



À l'eau la dyspraxie ?! Approche psychomotrice d'un enfant dyspraxique au travers de la médiation aquatique

Anne-Charlotte Lewandowski

► **To cite this version:**

Anne-Charlotte Lewandowski. À l'eau la dyspraxie ?! Approche psychomotrice d'un enfant dyspraxique au travers de la médiation aquatique. Human health and pathology. 2014. <dumas-01081616>

HAL Id: dumas-01081616

<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01081616>

Submitted on 10 Nov 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien

A l'eau la Dyspraxie ?!

Approche psychomotrice d'un enfant dyspraxique au travers de la médiation aquatique.

Lewandowski A.Charlotte
Née le 10 Février 1990 à Pau (64)
Septembre 2014

Remerciements

Je souhaite adresser mes plus sincères remerciements aux personnes qui m'ont aidé et qui m'ont apporté leur appui à l'élaboration de ce mémoire.

A *Katalin Lafon*, ma Maître de stage de 3ème année, qui a su me transmettre son savoir, son expérience professionnelle ainsi que ses nombreux conseils qui m'ont beaucoup apporté.

A mes différents Maîtres de stage et plus particulièrement à *Michel Marchandon*, qui m'a été d'une aide précieuse en se rendant disponible et présent lors de mes diverses interrogations.

A *ma précieuse famille* envers laquelle je suis extrêmement reconnaissante car, sans elle, je ne serais pas là où je suis. Elle me soutient et fait beaucoup pour moi.

A tous *mes amis* aussi importants les uns que les autres, autant ceux que j'ai pu rencontrer dans ma Promo 2011 que ceux de mon sport en Natation Synchronisée. Ils sont tous formidables, et j'ai partagé avec eux des moments inoubliables.

A *Clément* pour son aide, ses encouragements et son soutien.

La rédaction de ce mémoire a été pour moi l'aboutissement de mes trois années au sein de l'Institut de Formation en Psychomotricité. Trois années riches en savoirs et en émotions et je tiens à remercier Mr Grabot ainsi que tous les professeurs et le personnel administratif pour leur accompagnement.

Je me sens maintenant prête à m'engager dans le monde professionnel.

Et, dans l'attente d'être diplômée Psychomotricienne,

J'espère que ce mémoire sera à la hauteur de vos attentes et je vous en souhaite une bonne lecture.

Avant propos

« Le corps, comme tout organisme vivant, tient d'abord à la nature ; il possède une structure, des fonctions, des besoins communs à son espèce ; il est aussi doté d'une apparence, d'un langage, d'un sexe ; il entre en interaction avec ses semblables et induit une expérience vécue qui combine des images et des affects. C'est à ces niveaux que surviennent les dissemblances, car les usages et les aspects du corps relèvent d'un ensemble de modèles, de codes et de rituels qui varient largement avec les cultures, les époques, les classes et même les groupes restreints. Selon la façon dont une société pose le problème de la vie et de la mort, du travail et de la fête, selon l'idée qu'elle se fait de la nature de l'homme et de son destin, selon aussi le prix qu'elle accorde au plaisir et au savoir, le corps sera évalué, traité et figuré différemment. »¹

¹ J. MAISONNEUVE et M. BRUCHON-SCHWEITZER, « *Le corps et la beauté* », Presses Universitaires de France, 1999, p 5

Sommaire

Introduction.....	5
<u>Partie 1:LA DYSPRAXIE.....</u>	<u>7</u>
I) Définition des praxies.....	8
II) Définition de la dyspraxie.....	16
III) Présentation de mon lieu de stage.....	28
<u>Partie 2 : L'EAU.....</u>	<u>29</u>
I) Généralités sur l'eau.....	30
II) L'eau, une médiation en psychomotricité.....	36
<u>Partie 3 : PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITÉ AUPRÈS D'ENFANTS DYSPRAXIQUES.....</u>	<u>39</u>
I) Qu'est-ce que la psychomotricité ?.....	40
II) Prise en charge psychomotrice.....	42
III) Possibilité d'un travail corporel dans l'eau.....	49
<u>Partie 4 : ETUDE DE CAS UGO.....</u>	<u>60</u>
I) Présentation et anamnèse d'Ugo.....	61
II) Bilan psychomoteur.....	62
III) Ma rencontre avec Ugo.....	64
IV) Prise en charge psychomotrice.....	65
V) Evolution d'Ugo au cours de l'année.....	65
VI) En quoi un travail dans l'eau pourrait avoir un intérêt spécifique pour Ugo ?.....	74
Conclusion.....	80
Bibliographie.....	82
Annexes.....	87

Introduction

Les stages font partie intégrante de notre formation. J'ai eu la chance, grâce à eux, de découvrir diverses personnes présentant différentes pathologies. C'est lors de mon stage de troisième année que j'ai appréhendé des enfants souffrant de dyspraxie. Ce stage fût enrichissant et source de nombreuses interrogations. Ma rencontre avec des enfants dyspraxiques a bousculé les quelques idées vagues que je pouvais me faire de ce public, car elle m'a conduit à de nombreux questionnements concernant les niveaux d'approches et le travail que peut réaliser le psychomotricien auprès de ces patients. J'ai ainsi pu suivre ma maître de stage lors de ses accompagnements en psychomotricité. Durant toute ma troisième année j'ai été amenée à observer et à réaliser des accompagnements d'enfants dyspraxiques.

Ce mémoire, me permet d'aborder la problématique suivante : le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement des enfants dyspraxiques à travers la médiation eau.

Suite à mes recherches sur le sujet de la dyspraxie, et une prise de recul nécessaire, j'ai mesuré que les personnes avec une dyspraxie peuvent avoir certes, des signes cliniques communs (décrits au cours de ce mémoire), mais également de grandes divergences. Il me semble que l'on ne devrait pas parler d'une dyspraxie, mais des dyspraxies car il existe plusieurs sous-catégories de la dyspraxie. En présence de nombreux termes évoquant la dyspraxie, selon leurs professions et leurs orientations, l'approche de celle-ci peut varier d'un praticien à l'autre. Il me semble qu'il ne peut pas y avoir un modèle exclusif d'approche ou d'accompagnement, l'individu étant un être unique et différencié des autres. Le psychomotricien s'inscrira dans le cadre de l'observation et de l'analyse des savoir-faire non verbaux et corporels nécessaires aux apprentissages et à l'adaptation scolaire et sociale, en proposant divers supports de travail, de jeux sur table, jusqu'aux médiations corporelles.

En ce qui concerne l'autre sujet de mon mémoire, l'eau, source de vie, lieu d'inquiétudes et aussi période de renaissance, celui-ci ne laisse personne indifférent. L'eau possède en effet la capacité de générer de l'attraction quelquefois mêlée de répulsion. L'eau est aussi un puissant médiateur de mystères et d'imprévus qui permet de rendre aisé ce qui était insurmontable, supportable ce qui était pénible, agréable ce qui était sans intérêt. L'eau est enfin un espace de transition et de médiation qui favorise l'équilibre relationnel avec soi-même et avec son environnement. La prise en charge d'une personne dans un espace aquatique nécessite donc de percevoir celui-ci comme un espace culturel et un territoire professionnel ayant des normes, des

valeurs et des symboles spécifiques. En effet, l'eau mobilise de manière indirecte et de façon complémentaire une dynamique psychologique, émotionnelle et sociale, une reconnaissance professionnelle au sein d'une structure institutionnelle, une démarche éducative et thérapeutique, une médiation culturelle, symbolique et corporelle.

Concernant le choix de ce médiateur pour mon mémoire, les accompagnements réalisés autour de la médiation eau, dans le cadre de la thérapie psychomotrice, m'ont beaucoup questionné et intrigué. Mes questionnements étaient les suivants :

→ *Quel serait le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement d'enfants dyspraxiques avec la médiation eau ?*

→ *Comment le psychomotricien pourrait se saisir de cette médiation pour mener à bien ses projets thérapeutiques ?*

→ *Quelles évolutions possibles il pourrait-il y avoir pour les patients accompagnés ?*

→ *De quels bénéfices pourraient-ils profiter ?*

Ce qui conduit à la problématique principale de ce mémoire qui est : ***Comment le psychomotricien pourrait utiliser le médiateur eau pour travailler et accompagner des enfants dyspraxiques ? En quoi cette prise en charge pourrait s'avérer particulièrement pertinente ?***

Pour tenter un éclairage autour de la pratique de la psychomotricité avec un médiateur tel que l'eau, auprès d'enfants dyspraxiques, je vais développer le plan suivant :

- Une première partie dans laquelle nous évoquerons ce trouble qu'est la dyspraxie.
- Une seconde partie qui porte sur l'eau.
- Une troisième partie formulant le questionnement principal sur ce que pourrait être le rôle du psychomotricien auprès d'enfants dyspraxiques, avec le médiateur eau.
- Une quatrième partie où je m'appuierai sur un cas clinique rencontré lors de mon stage afin de pouvoir illustrer au mieux une prise en charge psychomotrice avec un enfant souffrant de troubles praxiques.

Je tirerai enfin la conclusion de mes recherches, de mes lectures, de mes observations et de mes accompagnements, ainsi que de mes questionnements qui m'ont conduit à ce travail.

Partie 1: LA DYSPRAXIE

I) Définition des praxies

Vient du Grec ancien, *Praxis*, qui veut dire « action ».

« Capacité d'exécuter sur ordre des gestes orientés vers un but déterminé alors que les mécanismes d'exécution sont conservés. Mouvement coordonné normalement vers un but suggéré. Autrement dit il s'agit de la coordination de l'activité gestuelle, résultat d'une activité des centres nerveux supérieurs dépendant de l'action qui s'exerce sur le corps ou sur le monde environnant et les objets qui lui appartiennent. »²

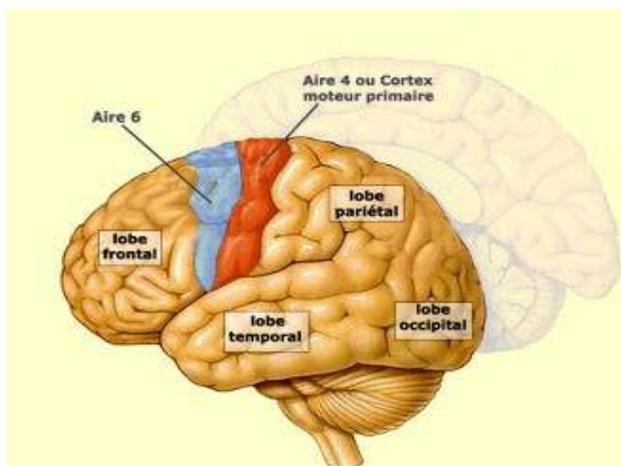
Autrement dit, le mouvement d'une partie du corps est originaire d'un geste ou d'une série de plusieurs gestes coordonnés. C'est ce séquençage programmé au niveau du cerveau que l'on appelle praxie. Plusieurs types de praxies peuvent être observés, on parle de praxie idéatoire, idéomotrice, de l'habillage notamment.

