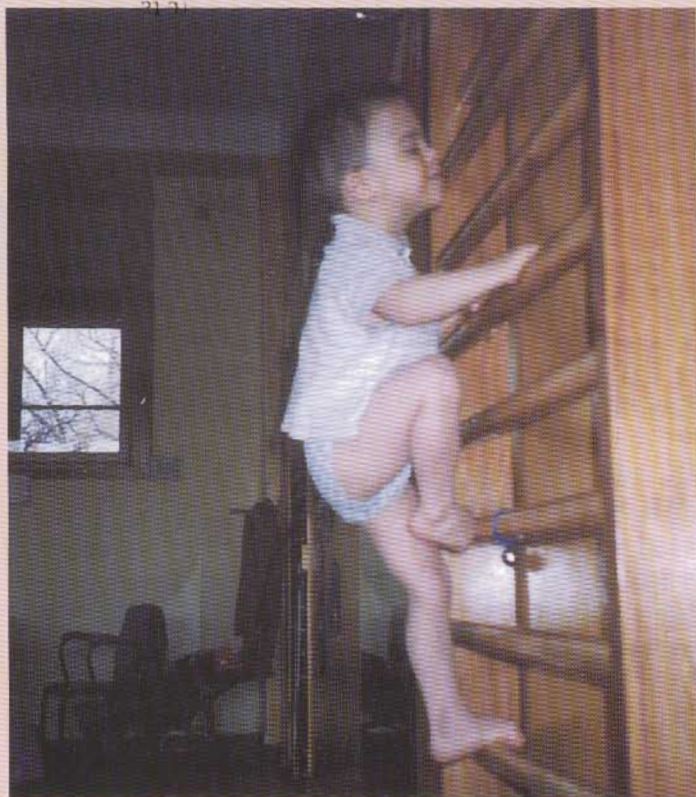


La kinésithérapie va aborder le côté moteur de l'éducation précoce. Notre but sera d'aider l'enfant à acquérir les bases de la motricité. Le bébé, puis l'enfant porteur d'une trisomie 21, va comme tous les autres enfants s'asseoir, se lever, puis marcher... un jour. Notre rôle est de l'accompagner dans son évolution motrice, afin que celle-ci se fasse sans trop de retard, et dans les meilleures conditions possibles.



Il est intéressant de pouvoir commencer l'éducation le plus tôt possible (5- 6 mois). A cet âge, le bébé commence à s'intéresser à ce qui se passe autour de lui, et à répondre aux stimulations proposées. C'est par ce jeu de stimulations que nous allons petit à petit inciter l'enfant à " bouger " : couché sur le dos, il va tenter d'attraper le jouet que l'on secoue devant lui, si on déplace ce jouet sur le côté, l'enfant va progressivement essayer de se tourner, c'est là que le kinésithérapeute intervient en guidant le mouvement (aider à tourner les épaules ou le bassin).

Il est important de comprendre que nous sommes là pour guider, accompagner le mouvement, et non le " fabriquer ", l'apprendre au bébé ou à l'enfant. Ce bébé a le même potentiel moteur que les autres bébés, il a seulement des difficultés à le mettre en place et à le développer du fait de son immaturité psychique et de son hypotonie. Nous allons donc lui proposer des " trucs ", des astuces afin que le mouvement se fasse dès le départ dans de bonnes conditions. C'est aussi pour cela que l'on parle d'éducation et non de rééducation : on essaie d'agir au moment de l'apprentissage du mouvement, plutôt que d'avoir à corriger un mauvais geste, mais performant déjà mis en place.

Notre rôle est aussi de guider les parents dans leurs rapports avec leur enfant et leur vision des possibilités de celui-ci. Il faut leur expliquer qu'ils peuvent eux aussi stimuler leur enfant, sans chercher toutefois à le forcer ou brûler les étapes.

L'évolution motrice se fait par paliers qu'il est important de respecter, même si chaque étape semble interminable :

- Tout d'abord en position couchée, nous cherchons les retournements dos /côté /ventre, et inverse.
- Puis, la station assise avec dossier, avec les mains posées devant, et enfin sans soutien.
- Ensuite, vient le début du déplacement avec le passage assis/ couché (plat ventre) et retour.
- Le déplacement s'amorce par le ramper, puis la position quatre pattes (que l'enfant n'utilise pas forcément pour se déplacer, mais qu'il doit forcément acquérir avant de se mettre debout).
- Enfin, la station debout, puis encore un peu plus tard... la marche.

Chacun de ces passages se fera lorsque l'enfant sera prêt physiquement (lorsqu'il en aura la force), et parce qu'il y aura trouvé un intérêt : étant assis, il va s'allonger vers l'avant pour aller attraper le jouet posé un peu plus loin. Puis, il s'étirera encore plus, et rampera, car cet objet est encore un tout petit peu plus loin, etc.

Le kinésithérapeute interviendra donc toujours en stimulant l'enfant grâce aux jouets et en guidant le mouvement : pour ramper, on va proposer un appui sous la plante des pieds, les membres inférieurs étant fléchis. On donne ainsi envie à l'enfant de pousser sur ses pieds, ce qui le propulsera vers l'avant, vers le jouet.

Il ne faut pas placer la barre trop haut, car l'enfant surtout petit va très vite abandonner devant l'échec. C'est là que parfois les parents ont du mal à être patients. Ils essaient de stimuler encore et toujours plus, ils veulent passer plus rapidement à l'étape suivante, alors que leur enfant n'en est manifestement pas encore là.

