'axe corporel, Enfance, 2000; 3: 221-233
- Wallon, H. (1925) L'enfant turbulent, Alcan, Paris, rééd. PUF-Quadrige, Paris, 1984