En neurologie, cette programmation dans le cerveau est appelée savoir-faire. Lorsqu'un individu décide d'un geste ou d'une action, ce sont plusieurs zones du cerveau qui vont être concernées. Dans un premier temps, c'est la zone du cortex préfrontal qui est la partie du cerveau à l'origine du mouvement. Simultanément, d'autres parties du cerveau vont être actionnées de façon à produire l'action proprement dite.

Le cervelet est à la base des coordinations du geste, mais il est suppléé principalement par trois cortex : l'occipital qui renvoie des informations visuelles, le pariétal qui fournit le programme moteur et transmet les informations sensibles et le frontal uniquement concerné par l'action des muscles. Sont également indispensables à la réalisation de praxies deux aires : l'une motrice l'autre pré-motrice.

2 Définition sur <http://fr.wiktionary.org/wiki/praxie>

Ci-dessous, un schéma illustrant les différentes parties du cerveau (*annexe n°1*), avec l'aire 6 qui est l'aire pré-motrice, l'aire 4 qui est l'aire motrice et la partie inférieure au lobe occipital représentant le cervelet :



Plus le geste est automatisé, plus le programme moteur est solide et plus l'ajustement et la régulation du geste sont minimaux. Le geste est alors plus rapide et consomme moins d'attention mentale.

Chez le nouveau né ou le fœtus, même si plusieurs mouvements complexes ou non sont issus de déclenchements réflexes ou volontaires, la totalité des gestes n'est pas acquise sous sa forme optimale ou définitive.

En effet, à la naissance l'enfant ne possède pas une connaissance et une maîtrise totale de ses mouvements. Par le biais de diverses stimulations le nouveau né va pouvoir expérimenter son corps et ainsi, via les grandes étapes du développement psychomoteur, apprendre à entrer en communication avec le monde extérieur et son environnement. Son évolution motrice et l'acquisition de ses gestes vont dépendre de son niveau d'interaction avec le monde qui l'entoure.

A) Le développement des fonctions motrices chez l'enfant

Deux conditions sont nécessaires au bon développement de la motricité chez l'enfant. Tout d'abord, l'achèvement du processus de maturation du système nerveux central, la myélinisation, qui peut durer jusqu'à six ou sept mois. Puis, la qualité et la quantité des interactions permettant à l'enfant d'acquérir les premiers apprentissages moteurs.

Le nouveau né vient au monde pourvu de compétences neurophysiologiques, neurofonctionnelles et neuromotrices, génétiquement programmées. L'ensemble de ces compétences ne sera acquis que lorsque l'enfant jouira d'un environnement propice à leurs expressions. À contrario, si l'enfant ne bénéficie pas d'un environnement favorisant la totalité de l'expression de ces compétences génétiques, on parlera d'épigenèse.

1) La motricité primaire du bébé

A la naissance, on trouve trois formes de motricité articulées entre elles. Tout d'abord il y a la motricité génétiquement programmée, innée et universelle. Ensuite, la motricité primaire de base, qui représente le mouvement permanent chez l'enfant. Elle entretient le tonus pour la motricité future et contribue au développement d'un sentiment d'existence. La motricité réactionnelle est elle aussi importante. Elle est liée aux relations entre l'enfant et son entourage. C'est une motricité réflexe, qui permet à l'enfant de répondre aux stimulations de son environnement. Ces réflexes sont interprétés par les parents. Ils y donnent un sens et cela facilite la communication. Les premiers jours de sa vie le nouveau né ne maîtrise que très peu sa motricité. Ce sont principalement des réflexes, et chaque stimulation entraîne une réaction globale du corps. Ce sont les seuls moyens que l'enfant possède pour exprimer ses émotions et décharger ses tensions.

Dès la naissance, les afférences sensibles, sensorielles et affectives sont nécessaires au développement mutuel du tonus et de la motricité de l'enfant. Ces mêmes afférences sont favorisées par des rapports multiples avec l'entourage proche et l'environnement.

2) Théorie de PIAGET

Selon PIAGET, le nourrisson apprend à partir de son corps en action. Il décrit d'ailleurs une phase sensori-motrice où, jusqu'à l'âge de 18 mois, l'enfant développe une intelligence cognitive pratique. C'est en se déplaçant dans l'espace et en manipulant des objets que l'enfant découvre les différentes fonctions de son corps. Lors de cette phase, les praxies élémentaires, c'est à dire les toutes premières praxies qui apparaissent chez l'enfant, comme par exemple sucer son pouce, amener la cuillère à sa bouche ou saisir des objets à sa portée, vont s'effectuer de façon évolutive.

Les réflexes ont également une grande place dans la motricité de l'enfant depuis son plus jeune âge, et pour PIAGET, ils sont à l'origine des praxies. Ces réflexes vont être répétés

automatiquement sans intention par l'enfant dans les premiers moments de sa vie, puis ses expériences vont le conduire à la création des premiers schèmes.

La période sensori-motrice est la phase majeure du fondement d'acquisition sensori-motrice et selon Piaget, les praxies sont des gestes volontaires et acquis.

Pour BULLINGER, cette intelligence cognitive pratique est plus vaste et ne permet pas seulement de développer l'intelligence à propos des objets et de l'espace, mais au niveau de son propre corps.

En expérimentant, l'enfant s'approprie son corps. Il fait progressivement sien de ses éprouvés, les localise dans son corps et emmagasine de l'expérience afin de ressentir son propre corps.

3) Les différentes étapes d'une praxie

Plusieurs étapes étroitement liées constituent une praxie. Afin d'étayer mon propos, je prendrais donc un exemple de la vie quotidienne comme : verser du lait dans son café.

Tout d'abord, on peut déterminer assez facilement l'étape de *la motivation* qui est l'origine même de la praxie. Dans ce cas précis, elle correspond à l'envie que j'ai de verser du lait dans mon café. La seconde étape, est *la perception*. C'est une étape qui définit avec précision l'aspect de location des objets et l'appréciation des distances. Dans cette situation, c'est la prise d'information sur la distance qui me sépare de la bouteille de lait mais également sa forme. De plus, j'identifie où se situe mon café. Dans un troisième temps, il s'agit d'établir *un plan d'action* et *d'organisation*. C'est en réalité le mode opératoire de la praxie. Je vais d'abord rapprocher ma tasse, puis prendre la bouteille de lait avec une main, l'incliner au dessus de ma tasse doucement, verser puis la reposer. L'ultime étape est évidemment *l'exécution*, qui correspond à la mise en pratique du plan d'action élaboré précédemment.

L'évolution d'une praxie varie d'un enfant à l'autre. En effet, chaque enfant est unique, possède son propre mode de vie, sa propre culture et son propre rythme de développement. On peut ainsi constater que selon les régions, les coutumes et origines, l'apprentissage des praxies n'est pas le même.

Les praxies se développent dans un ordre logique en fonction du développement des différentes fonctions de l'enfant, de son âge et de la maturation de son système nerveux, mais pas uniquement car l'environnement social joue un rôle prépondérant. Pour que l'enfant développe au mieux ses acquisitions, il faut qu'il ait un environnement sécurisant, aimant, stable et structuré. Chaque nouvelle acquisition va venir s'ajouter aux précédentes. Ce qui va permettre d'enrichir les capacités de l'enfant et ainsi l'aider à s'adapter à son environnement.

Pour MAZEAU, l'évolution des praxies est possible grâce à un apprentissage de la part des parents et/ou des adultes, ce qui se réfère à un apprentissage plutôt passif. Alors que PIAGET lui, parle de praxies définies comme des gestes volontaires et acquis, où l'enfant aura donc une part d'apprentissage plus active.

Contrairement à PIAGET, PANNETIER lui, considère le développement des praxies chez l'enfant entre 3 et 12 ans. C'est en effet à partir de l'âge de 3 ans qu'un certain nombre d'acquisitions vont se mettre en place, car l'enfant marche et va pouvoir « être libre » d'explorer son environnement et ainsi accroître la maîtrise de certaines de ses praxies.

Il va y avoir une évolution de sa motricité globale, concomitante à l'évolution de son schéma corporel. Son espace va devenir un espace « perçu », ce qui va entraîner une progression au niveau de sa perception et de sa représentation des choses.

Egalement, quand l'enfant rentre à l'école, il apprend de nouvelles praxies grâce à de nouveaux apprentissages notamment dans le registre de la motricité fine avec le graphisme et la tenue du stylo.

Voici un tableau³ récapitulatif montrant le développement et l'évolution de la motricité globale chez l'enfant de 0 à 6 ans (*annexe n°2*) :



Le développement de la motricité globale

<p>de la naissance à 6 mois</p> <p>Couché sur le dos :</p> <ul style="list-style-type: none"> • il tourne la tête sur les côtés ; • il maintient sa tête au centre ; • il s'amuse à faire des mouvements de pédalage ; • il joue avec ses pieds. <p>Couché sur le ventre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ses bras et ses jambes sont fléchis sous lui ; • il tourne la tête sur les côtés ; • il soulève sa tête quelques instants ; • il prend appui sur son ventre et ses avant-bras ; • il soulève la tête, redresse le dos, s'appuie sur le ventre et ses avant-bras ; • il redresse la tête et la poitrine en prenant appui sur les mains. <p>Contrôle de tête et début de position assise :</p> <ul style="list-style-type: none"> • il contrôle bien sa tête dans vos bras ; • il commence à se retourner du ventre au dos tout d'un bloc ; • il tient en position assise quelques secondes avec du soutien. 	<p>de 1 à 2 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il fait ses premiers pas sans aide. • Il pousse ou tire un jouet à roulettes en marchant. • Il transporte un objet. • Il monte l'escalier à quatre pattes. • Il s'accroupit pour ramasser un objet au sol. • Il monte les escaliers, sans alterner les pieds et en tenant la rampe. • Il descend l'escalier à quatre pattes, à reculons. • Il commence à courir et à lancer un ballon.
<p>de 6 à 12 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il se retourne du dos au ventre. • Il maîtrise de mieux en mieux la position assise : il se protège des chutes vers l'avant (6-7 mois), de côté (8-9 mois), vers l'arrière (10 mois). • Couché sur le ventre ou sur le dos, il se redresse. • Il rampe sur l'abdomen. • Il soutient son corps quand on le met en position debout. • Il se déplace à quatre pattes. • Il passe de la position assise à la position à genoux. • Il se met debout. • Il se déplace de côté. • Il fait quelques pas s'il est tenu des deux mains, puis s'il est tenu d'une main. 	<p>de 2 à 3 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il descend l'escalier seul, en se tenant à la rampe et sans alterner les pieds. • Il court, grimpe, glisse. • Il frappe un ballon avec le pied. • Il lance un ballon avec ses deux mains et un mouvement de tout le corps. • Il lance une balle vers l'avant sans tomber. • Il monte et descend les escaliers une marche à la fois.
	<p>de 3 à 4 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il dirige bien son tricycle. • Il monte et descend les escaliers en alternant les pieds. • Il court avec plus de grâce. • Sur demande, il tient en équilibre sur un pied quelques secondes. • Il lance une balle vers une cible.
	<p>de 4 à 5 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il lance et attrape une balle. • Il peut apprendre des techniques de nage. • Il fait des sauts en hauteur et en largeur. • Il conduit une bicyclette munie de roues stabilisatrices. • Il lance le ballon avec plus de force. • Il peut lancer la balle par dessus l'épaule ou par en bas.
	<p>de 5 à 6 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il essaie de sauter à la corde. • Il commence à faire bondir un ballon d'une main. • Il court comme un adulte. • Il conduit une bicyclette.