La question typique des parents lorsque l'enfant se déplace à quatre pattes ou en rampant et commence à se mettre debout en s'agrippant à une table : " Alors quand va-t-il marcher ? ". Ce à quoi, je réponds invariablement : " Quand il sera prêt ! ". Il faut en effet qu'il soit prêt physiquement au déplacement " debout sur deux pieds ". (Ce qui est loin d'être aussi simple), et psychologiquement, c'est à dire qu'il soit décidé à le faire. Il faut donc qu'il y trouve un intérêt précis (aller chercher quelque chose plus haut, plus loin et le transporter). Souvent lorsqu'on en est à ce stade, les parents ont tendance à faire du " forcing ", et l'enfant refuse de plus en plus à se mettre debout. Notre rôle sera donc

à la fois de freiner l'impatience des parents, tout en stimulant l'envie de l'enfant.

Une fois enfin que la marche est acquise, notre travail n'en est pas encore terminé pour autant.

Les enfants trisomiques 21 sont par nature hypotoniques, et pas très à l'aise avec leur corps. L'équilibre, tout comme la coordination des gestes et la force musculaire ne sont pas très bons.

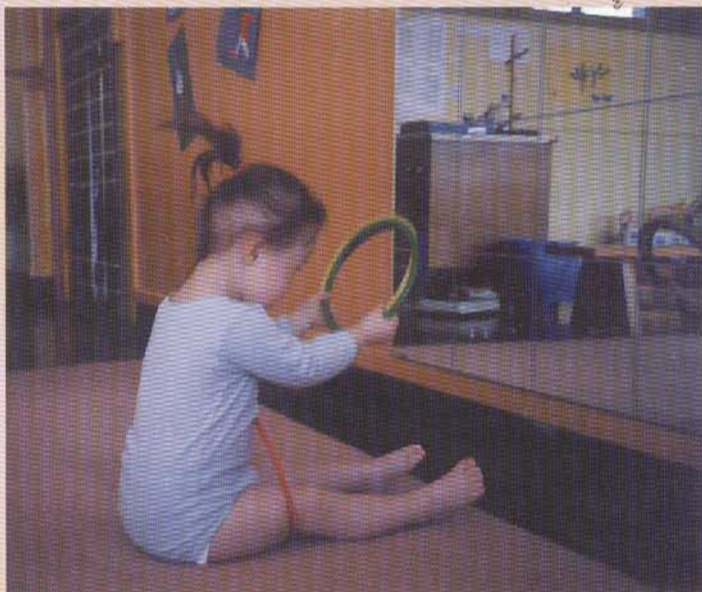
21 91

Nous allons donc commencer un travail de longue haleine afin d'améliorer tout ceci, par des exercices de marche en terrains divers (passages d'obstacle, poutre, plan incliné, escaliers...), des jeux de ballons (de volume et de poids différent, lancer, réception à deux, contre un mur ou dans un cerceau), puis plus tard les sauts (saut simple, par-dessus une barre, depuis un banc, saut sur un pied, saut à la corde).

Nous avons vu que les enfants porteurs d'une trisomie 21 sont hypotoniques, et généralement de nature passive. Nous allons donc très tôt stimuler afin d'obtenir un "réveil musculaire" (sans parler de renforcement). En position couchée (plat ventre), nous recherchons un redressement de la tête, une extension du cou (travail des muscles du dos). Assis, nous travaillons l'élévation des membres supérieurs, le redressement des épaules et de la tête pour également stimuler les muscles postérieurs.

L'attitude générale de ces enfants sera en enroulement, en fermeture du fait de l'hypotonie. Notre but sera donc de rechercher le redressement, l'ouverture.

Là aussi, le fait de stimuler précocement ces groupes musculaires favorisera une bonne statique de l'enfant plus tard. On limite ainsi les risques éventuels de scoliose, cyphose, épaules enroulées, et toutes les incidences qui en découlent.



De plus, le fait d'améliorer le tonus musculaire va nous permettre de mieux travailler les mouvements, les changements de position que nous recherchons par ailleurs.

Un autre aspect de l'éducation précoce sera le travail de manipulation. Celui-ci commence en même temps que le travail musculaire et moteur global. En fait, les deux sont en permanence liés, nous avons vu que le bébé, puis l'enfant trisomique 21 (comme les autres enfants) cherche à se déplacer pour aller prendre un jouet. Nous allons donc également utiliser ces jouets pour améliorer la préhension. Du fait du handicap, cette préhension sera moins performante : peu de forces pour serrer, geste imprécis, pas de prise de finesse. Donc au fil de l'évolution de l'enfant, nous lui proposerons des jouets de formes, tailles, poids variés.

Il faudra arriver à des prises de plus en plus fines (ramasser une allumette, une épingle). Bien sûr, il faut proposer une utilisation adéquate de ces objets (toujours sur le mode du jeu) ? Ce qui permet également de travailler la précision du geste. Tout cela, en vue d'une utilisation future de ces gestes dans la vie quotidienne (tenir un crayon, une paire de ciseaux, enfiler des perles, utiliser une pince à linge, enfiler ses vêtements, attacher des boutons, ouvrir et fermer un cartable, tourner une clé...)

Nous nous rendons compte, que bien qu'hypotoniques, les enfants porteurs d'une trisomie 21 peuvent être très dynamiques et habiles de leurs mains. Ils trouveront donc du plaisir à jouer avec et comme leurs copains de l'école. C'est pourquoi, il ne faut pas négliger cet aspect de l'éducation précoce.

Une bonne intégration scolaire, puis sociale, passe aussi par une bonne autonomie motrice. Notre rôle, en tant que kinésithérapeute est d'aider les enfants trisomiques 21 à utiliser pleinement leurs possibilités physiques, afin d'entrer dans la vie avec le maximum d'atouts. ■



Géraldine ESCOFFIER
Kinésithérapeute au SSESAD du GEIST Loire