Ce tableau récapitule le schéma classique d'apprentissage des praxies au cours des six premières années de la vie d'un enfant.

B) L'apprentissage des gestes

« *L'apprentissage est un changement dans le comportement d'un organisme résultant d'une interaction avec le milieu et se traduisant par un accroissement de son répertoire.* »⁴

3 F.FERLAND, « *Le développement de l'enfant au quotidien. Du berceau à l'école primaire* », Editions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2004

4 M.RICHELLE, dans « *Dictionnaire de psychologie* », p49

Selon REUCHLIN, il y a apprentissage lorsqu'un organisme, placé plusieurs fois de suite dans la même situation, modifie son comportement de façon systématique et durable.

L'apprentissage est un déroulement qui n'est pas forcément observable de manière directe. C'est aussi une modification de la conduite qui s'inscrit dans le temps. C'est un processus continu car depuis notre naissance jusqu'à notre mort nous apprenons en permanence.

Il y a plusieurs modes d'apprentissage, comme l'observation d'autrui, par imitation, l'apprentissage social, l'apprentissage par essai-erreur, ainsi que l'apprentissage verbal, par induction ou encore par répétition et automatisme.

Ce qui nous intéresse ici, pour les apprentissages au niveau du geste, sont les modes d'apprentissage par imitation dus à l'observation de notre environnement et d'autrui, mais également par automatisme, liés à nos réflexes présents depuis notre naissance.

1) *Par imitation*

Le sujet apprend par mimétisme. Il observe son entourage proche et essaye de reproduire les gestes. Pour cela, il faut que l'enfant ait accès à la représentation afin de pouvoir se constituer une image mentale propre à l'action qui se déroule sous ses yeux, de pouvoir l'analyser, puis l'assimiler pour enfin la reproduire.

L'apprentissage par imitation nécessite de l'attention et de la concentration, sous-tendues par une importante motivation de la part de l'enfant. La motivation étant importante dans tout apprentissage car si l'enfant ne veut pas, il ne fera pas et donc n'apprendra pas. Il n'y a pas ou peu d'apprentissage sans motivation. Cet apprentissage mobilise aussi la mémoire et les capacités de représentation de l'action de l'enfant.

Dans l'apprentissage par imitation, il y a l'intervention en grande partie des neurones miroirs. Les neurones miroirs sont une population de neurones faisant partie du cerveau, avec une fonction et action bien spécifiques. Ils se mettent en activité dès que l'enfant réalise un geste, lorsqu'il observe une personne faisant la même action, ou encore si l'enfant pense que la personne va reproduire cette action.

C'est un mécanisme jouant un rôle de décharge de potentiel d'actions qui agit aussi bien en réponse aux actions de l'enfant que d'autrui. Chaque neurone est spécifique pour un seul type d'action et ne répond pas (ou peu) à une action différente.

Une fois que la reproduction d'actes est intégrée - par observation et imitation d'autrui -, l'enfant va pouvoir répéter ces gestes appris tant qu'il le souhaitera, sans même s'en rendre compte, ce qui aboutira à l'apprentissage par automatisme.

2) *Par automatisme*

L'apprentissage par automatisme se fait donc presque instinctivement, à l'encontre de la volonté de l'individu, lorsqu'il répète un certain nombre de fois et s'entraîne à faire le geste qu'il a appris. Une fois le geste bien acquis et ancré dans sa mémoire, celui-ci deviendra automatique.

Les gestes qui deviennent automatiques vont surtout permettre de coordonner deux actions différentes en même temps, comme par exemple marcher et manger une pomme ou marcher et converser avec autrui.

Ainsi, nous possédons un certain « vocabulaire d'actes » fixé dans notre mémoire. L'automatisation d'un mouvement, d'un geste, d'une action ou encore d'un « savoir-faire », consiste à inclure cette action à ce vocabulaire d'actes, pour pouvoir par la suite l'utiliser et le réutiliser facilement. C'est grâce à notre mémoire procédurale que nous pouvons stocker des fonctions motrices apprises et ainsi pouvoir les automatiser.

II) Définition de la dyspraxie

La dyspraxie est au cœur de l'actualité et des préoccupations de nombreuses familles. Elle est appelée aussi « *trouble de la coordination motrice d'origine développementale et est définie par le DSM-IV-TR⁵ comme une réduction des performances dans les activités de tous les jours qui requièrent une coordination motrice, à un niveau inférieur à celui attendu pour un enfant du même âge et de même intelligence. Ce déficit peut se manifester par un retard dans les acquisitions motrices au cours du développement (marche, passage à la position assise, marche à quatre pattes), une maladresse, de mauvaises performances sportives ou une dysgraphie.* »⁶ (annexe n°3)

La dyspraxie est donc une altération du développement de la coordination motrice ayant pour principale conséquence une désorganisation conjointe du schéma corporel et de l'espace, de l'orientation spatio-temporelle, mais aussi un dysfonctionnement au niveau du tonus musculaire, de l'attention, et de la concentration.

Le sujet doit contrôler volontairement chacun de ses gestes, ce qui est très coûteux en attention, et rend la coordination des mouvements complexes de la vie courante extrêmement difficile, donc rarement obtenue.

La dyspraxie est une pathologie, un handicap reconnu mais peu connu. C'est une pathologie de la conception, de la programmation ou de la réalisation des gestes appris. Elle passe souvent inaperçue car elle est invisible, et est mise parfois sur le compte d'un retard intellectuel ou d'une mauvaise volonté de l'enfant.

En psychomotricité on va parler de dyspraxie développementale car c'est un trouble qui survient au cours du développement de l'enfant.

D'un point de vue épidémiologique, environ 10% des enfants seraient concernés par la dyspraxie. Elle est plus fréquente chez les garçons. Les trois quarts des enfants atteints ne seraient pas diagnostiqués.

5 « *Manuel de référence qui classifie les critères diagnostiques et les recherches statistiques des troubles psychiatriques* » d'une Association américaine de psychiatrie, 4ème édition, Paris, Masson, 2003.

6 C. HURON, « *L'enfant dyspraxique, mieux l'aider à la maison et à l'école* », p13.

A) Historique

La première identification des troubles de la coordination des gestes a été mise en évidence avec la « maladresse » qui a constitué le fil conducteur du tableau initial décrit par Dupré en 1907, sous le nom de « Débilité Motrice » lorsqu'il rencontra un enfant sauvage. Se demandant d'où pouvaient provenir les troubles de cet enfant, il l'étudia méticuleusement en l'observant. Il en découla plus tard, selon Dupré, qu'il s'agissait simplement d'un « retard psychomoteur ».

Avant d'arriver au mot « Dyspraxie », il va donc y avoir plusieurs tentatives afin d'expliquer ces troubles en décrivant l'enfant comme étant maladroit, ayant des retards psychomoteurs ou encore des troubles de l'attention des coordinations (T.A.C.).

En 1960, AJURIAGUERRA stipule que les dyspraxies de l'enfant consistent en des difficultés pour construire ou reproduire des modèles impliquant des relations spatiales. Par la suite, BERGES ajoute que la dyspraxie n'est pas une désorganisation secondaire des fonctions constituées, mais un trouble du développement des praxies. C'est ainsi que la dyspraxie va être placée dans le champ de la psychomotricité, c'est à dire dans le croisement entre la psychiatrie et la neurologie.

Il va donc y avoir, une double signification de cette terminologie de dyspraxie qui est l'inadéquation des praxies et de leur enchaînement (maladresse) ainsi qu'une déficience de l'organisation spatiale. On peut aussi définir le mot « dyspraxie » de deux manières différentes selon que l'on s'intéresse à l'aspect neurologique ou bien à ses répercussions fonctionnelles.

Niveau neurologique : il s'agit d'un « trouble affectant les processus cognitifs qui permettent de planifier, d'exécuter et d'automatiser des mouvements volontaires, appris, effectués, dans un but précis et permettant une interaction adéquate avec l'environnement. Ce problème survient en l'absence de déficit moteur ou sensitif primaire, de troubles du tonus musculaire, de la coordination et de la compréhension. »⁷

Niveau fonctionnel : il s'agit d'un « trouble de l'acquisition des séquences de mouvements qui aboutissent à la réalisation d'un geste orienté vers un but. Ce problème entraîne des difficultés plus ou moins sévères dans l'élaboration et l'automatisation des gestes volontaires. L'incapacité interfère

⁷ E. PANNETIER, extrait de « *La dyspraxie, une approche clinique et pratique* » dans mémoire de C. BARBOTIN « *Parfois j'y arrive, parfois j'y arrive pas* », p18

avec l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne, des apprentissages scolaires ou du travail. »⁸

La dyspraxie se repère grâce à la manifestation de certains symptômes qui ne sont pas forcément visibles au premier regard, à la première rencontre avec le psychomotricien. Un bilan psychomoteur permettra une observation plus minutieuse, plus approfondie et mettra en évidence les troubles de l'enfant.

1) L'étiologie

Lors de la naissance de l'enfant, on ne peut pas voir s'il est porteur du handicap de la dyspraxie et ce pour plusieurs raisons. Un enfant, quand il naît, découvre son nouvel environnement. Il passe du liquide amniotique à la pesanteur terrestre, et doit donc adapter ou réadapter ses gestes à ce nouveau mode de vie. L'enfant va se développer au fil des années. D'un point de vue moteur, il va d'abord passer par une motricité globale puis fine. Il va ensuite acquérir de nouvelles fonctions, et entrer en interaction avec son environnement. C'est à partir de là, en même temps que toutes ses découvertes et ses nouvelles acquisitions, qu'il va créer ses propres gestes et mouvements et enrichir ses habiletés gestuelles.

« La dyspraxie se dévoile quand l'enfant n'arrive pas à percevoir et à agir aussi rapidement et adéquatement que la majorité des petits de son âge et de son temps. »⁹

C'est donc lors de l'élaboration de ses gestes, que nous pouvons repérer si l'enfant a des difficultés ou non. Pour en revenir aux causes de la dyspraxie, il en existe deux sortes mais tout en sachant que leurs origines restent aujourd'hui encore floues.

La dyspraxie peut être soit un dysfonctionnement cérébral qui touche la praxie (le geste). Dans ce cas là, certaines zones du cerveau, impliquées dans l'apprentissage, sont peu ou pas fonctionnelles. On va parler alors, de trouble développemental qui n'est pas inné, c'est à dire qu'il n'y a aucun antécédent neurologique. Ce trouble est présent avant la naissance même s'il ne se repère pas de suite.

⁸ E. PANNETIER, extrait de « *La dyspraxie, une approche clinique et pratique* » dans mémoire de C. BARBOTIN « *Parfois j'y arrive, parfois j'y arrive pas* », p 19

⁹ « La dyspraxie, un trouble du comment faire », http://Coridys.assos.fr/pages/base_doc/dyspraxieconte.pdf

Certains enfants n'ayant aucun antécédent pathologique ne construisent donc pas naturellement leurs fonctions praxiques, bien que toutes les autres fonctions cérébrales soient normales.

La dyspraxie peut être aussi lésionnelle et, dans ce cas là, elle est souvent retrouvée chez les grands prématurés ou encore chez des traumatisés crâniens, des sujets atteints d'une tumeur, d'un AVC, ou bien d'une IMC à la naissance.

2) Le diagnostic

Il est obligatoirement posé par un médecin qui s'appuie sur des bilans complémentaires notamment celui de psychomotricité. Pour grand nombre de famille, ce terme de dyspraxie, n'est pas connu et renvoi à quelque chose de compliqué. C'est un terme technique, scientifique et inquiétant. Ce diagnostic représente certes la cause des difficultés de leur enfant, mais représente aussi la source d'un soulagement, d'un espoir.

Il y a douze critères de diagnostic concernant la dyspraxie qui sont :

- Un déficit dans le domaine de l'organisation spatiale :

Selon WALLON et PAILLARD, ce qui joue un rôle primordial dans l'appréhension de l'espace sont les praxies et le mouvement. Or, chez l'enfant dyspraxique, il est difficile voire même impossible d'intégrer les différents constituants spatio-temporels et sensori-moteurs du geste volontaire et donc de le programmer automatiquement. L'élaboration des différentes praxies ne s'effectue pas, ce qui va entraîner une réalisation des gestes laborieuse, maladroite et fluctuante, allant d'une réussite parfois si exceptionnelle, qu'elle ne pourra pas forcément être reproduite malgré de nombreux essais. L'enfant aura donc du mal à agir et à se projeter dans l'espace via son corps.

- Une discordance d'au moins vingt points entre l'échelle verbale et l'échelle de performance à l'épreuve de WISC, à l'avantage du verbal.

Cette dissociation entre le QI verbal qui doit être supérieur au QI performance est très importante car c'est avec cela que l'enfant va pouvoir trouver une compensation vis à vis de son trouble. Pour combler, dissimuler leur mal-être, ou leur grand manque de confiance en eux, certains

enfants peuvent apparaître logorrhéiques.

- Une déficience de l'aspect figuratif du développement cognitif.

Durant le développement de l'enfant, il doit se représenter figurativement des transformations et ce, grâce à l'aspect figuratif qui est complémentaire de l'aspect opératoire. Cependant, l'enfant dyspraxique se trouve en échec dans les épreuves opératoires, comme quand par exemple il s'agit de construire une figure avec un modèle imposé, ce qui perturbera le fonctionnement de l'aspect figuratif de l'enfant.

- Des troubles psychomoteurs et moteurs constants.

La dyspraxie entrave le bon déroulement des gestes moteurs ce qui entraînera des troubles psychomoteurs chez l'enfant et une scolarité parfois difficile à cause d'une possible dysgraphie qui affecte l'apprentissage de l'écriture, le dessin ou encore la motricité fine. Il gardera ces différents troubles à vie et apprendra à les contourner et à les maîtriser au quotidien en trouvant des stratégies.

- Des perturbations du schéma corporel.

L'atteinte du schéma corporel chez l'enfant dyspraxique est fréquente. Son corps ne répond pas comme il le souhaite et réagit aux troubles présents. Cela peut amener l'enfant à se désinvestir ou à se désintéresser de certaines parties de son corps.

- Des troubles du regard.

La motricité globale dépend en grande partie du regard et de la vision de l'enfant. Or, si celui-ci présente des troubles oculaires, cela peut entraîner des difficultés à s'orienter dans l'espace, lors du graphisme et toutes tâches nécessitant la vue.

- Une maladresse.

Chez les individus atteints de dyspraxie, celle-ci est reconnue sous le nom de « maladresse pathologique ». Elle peut être soit globale, soit apparaître sur certaines parties du corps où l'autonomisation du geste est atteint. Cette maladresse est facilement remarquable avec un enfant

qui renverse tout sur son passage, qui tombe souvent ou encore qui fait tomber ou casse des objets. Elle peut d'ailleurs entraîner assez régulièrement des réactions de prestance, manifestation de cette gêne d'être sans cesse maladroit.

- Des phénomènes de paratonie ou de conservation d'attitude.

L'enfant dyspraxique paraît souvent avec un tonus de fond assez important. Il est souvent crispé, tendu au niveau musculaire. Certains enfants ont du mal à se relâcher musculairement. Cela peut donner l'aspect d'une démarche ou d'une posture particulière et entraîne assez souvent une crampe au niveau de la main lors de l'écriture, qui s'accroît d'autant plus que l'enfant est dans le désir de bien faire.

- Des dystonies.

Les dystonies peuvent se présenter sous forme de tremblements et se caractérisent par une contraction involontaire de certains muscles ou groupes musculaires. Elles peuvent entraîner parfois, une attitude un peu « bizarre » et anormale chez certains enfants.

- Une dysmétrie.

Le sujet atteint de dyspraxie peut avoir du mal à gérer ses mouvements en les faisant soit trop longs ou trop courts, trop rapides ou encore trop brusques. Cette dysmétrie provoque donc des troubles dans la manière d'exécuter ses mouvements, mais aussi dans la manière de les orienter et les organiser dans l'espace.

- Une dyschronie.

L'enfant aura une mauvaise capacité à évaluer le temps, la durée, et aura des difficultés à anticiper sur certains actes.

- Un usage particulier du langage.

Certains enfants ayant perdu toute estime de soi et ayant un narcissisme grandement perturbé vont compenser par la parole. Dans certains cas, leur discours va être particulièrement

égocentré, sur un mode plaintif, avec parfois transformation et invention de faits destinés à attirer l'attention d'autrui.

Ces critères permettent de mieux cibler le diagnostic de la dyspraxie. Mais ce diagnostic ne peut bien évidemment pas se limiter à une simple symptomatologie.

« Le symptôme lui-même n'est que ce qui se donne à voir, la traduction manifeste à la surface, d'un dysfonctionnement qui peut faire ressortir de nombreux mécanismes. »¹⁰

Il est nécessaire de faire passer plusieurs bilans à l'enfant afin de bien explorer ses compétences motrices et praxiques ainsi que de faire des recherches dans le domaine cognitif à travers le WISC . Cet examen est d'autant plus important qu'il met d'abord en évidence les forces et les faiblesses de l'enfant sur le plan intellectuel.

Lors de l'énonciation du diagnostic, il y a en général, un certain soulagement de la part de l'entourage proche, mais aussi de l'enfant, car ils peuvent enfin mettre des mots sur ces troubles qui perturbent leur quotidien.

Le bilan psychomoteur permettra ainsi d'affirmer le premier diagnostic du médecin. Il facilitera aussi la mise en lien de ces troubles avec d'éventuelles difficultés d'apprentissage, des décalages dans les fonctions corporelles mais aussi - et c'est très important - de mettre en évidence les capacités de l'enfant. La famille et l'enfant vont pouvoir par la suite, être pris en charge globalement et notamment en psychomotricité et ainsi se faire aider.

3) Non pas une dyspraxie, mais des dyspraxies

Il n'existe non pas une dyspraxie mais différentes formes de dyspraxies¹¹ par rapport à la localisation qui n'est pas la même en fonction du sujet (*annexe n°4*). Chaque personne est différente, unique et donc chacune d'entre elle possède ses propres troubles que nous pouvons bien évidemment retrouver d'un individu à l'autre.

10 Dans *Thérapie psychomotrice et recherche*, p116, n°165, 2011 : M. MAZEAU, « *Déficit visuo-spatiaux et dyspraxie de l'enfant* », Edition Masson, 1995

11 Site: « www.dyspraxie.com »

Il y a deux formes de dyspraxie qui prédominent : la dyspraxie constructive et la dyspraxie constructive visuo-spatiale.

La dyspraxie constructive concerne les activités où l'on assemble différents éléments, les gestes de la motricité fine de la vie quotidienne comme écrire, bricoler, coudre, assembler des « legos » ou des puzzles.

Dans la dyspraxie constructive visuo-spatiale vont être associés les troubles de l'organisation du geste, du regard (avec ou sans trouble de la vision) et de la construction de certains composants de la spatialisation, comme la vision de l'espace ou le repérage dans l'espace environnant.

Les autres formes de dyspraxies, moins fréquentes, vont être :

→ La dyspraxie non constructive qui est un trouble touchant la successivité et la séquentialité des gestes. L'enfant rencontrera des difficultés dans la continuité c'est à dire qu'il aura du mal à réaliser un parcours psychomoteur dans son ensemble, par exemple .

→ La dyspraxie constructive non visuo-spatiale où l'on va aider les enfants avec des schémas et des modèles afin de rendre plus faciles leur vision, leur repérage dans l'espace et à surmonter ou contourner ces difficultés. L'enfant présentera des difficultés dans tous les jeux de construction mais aussi dans le travail manuel, ce qui pourrait entraver la scolarité.

→ La dyspraxie idéatoire qui est une difficulté d'utilisation et de manipulation d'objets et d'outils. C'est une désorganisation de la représentation mentale des gestes. Par exemple, utiliser un tournevis, ou gratter des allumettes, fermer un bouchon, utiliser des clés. On retrouve cette dyspraxie au niveau de l'espace corporel, des bras notamment, comme pour se brosser les dents ou dire au revoir, ... Et plus l'action est complexe, plus la désorganisation paraît évidente. Cette dyspraxie peut présenter de graves conséquences dans la vie quotidienne de l'enfant.

→ La dyspraxie idéomotrice qui va être une difficulté à réaliser des gestes symboliques ou des mîmes en l'absence de manipulation d'objets, alors que ceux-ci sont correctement conceptualisés. Par exemple, faire semblant de jouer au piano, de manger avec une cuillère ou encore de se coiffer.

→ La dyspraxie de l'habillement qui est une difficulté à agencer, à orienter, disposer ou séquencer l'ordre des différents vêtements (à l'envers, devant/derrière, l'ordre des vêtements, le boutonnage, faire ses lacets,...). C'est une inaptitude à manipuler correctement ses vêtements en relation avec son propre corps.

→ La dyspraxie oro-faciale qui concerne la réalisation de gestes simples ou complexes des organes du visage (langue, lèvres, mimique) et de la phonation. Par exemple siffler, souffler une bougie.

Dans ces différentes formes de dyspraxie, certaines peuvent s'associer, mais également être liées à d'autres troubles neuro-psychologiques. En effet, on peut les retrouver dans les troubles du langage écrit et oral (dysphasie, dyslexie), les troubles de la mémoire, les troubles des fonctions exécutives et les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).

Ces divers types de dyspraxies s'expriment d'une manière et d'une intensité propre à chaque enfant car chacun d'entre eux est un cas particulier. Par contre, il existe des critères de diagnostic qui permettent le dépistage de la dyspraxie et qui correspondent à une liste de troubles bien définis.

B) Sémiologie

Différents symptômes psychomoteurs sont donc retrouvés dans ce trouble à plusieurs niveaux :

1) Au niveau du schéma corporel et de l'image du corps

Ces enfants n'ont pas intégré leur schéma corporel pour pouvoir organiser et maîtriser leurs mouvements. Ils vont donc avoir du mal à s'habiller tout seul, à manger proprement. Ils peuvent souvent tomber sans raison manifeste ou face à un obstacle au travers de leur chemin.

Le dessin du bonhomme se révèle pauvre, incomplet ou encore immature.

2) Au niveau de la coordination motrice

Les enfants dyspraxiques sont souvent qualifiés de maladroits en raison de leurs gestes lents et imprécis. Ils se cognent souvent, renversent les verres ou encore cassent la vaisselle. Ils peuvent aussi échouer lorsqu'il s'agit de gestes plus complexes comme rattraper ou lancer un ballon, lacer leurs chaussures, sauter à pieds joints, sur un pied, ou encore faire du vélo. Ces problèmes se

remarqueront particulièrement lors des activités sportives. Dans l'ensemble, les gestes vont être lents, inexacts et imprécis, entraînant des difficultés au niveau du graphisme où l'enfant préférera écrire en lettres « bâton », de la coordination main-yeux et de la motricité fine.

3) Au niveau de l'orientation temporo-spatiale

Ces enfants apparaissent désorganisés et ont souvent du mal à retrouver leurs affaires. Ils présentent des problèmes au niveau de la perception et de l'orientation de l'espace. L'organisation de leurs dessins n'est pas en adéquation avec leur âge.

4) Au niveau du tonus musculaire

Ces enfants présentent des difficultés pour ajuster leur force dans les gestes qu'ils entreprennent. L'enfant présente la plupart du temps une hypertonie des membres ou peut parfois apparaître au contraire, mou, sans tonus. Cela peut poser problème dans l'écriture, la tenue du stylo et peut provoquer des douleurs dans le haut du dos et des épaules. On remarquera chez ces enfants, des paratonies ou des syncinésies plus importantes.

5) Au niveau de l'attention et de la concentration

Ces enfants ont du mal à rester concentrés sur une même tâche plus de quelques minutes, soit en classe lors d'un exercice, soit lors d'un jeu. Les consignes et les instructions sont donc très difficiles à intégrer. Il faut leur accorder souvent plus de temps qu'aux autres enfants pour exécuter une tâche. Leur attention est vite troublée et perturbée par n'importe quel bruit ou manifestation, extérieurs à leur activité, mais aussi par l'extrême fatigabilité que leur handicap engendre.

Une fois les symptômes observés, l'affirmation ou l'affinement du diagnostic de la dyspraxie pourra être confirmé grâce au tableau clinique. Les symptômes pouvant impacter différentes parties du corps, on peut classer la dyspraxie sous plusieurs formes selon les parties impliquées. Elle peut être présente sur le plan manuel, oro-facial, visuel ou encore au niveau cognitif, représentatif et adaptatif.

C) Répercussions psychiques chez l'enfant

La dyspraxie entraîne des difficultés non verbales mais corporelles. La dyspraxie sur l'enfant atteint peut avoir de nombreuses répercussions. Les conséquences de ce trouble sont souvent dévastatrices sur le plan cognitif et psychoaffectif, ce qui peut engendrer des difficultés, notamment sur le plan de l'intégration scolaire ainsi que de l'adaptation (*annexe n°5*).

1) Sentiment d'être différent, isolement social

Avec ses difficultés et ses échecs, l'enfant va avoir une baisse d'estime de soi, ce qui peut entraîner chez lui un sentiment de « nullité » et d'incapacité. Il se sent différent à cause de ses troubles et cela peut fortement se ressentir dans son comportement.

Au sein de l'école, quand un enfant n'est pas comme tous les autres avec des difficultés à exécuter certaines choses, le risque majeur est d'être rejeté par les autres écoliers. Il peut subir des moqueries répétitives et incessantes. L'enfant va donc se sentir repoussé et va trouver difficilement une place dans sa classe, dans l'établissement, auprès de ses camarades. Ce rejet peut entraîner chez l'enfant, un manque de confiance important, une perte totale d'estime de lui-même et une atteinte progressive de son narcissisme.

2) Relation avec les parents

Il n'y a pas qu'à l'école que l'enfant « subit ». Au domicile, les parents ne se rendent pas forcément compte du mal-être de leur enfant et continuent à le gronder lorsqu'il est maladroit, qu'il fait tout tomber ou encore lorsqu'il verse l'eau à côté de son verre. La gestion de ce trouble est très difficile pour l'enfant car il a une impression de dépendance avec ses parents. Pour l'entourage aussi c'est très difficile car celui-ci ne comprend pas forcément pourquoi leur enfant agit ainsi.

3) Fatigue mentale et physique

Par rapport aux différents exercices demandés en classe ou bien lors d'activités sportives, l'enfant dyspraxique va devoir se concentrer deux fois plus que les autres élèves, car il veut bien faire, ce qui va entraîner rapidement une extrême fatigabilité, se traduisant par une attention très fluctuante et une forme de lassitude. C'est cette grande fatigabilité qui va d'ailleurs faire que l'enfant

dyspraxique peut paraître lent lors de ses déplacements ou de ses différentes activités.

C'est donc lors du diagnostic, qu'il va y avoir un certain soulagement pour l'enfant mais aussi pour la famille qui peut enfin mettre des mots sur ce que vit l'enfant au quotidien. L'enfant va se sentir soulagé d'être compris par autrui que ce soit à l'école, par ses camarades, l'institutrice ou dans son entourage. Ainsi les adultes environnants vont essayer de s'adapter et de l'aider.

III) Présentation de mon lieu de stage

Le cabinet libéral où j'ai effectué mon stage de troisième année est géré par trois professionnels de santé. Une psychomotricienne, un neuropsychologue et un pédopsychiatre. La psychomotricienne et le pédopsychiatre travaillent ensemble une fois par semaine avec un groupe thérapeutique de cinq enfants. Certains enfants suivis par la psychomotricienne sont donc aussi pris en charge par le pédopsychiatre en séance individuelle, afin de répondre au mieux aux besoins de ces enfants souffrant de handicap.

Le type de population qui vient en psychomotricité au sein du cabinet libéral est large. Cela va de la prise en charge du nourrisson à l'adulte mais la majorité des consultations reste celle des enfants entre quatre et quatorze ans. Les pathologies rencontrées sont variées. Il y a des patients avec des troubles du comportement, des patients autistes, hyperactifs, angoissés, dépressifs et beaucoup de patients ayant des troubles de la coordination, de l'espace, de latéralisation ou encore de graphisme. Ces différents troubles entraînent des difficultés scolaires et sociales, et sont souvent rencontrés chez les enfants dit dyspraxiques.

Enfin, au sein de ce cabinet libéral, les patients ainsi que leur entourage sont accueillis et accompagnés dans les meilleures conditions. En effet, le respect de la dignité, des droits, des besoins et des désirs de chacun est respecté. Le cabinet privilégie également la sécurité de tous, tout en préservant l'autonomie de chacun, ainsi qu'une continuité dans la prise en charge globale, le suivi individuel de leurs soins et le maintien de leurs capacités.

Partie 2 : L'EAU

I) Généralités sur l'eau

L'eau s'inscrit dans une histoire, elle possède également ses propres caractéristiques. Il me paraît important de connaître l'ensemble des paramètres concernant l'eau dans sa globalité (historique, symbolisme, la physique des fluides et les effets physiologiques sur le corps), et de savoir qu'est-ce qu'une médiation avant d'envisager un accompagnement du psychomotricien en milieu aquatique.

A) Historique

1) L'homme lié à l'eau

L'eau, élément de la vie quotidienne, est si familière, que l'on en oublie souvent son importance et son originalité. La vie s'est développée il y a trois milliards et demi d'années dans les abysses des océans. Et c'est d'eau que les cellules sont principalement composées. Dès l'origine de la vie, l'embryon baigne dans le liquide amniotique qui est majoritairement composé d'eau. L'eau recouvre actuellement les deux tiers de la surface de notre « planète bleue » bien que cette abondance soit un leurre car l'eau n'est pas inépuisable. L'eau est partout autour de nous et contribue au développement de la vie humaine, animale et végétale avec un rôle indispensable. L'eau constitue donc un préalable à toute existence.

2) L'eau et le corps humain

Le corps humain est composé de 97 à 55% d'eau. Ce volume fluctue en fonction de la taille et de la corpulence de l'individu. La teneur en eau varie également en fonction de l'âge : elle peut aller de 97% pour un embryon de trois jours à 75% pour un nourrisson et jusqu'à 55% pour une personne dite « âgée ». L'organisme ne pouvant stocker l'eau, l'Homme doit boire afin d'hydrater son corps et s'il ne s'hydrate pas, il est condamné. L'eau est donc un élément vital pour la survie de l'espèce.

La peau est d'ailleurs une réserve d'eau. En effet, notre enveloppe externe est composée de 71% d'eau. Chez l'adulte, elle constitue une réserve d'environ 9 litres. La peau joue un rôle de barrière et de régulateur des échanges thermiques du corps (la régulation thermique est notamment permise par le phénomène de transpiration), c'est pourquoi elle doit être suffisamment hydratée.

L'eau porte une valeur symbolique très riche qui a, de tout temps, nourri et questionné l'imaginaire humain. A l'eau calme s'oppose l'eau rapide comme l'étang, la cascade,... L'eau a donc une infinité de sens et de représentations. Elle peut être porteuse de vie car elle enveloppe, porte, caresse, masse, et donne une liberté du mouvement. Mais elle peut être également porteuse de mort car l'eau peut aussi : aspirer, envahir, engloutir, noyer, dissoudre,... et elle peut donc également être source d'angoisse. L'eau est avec la terre, le vent, et le feu, l'un des quatre éléments fondamentaux essentiels à la vie, chacun représentant une force et chargé d'une valeur symbolique que l'on retrouve dans tout type de culture.

L'eau a nourri, et continue de nourrir, l'imaginaire collectif des Hommes. Elle ravive donc pour chacun de nous un vécu, une histoire personnelle, forte ou non.

3) L'eau, source de plaisir

Bien avant notre ère, les Hommes ont découvert les plaisirs du bain si l'on en croit les vestiges retrouvés. Selon Bonin, « *En Grèce, dès le Ve siècle avant J-C [...] les bains se développèrent davantage dans l'optique de l'hygiène que du loisir* »¹².

A l'heure actuelle, on ne se lave plus par soucis d'hygiène, mais parce que la toilette est ressentie comme un moment de bien être et de santé. L'art du bain se décline aujourd'hui sous plusieurs formes : sauna, hammam, spa, jacuzzi, piscine,... Les sels de bains, algues, et huiles essentielles font maintenant partie des accessoires du bain chez la plupart des individus de notre époque.

4) L'eau, dans une perspective thérapeutique

Dans une perspective thérapeutique, l'eau est « *un moyen d'élargir son champ d'action tant sur le plan moteur, intellectuel, qu'affectif... Moyen de se découvrir, de se reconnaître, de s'épanouir* »¹³.

L'utilisation de l'eau a évolué au fil de l'histoire avec les avancées médicales, éthiques et culturelles. Aujourd'hui, elle peut se décliner sous diverses formes : le thermalisme, la

12 BONIN S. : *La grande aventure de l'eau*, Edition Pivat, 2001, p129

13 Citation d'AUBRY: *L'eau, une nouvelle vague de pratique en piscine*, Pratiques corporelles : Education, Thérapie, Formation, Edition Mars 1983, n°58, p36

thalassothérapie, la balnéothérapie,...

« Depuis fort longtemps, l'eau est utilisée à des fins thérapeutiques. Celui qui choisit d'utiliser l'eau comme élément ou lieu de soin s'inscrit donc dans une continuité de temps, de culture, de tradition »¹⁴.

Concernant le thermalisme :

Depuis très longtemps, l'Homme a reconnu et utilisé les vertus de l'eau dans un objectif de soin et de bien être. BONIN indique que « *Le thermalisme est l'utilisation à des fins thérapeutiques des eaux minérales telles qu'elles se présentent à la source. Mais n'importe quelle source n'est pas qualifiée de « thermale »* »¹⁵. En effet, l'eau doit être reconnue par le ministère de la Santé comme étant pourvue de caractéristiques très précises.

Concernant la thalassothérapie :

A partir des mots grecs : *thalassa* signifiant la mer et *therapeia* signifiant le soin. Selon BONIN, « *La thalassothérapie est un ensemble de soins utilisant les propriétés de l'eau de mer, des algues et des boues marines, conjuguées avec l'influence du climat* »¹⁶. Les soins et activités pratiqués en thalassothérapie font profiter l'organisme des propriétés de l'eau de mer qui est un véritable réservoir d'éléments vitaux. Au départ, la thalassothérapie affiche une vocation médicale et curative (utilisation en rééducation, pour la convalescence), mais, peu à peu, elle va évoluer vers un rôle davantage préventif de rééquilibrage de l'organisme au contact de la mer. Actuellement, les cures sont motivées par la fatigue, le stress, le surmenage, l'amincissement, ... Tout ceci, dans un objectif de bien-être et de plaisir.

Concernant la balnéothérapie :

La balnéothérapie est l'ensemble des soins par des bains du corps entier ou de l'une de ses parties. Cette pratique d'hydrothérapie est utilisée largement par les professions paramédicales. Plus spécifiquement, le psychomotricien peut proposer des séances de balnéothérapie dans le cadre de séances de groupe. Les indications en balnéothérapie peuvent intéresser différentes pathologies et handicaps avec des objectifs spécifiques en fonction du public et de la population.

14 [Http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/TDvivreEau/POLY.mini.html](http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/TDvivreEau/POLY.mini.html)

15 BONIN S. : *La grande aventure de l'eau*, Edition Pivat, 2001, p121

16 BONIN S. : *La grande aventure de l'eau*, Edition Pivat, 2001, p114

En conclusion, l'eau s'inscrit dans une histoire longue et riche qu'il apparaît important d'aborder avant d'envisager l'accompagnement aquatique en lui-même. L'utilisation de l'eau à des fins thérapeutiques a évolué au fil des siècles et connaît un plein essor.

B) Caractéristiques propre au milieu aquatique

L'eau possède plusieurs propriétés physiques, je vais en évoquer certaines brièvement, sans rentrer dans les détails physico-chimiques ainsi que leurs potentiels effets sur le corps. L'eau est un corps liquide à la température et à la pression ordinaire, incolore, insipide, dont les molécules sont composées d'un atome d'oxygène et de deux atomes d'hydrogène : H₂O¹⁷

1) Résistance hydrodynamique

« Un corps en mouvement dans un liquide subit une résistance qui s'oppose à son avancement. Elle dépend du coefficient de résistance du liquide, de la surface du corps, et de l'angle d'attaque et de la vitesse de déplacement »¹⁸.

Cette résistance contraint donc à développer d'autres types de mouvements pour s'adapter au milieu aquatique et permet un approfondissement de la conscience du corps, des gestes que l'on peut être amené à réaliser dans l'eau.

Le psychomotricien peut proposer à l'enfant de réaliser des activités de marche dans l'eau ou de repoussé car le milieu aquatique nécessite des remaniements corporels pour mener à bien et de façon efficace cette action.

2) La pression hydrostatique

« Un corps plongé dans un liquide va subir une pression égale au poids de la colonne de liquide située au dessus de lui. Elle varie en fonction de la profondeur »¹⁹.

17 DE LAVOISIER A. a démontré en 1785 que l'eau était une combinaison de deux substances: l'oxygène et l'hydrogène, il formule alors la célèbre définition chimique de l'eau H₂O.

18 Site : <http://www.sospsychomotricite.com/therapie-avec-eau/>

19 Molle (1996), Site : <http://www.sospsychomotricite.com/therapie-avec-eau/>

La pression hydrostatique va s'opposer aux mouvements et permettra à la fois de mieux sentir les mouvements volontaires, tout en freinant les mouvements involontaires dûs aux troubles du tonus parfois rencontrés chez les dyspraxiques. Dans l'eau, la pression s'exerce sur tout le corps. Elle dépend uniquement de la profondeur de l'eau et en aucun cas de l'orientation du corps. Cette profondeur va conduire à des modifications au niveau de la respiration puisqu'elle amène une modification de la pression thoracique et donc une adaptation de la respiration et du rythme cardiaque. La pression ralentit la respiration et peut induire le calme de la personne. De même, par opposition, si on sort de l'eau, le rythme cardiaque s'accélère car se trouve libéré de la pression hydrostatique.

En psychomotricité, cette pression peut permettre la prise en compte de ses limites corporelles et une prise de conscience de l'intensité de sa respiration. Elle est ressentie lors de toutes les expériences d'apnée ou d'expiration sous l'eau pour aller le plus profondément possible. Nous pouvons ainsi proposer à l'enfant d'aller s'asseoir au fond du bassin, de s'allonger, de se mettre en apnée en expirant sous l'eau ou ayant expiré auparavant, expérimentant ainsi les nuances qui s'offrent à nous selon, entre autres, la position dans laquelle nous nous mettons.

3) La température

La température est une grandeur physique reliée à la sensation de froid et de chaud, provenant du transfert thermique entre le corps humain et son environnement, en l'occurrence, l'eau. En fonction de la température de l'eau, celle-ci, étant subjective, peut exercer différentes actions sur le corps de l'individu. Une eau considérée comme froide par la personne, peut amener à une certaine tension voir un inconfort avec des mouvements plus dynamiques. Alors qu'une eau plus chaude tendrait plutôt vers une détente, un confort et une diminution de l'activité motrice.

En psychomotricité pour une détente et une relaxation du sujet, on utilisera plutôt la balnéothérapie avec une température maintenue entre 34 et 36°.

4) La poussée d'Archimède

« Tout corps plongé dans un liquide reçoit de la part de celui-ci une poussée verticale, dirigée du bas vers le haut, égale au poids du volume de liquide déplacé »²⁰.

20 Molle (1996)

Le corps est donc soumis à deux forces verticales contraires. Une tirant l'individu vers le bas donc vers le fond de la piscine, qui est la pesanteur, et qui a permis à l'Homme d'acquérir sa verticalité. L'autre tirant l'individu vers le haut, qui est la poussée d'Archimède, et qui n'a lieu que dans le milieu aquatique. Ces forces expliquent le phénomène d'apesanteur que nous ressentons lorsque nous sommes immergés. Le corps est plus léger, ce qui facilite le portage, la flottaison, les mouvements et l'immersion.

Dans le travail avec des enfants dyspraxiques, l'eau pourrait donc s'avérer être un milieu privilégié, car ces personnes sont souvent en difficulté dans leur motricité globale. La poussée d'Archimède se retrouve dans toutes les situations de bain faisant appel à une expérimentation de la flottaison ou de plongeon.

Par exemple, l'enfant peut se mettre « en boule », les membres supérieurs et inférieurs repliés au niveau de son abdomen. Il présente alors son dos au psychomotricien et celui-ci peut entreprendre d'effectuer des poussées vers le bas puis attendre que l'enfant remonte et répéter son action. L'enfant se laisse aller à chaque remontée de poussée d'Archimède. Ainsi ce type d'activité permet de prendre conscience de la remontée physique et passive du corps de l'enfant dans une sorte de laisser-aller dans le mouvement.

En conclusion, l'ensemble des différentes caractéristiques de l'eau vont favoriser un enveloppement global du corps, modifiant les fonctions corporelles de base : le tonus, la respiration, l'équilibre, l'organisation du mouvement et ainsi la perception du corps. L'apport de ce contact avec l'eau peut s'ajouter en complément d'une prise en charge en salle de psychomotricité et peut permettre à un enfant dyspraxique d'acquérir de nouvelles sensations, représentations, voir même d'en améliorer et ainsi lui permettre un champ de travail et d'apprentissage plus large. Au même titre que l'amélioration de ses aptitudes en salle, sa relation à l'eau peut influencer sur sa confiance et son estime de soi.

II) L'eau, une médiation en psychomotricité

Lors de la prise en charge en salle de psychomotricité et aux vues des différentes caractéristiques de l'eau, le psychomotricien peut être amené à proposer une médiation aquatique.

A) Définition d'une médiation

Le mot médiateur vient du latin « *mediator* » et signifie ce qui produit une médiation. La médiation, quant à elle, vient du verbe latin « *mediare* » qui signifie diviser et désigne ainsi le fait de servir d'intermédiaire. Dans un sens plus large, la médiation, signifie s'interposer « entre ». Le médium sert donc d'intermédiaire entre soi et l'autre et plus précisément, dans le cadre de la thérapie, entre le patient et le thérapeute, c'est donc une attention conjointe entre celui-ci et le patient.

La médiation constitue un dispositif pré-établi, matériel, technique, espace et temps, mais le réel intérêt se trouve dans le processus qui vient au déploiement de l'activité. Tout est question de sensibilité du thérapeute et de la sensibilité du patient, mais dans tous les cas, quelque soit la médiation, la relation intersubjective va permettre de communiquer quelque chose qui était de l'ordre du non communicable, elle va permettre de symboliser.

Selon POTEL : « *Les médiations ont pour objectifs :*

- ➔ *de proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions,*
- ➔ *de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel de structuration, d'aider à la transformation des éprouvés en relation »²¹.*

Selon WINNICOTT : « *Proposer une médiation, c'est donner une chance aux pulsions créatrices, motrices et sensorielles d'exister et de se manifester, afin qu'elles participent à la construction dynamique du sujet* ».

Dans les thérapies à médiation, il y a donc l'idée d'une triple articulation :

- La part du thérapeute dans sa capacité à se montrer créatif et vivant.
- La confrontation aux choses au travers parfois du nécessaire passage par la manipulation, la

21 POTEL C.: *Etre psychomotricien*, Edition Eres, 2010, p367

transformation des objets concrets et matériels.

- L'utilisation de l'objet devient alors un moyen par lequel l'enfant va agir directement sur l'autre et découvrir le jeu subtil des relations intersubjectives.

« *L'eau médiatise une autre relation et permet que s'ouvrent d'autres possibilités d'évolution* »²².

B) En quoi l'eau pourrait-elle être une médiation intéressante ?

L'eau est un médiateur qui s'inscrit dans un processus de médiation. C'est un lieu de rencontre favorisant la mise en place d'une relation autour d'un objet d'attention conjointe. La médiation n'est pas spécifique à la pratique psychomotrice mais constitue un outil au service d'un contact entre le psychomotricien et le patient dans le cadre d'un accompagnement en psychomotricité.

Le travail avec l'eau est une pratique courante et nombre de professionnels peuvent l'intégrer lors de leurs accompagnements thérapeutiques, d'où le questionnement suivant : *quelle est la spécificité d'un psychomotricien dans l'eau ? En quoi son accompagnement peut-il varier et être complémentaire ou non d'un autre professionnel ?*

Au cours de son travail et de sa pratique, le psychomotricien peut se saisir de la médiation comme d'un outil. Nous garderons cependant à l'esprit tout au long de ce mémoire que le premier outil de travail du psychomotricien reste en premier lieu le corps. J'entends par « corps » une notion plus large qu'est la corporéité. Cette notion de corporéité avait été développée par Kant qui était phénoménologue au cours du 19^e siècle. Les phénoménologues, sous le terme de « corporéité » entendent le fait pour l'Homme d'être au monde, d'être regardé par autrui comme une personne, un être humain. Le psychomotricien aide à la représentation, sans interpréter, mais en mettant du sens sur ce qui se joue dans la séance.

Le psychomotricien se différencie des différents professionnels utilisant eux aussi la médiation aquatique, de par sa lecture corporelle de la symptomatologie du patient. Tout en étant à l'écoute, il va porter son attention sur les aspects toniques, émotionnels et corporels de la personne accompagnée. A travers la médiation eau, il va développer différents axes de travail en fonction du

²² BALMELI D. : *L'eau, une nouvelle vague de pratique en piscine*, Pratiques corporelles : Education, Thérapie, Formation, Edition Mars 1983, n°58, p6

public accueilli. Le projet dépendra de la personne, de son projet individuel, de la demande et des attentes, entre autres. Comme l'écrit POTEL dans son ouvrage, « [...] *Dans les préoccupations inhérentes au choix d'une médiation telle que l'eau, il est toujours important de re-situer nos axes de travail en fonction de nos patients et des buts thérapeutiques (ou éducatifs) que nous nous donnons. Faire la démarche inverse, serait donner un sens quasi « magique » à l'eau, la considérer comme élément universel bienfaiteur, ce qui annulerait en quelque sorte notre démarche de thérapeutes [...] »*²³.

Il me semble que le psychomotricien, tout au long de sa formation, est sensibilisé à la communication non verbale. Cette observation du langage corporel doit être particulièrement fine. Je tiens à préciser toutefois que le travail corporel engagé par le psychomotricien est soutenu par l'accompagnement d'une élaboration qui passe par une verbalisation tout au long de la séance (ressentis, affects, émotions mises en jeu dans la relation avec soi et avec l'autre).

23 POTEL C. : *Le corps et l'eau*, une médiation en psychomotricité, Edition Eres, 2009, p46

Partie 3 : PLACE DE LA
PSYCHOMOTRICITÉ
AUPRÈS D'ENFANTS
DYSPRAXIQUES

I) Qu'est-ce que la psychomotricité ?

« La psychomotricité peut être perçue comme une fonction de l'être humain, celle qui synthétise psychisme et motricité afin de permettre à l'individu de s'adapter de façon souple et harmonieuse au milieu environnant. [...] Elle peut être un moyen de prendre conscience plus profondément de son être dans les domaines corporel ou spatio-temporel. »²⁴

Cette citation reflète l'accompagnement qu'un psychomotricien peut réaliser auprès de sujets atteints de dyspraxie. Il s'agira en effet de les aider à s'adapter au mieux à leur environnement par une unification de leur conscience corporelle.

Selon AJURIAGUERRA, le but de la psychomotricité est de permettre à l'individu de mieux se sentir et ainsi par un meilleur investissement de sa corporalité, se situer dans l'espace, dans le temps, dans le monde des objets et de parvenir à un remaniement de ses modes de relation avec autrui. Cette définition d'AJURIAGUERRA est en effet, pour moi un des résumés les plus complets concernant les objectifs de la psychomotricité et prend tout son sens avec les enfants diagnostiqués dyspraxiques que j'ai pu rencontrer au sein du cabinet libéral.

La psychomotricité part du sujet, de sensations concrètes et corporelles pour finalement interagir avec l'autre et l'environnement. L'Homme est un être de communication, de relation et ce, même précocement. Celle-ci, pratique corporelle par essence, n'a pas pour but de restaurer, de réparer une fonction seule. Elle fait appel au sujet dans son entité avec tout ce que cela implique. Elle met au centre l'humain par des activités motrices, perceptives, sensorielles, et agit sur la globalité de l'être. Elle met en jeu ces différentes composantes du sujet et prend en compte l'interaction constante entre le sujet, l'environnement et la relation à l'autre. Cette interaction va s'illustrer directement dans les séances psychomotrices et en tant que psychomotriciens, nous allons pouvoir mettre en œuvre, penser notre travail et orienter nos activités en fonction d'elle.

Avec les personnes souffrant de dyspraxie, il faut bien intégrer que lorsque nous travaillons avec elles, nous ne sommes pas que rééducateurs à la recherche d'une récupération d'une quelconque fonction, mais bien psychomotriciens, à la recherche d'un bien-être psycho-corporel. La psychomotricité, de par sa vision globalisante du corps et sa sensibilité au corps vécu, peut aider ces

²⁴ DE LIEVRE, STAES : *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte*, 5ème édition, 2011, ed. De Boeck p11

personnes à vivre leur corps de manière plus harmonieuse.

Pour cela, l'outil principal de la psychomotricité est le bilan. Différents items de bilan peuvent être proposés pour pouvoir évaluer les points forts et les points faibles de l'enfant afin d'envisager, par la suite, une prise en charge psychomotrice la mieux adaptée possible. En voici quelques uns :

→ Le dessin du bonhomme pour l'évaluation du schéma corporel de l'enfant.

→ La Figure de Rey pour permettre de visualiser et de comprendre la structuration et l'orientation spatiale de l'enfant.

→ Le Test d' imitation des gestes pour contrôler les fonctions sensori-motrices de l'enfant.

→ L'épreuve du BHK pour évaluer la graphomotricité et plus particulièrement l'écriture.

→ Le Test de Thomas qui permet de voir le niveau d'attention et la capacité de concentration que peut avoir l'enfant.

→ Orientation droite/gauche de Guilman pour l'évaluation des connaissances droite/gauche, par rapport à un plan.

→ Motricité manuelle Vaivre Douret qui examine la coordination, les syncinésies et la dominance manuelle.

→ L'adaptation à l'espace et l'orientation spatiale de Marthe Vyl permet de contrôler l'organisation et la représentation spatiale, l'engagement du sujet dans l'action, la connaissance de son corps, la coordination visuopraxique, les réactions de prestance ainsi que la représentation perceptive.

Lors du bilan, le psychomotricien va tout faire pour mettre en confiance et à l'aise l'enfant afin qu'il reste le plus naturel possible lors des épreuves et qu'il puisse découvrir en même temps que ses difficultés , ses capacités et sa personnalité. Il peut se faire en une fois ou, dans la plupart des cas, sur plusieurs séances. Celui-ci terminé, une restitution sera faite à l'entourage, avec la présence de l'enfant dans le meilleur des cas.

II) Prise en charge psychomotrice

A) Sur le versant moteur

Plusieurs écrits en psychomotricité sont parus sur la prise en charge de ce handicap qu'est la dyspraxie d'un point de vue moteur. POUHET dit que le but d'une prise en charge n'est pas de « rééduquer ce qui n'est plus rééduicable. [...] C'est vers l'amélioration des aptitudes préservées qu'il faudrait orienter tous les efforts. »²⁵

Deux auteurs, MAZEAU et ALBARET, présentent plusieurs types de prise en charge. MAZEAU distingue, pour sa part, trois méthodes de rééducation²⁶ :

✕ Les méthodes traditionnelles ou « classiques » :

Ce sont des méthodes de prises en charge globales qui visent à entraîner simultanément les fonctions sensorielles (kinesthésie, proprioception, tactile,...), motrices (équilibre, coordination oculo-manuelle, coordination statique et dynamique), spatiales, schéma corporel... Ce sont toutes les fonctions impliquées dans la réalisation du geste, à un degré plus ou moins important, qui sont prises en compte. Parmi ces méthodes dites classiques, MAZEAU évoque :

- Les méthodes d'intégration sensorielle centrées sur des mouvements de balancement, d'équilibre,...
- L'approche de FROSTIG qui, à l'inverse de la précédente, est basée sur la vue (coordination oculo-manuelle, précision gestuelle au niveau visuo-spatiale et visuo-graphique).
- La méthode de « bon départ » qui s'oriente plus sur les aspects rythmiques de l'exécution gestuelle.

✕ Les méthodes « dynamiques » :

Ces méthodes sont liées à la théorie dynamique et consistent à proposer à l'enfant des exercices dans des situations les plus naturelles possibles et en adéquation avec la vie quotidienne de l'enfant. Les parents et les enseignants sont donc impliqués dans la rééducation. Ces exercices, ciblés sur une tâche précise, se déroulent sur une durée brève mais de façon très fréquente. Les contextes de l'action varient aussi fréquemment afin de permettre à l'enfant de transférer les automatismes acquis

25 POUHET A. : *S'adapter en classe à tous les élèves dys : dyslexies, dyscalculies, dysphasie, dyspraxie, TDA/H* ; 2011, CDRP de Poitou-Charentes, p120

26 MAZEAU M. , Le LOSTEC C. : *L'enfant dyspraxique et les apprentissages : coordonner les actions thérapeutiques et scolaire* ; édition Elsevier-Masson, 2010, p22-26

dans d'autres contextes et ainsi en souplesse de réalisation.

✕ Les méthodes cognitivoverbales :

Ces méthodes font appel à des stratégies cognitives centrées sur la tâche ainsi que sur la résolution du problème. La mémoire, le langage et le raisonnement sont les bases de celles-ci. Les techniques telles que l'autoguidage, les auto-instructions verbales et la méthode COOP (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance) en sont issues. Dans cette dernière, l'enfant peut juger sa performance et modifier les éléments inadéquats, ou ratés. Cette correction est possible grâce aux instructions verbales et aux feedbacks que le professionnel fournit à l'enfant. Une succession de questions permettra à l'enfant d'agir et de se corriger si nécessaire (Quel est mon problème ? Comment vais-je m'y prendre ?). Énoncer les étapes nécessaires pour atteindre son but, (ai-je bien réussi ? Qu'ai-je raté et pourquoi?). L'enfant agit dans un premier temps en étant sous la verbalisation de l'adulte. Dans un second temps, c'est en verbalisant lui-même à haute voix les différentes étapes nécessaires à la réalisation de l'action que l'enfant agira. Également, une verbalisation intériorisée de l'enfant lui permettra d'organiser ses gestes.

Parmi les différentes méthodes avancées par MAZEAU, ce sont les méthodes cognitivoverbales qui s'avèrent être plus efficaces. En effet, « *les différentes évaluations de ces pratiques concluent à une amélioration significativement plus importante qu'avec les méthodes de contrôle (méthode classique, d'intégration sensorielle,...), avec des résultats qui se maintiennent après l'arrêt des rééducations et peuvent se transférer à d'autres habiletés non travaillées* ». ²⁷

Pour MAZEAU, les résultats positifs de la dernière méthode proposée sont à associer à trois choses :

- L'enfant est acteur de sa prise en charge. Il est l'auteur de l'analyse du résultat et des rectifications à apporter si nécessaire.
- La prise en charge s'appuie sur les domaines dans lesquels l'enfant excelle, à savoir le langage, le raisonnement, le découpage de la tâche,...
- Enfin, en analysant la tâche, puis en identifiant les causes de l'échec, l'enfant réfléchit sur ses difficultés. En procédant lui-même aux différentes étapes permettant d'aboutir à ce raisonnement, l'enfant pourra le généraliser dans d'autres contextes.

²⁷ MAZEAU M., Le LOSTEC C. : *L'enfant dyspraxique et les apprentissages : coordonner les actions thérapeutiques et scolaires*, Édition Elsevier-Masson, 2010, p25

Il évoque que « *ces stratégies cognitivoverbales sont certainement les mieux adaptées à l'enfant dyspraxique* ». ²⁸

ALBARET quant à lui, se différencie de MAZEAU, tout d'abord en parlant de TAC (Trouble de l'Acquisition de la Coordination) qui est un trouble dans les gestes que peut faire l'enfant sans l'intervention de son entourage, sans nécessité d'apprentissage par autrui et où ces gestes sont prévus par l'évolution. Contrairement à la dyspraxie qui renvoie à des difficultés à apprendre et à automatiser des gestes qui sont propres aux humains et spécifiques à une culture, ces gestes sont des praxies et sont facultatifs car non inscrits dans notre patrimoine génétique. Pour en revenir à ALBARET²⁹, il parle donc de TAC et non de dyspraxie d'une part et d'autre part, il fait allusion à deux catégories d'interventions thérapeutiques :

× Approches orientées sur le déficit :

Ces approches ont pour but de restaurer ce qui ne va pas chez les enfants présentant un TAC. La thérapie d'intégration sensorielle, l'approche sensori-motrice et la thérapie orientée sur le processus appartiennent toutes trois aux approches orientées sur le déficit.

- La thérapie de l'intégration sensorielle ainsi que l'approche sensori-motrice inspirée des travaux de FROSTIG et de la méthode de « bon départ », ont été exposées précédemment.
- La thérapie orientée sur le processus, s'inspire des travaux de LASZLO et BAIRSTOW. Ces derniers considèrent que la kinesthésie est indispensable dans le contrôle de la posture, dans la mémorisation du mouvement... La kinesthésie de l'enfant atteint d'un TAC est diminuée. Selon eux, ce traitement orienté sur le processus devrait améliorer les performances motrices de l'enfant. Au cours de la séance, sans support visuel, il s'agira pour l'enfant d'identifier la position de son bras dans l'espace et de le remettre en position initiale, par exemple.

× Approches orientées sur la performance :

Contrairement à l'approche précédente, celles-ci sont basées sur les théories du contrôle moteur et de l'apprentissage moteur. Elles ont pour but de favoriser l'activité et la participation des enfants au sein de diverses activités où l'interaction entre le sujet et l'environnement est constante. Dans ce type d'approche, l'accent est mis sur la performance motrice de l'enfant, comme l'indique son nom. Les interventions centrées sur la tâche et les approches cognitives sont toutes deux orientées sur la

28 MAZEAU M., Le LOSTEC C. : *L'enfant dyspraxique et les apprentissages : coordonner les actions thérapeutiques et scolaires*, Edition Elsevier-Masson, 2010, p26

29 SALVAN M. et ALBARET J.M. : *Quelle rééducation psychomotrice pour le trouble de l'acquisition de la coordination ?*, in A.N.A.E. N°88-89, p165

performance.

- Les interventions spécifiquement centrées sur la tâche visent l'apprentissage de celle-ci. Le professionnel peut axer sa prise en charge soit sur l'intervention spécifique à la tâche ou sur l'entraînement neuromoteur à la tâche. L'intervention spécifique à la tâche consiste en une décomposition de la tâche cible en sous-tâches plus élémentaires. Démonstrations, manipulations physiques, feedback,... Les instructions données par le thérapeute font partie de cette approche. La présence du psychomotricien et les consignes qu'il apporte à l'enfant sont nécessaires pour l'apprentissage optimal à cette habileté. Cette intervention est centrée sur une habileté précise (rattraper une balle, shooter un ballon avec précision,...) et de ce fait, un transfert vers d'autres aptitudes n'est pas attendu. L'entraînement neuromoteur à la tâche a pour but, après analyse de l'exécution de la tâche, d'identifier les éléments qui entravent la réalisation du geste. Ainsi, le thérapeute axera, spécifiquement, son travail sur les éléments défaillants.
- L'approche cognitive dont la méthode COOP fait partie, correspond aux méthodes cognitivoverbales évoquées précédemment par MAZEAU. Ces approches cognitives considèrent que les aspects moteurs, affectifs et cognitifs de l'enfant sont en interaction permanente. En plus d'être orientées sur la tâche, des analyses cognitives de la situation et des critiques des résultats viennent s'ajouter aux nombreuses spécificités de cette approche.

Pour ALBARET, ce sont les approches cognitives et plus spécifiquement la méthode COOP qui sont les plus efficaces pour les enfants atteints de TAC.

B) Sur le versant psychologique

Contrairement à la prise en charge de ce handicap d'un point de vue moteur, il y a peu d'écrits sur la prise en charge psychologique de l'enfant dyspraxique. Bien que les auteurs évoquent assez souvent une atteinte de l'estime de soi (VAIVRE-DOURET parle « *d'une dévalorisation se soi* »³⁰, MAZEAU emploie le terme de « *ruine de l'estime de soi* »³¹ et pour HURON, « *l'image que ses enfants ont d'eux même est souvent détériorée* »³²), il n'existe pas de prise en charge sur le manque de confiance en soi, la fatigue morale ou encore le manque de motivation que les enfants dyspraxiques peuvent aussi ressentir. En effet, ces éléments ont une dimension très subjective.

30 VAIVRE-DOURET L. : *Le point sur la dyspraxie développementale : symptomatologie et prise en charge*, p331

31 MAZEAU M., Le LOSTEC C. : *L'enfant dyspraxique et les apprentissages : coordonner les actions thérapeutiques et scolaires*, Edition Elsevier-Masson, 2010, p177

32 HURON C. : *L'enfant dyspraxique : mieux l'aider à la maison et à l'école*, Edition Odile Jacob, 2011, p112

La façon qu'a l'enfant de se présenter à nous, la façon dont il parle de lui mais aussi la manière dont il est habillé sont autant d'éléments qui nous informeront sur l'attention et la valeur qu'il porte à son égard mais également sur l'investissement de son corps.

C) Sur le versant moteur et psychologique

Partir des points forts de l'enfant afin d'aborder les domaines dans lesquels il est en difficulté est déjà un premier pas qui le rassurera dans l'intérêt de sa venue en psychomotricité. Le but étant de soutenir les domaines dans lesquels une progression est encore possible, et de favoriser l'émergence de phénomènes de compensation dans les domaines nécessaires.

Du fait de l'inefficacité et de la maladresse dont il fait preuve dans les activités sportives, l'enfant dyspraxique est souvent hors du groupe. La prise en charge psychomotrice peut être pour lui l'occasion d'expérimenter, d'accéder aux activités échouées antérieurement, de pouvoir prendre ses propres initiatives et ainsi de se socialiser.

Si l'enfant se retrouve confronté à une difficulté, lui permettre tout d'abord de verbaliser cette difficulté puis l'aider à identifier les stratégies nécessaires pouvant l'amener vers une réussite est également le rôle d'une prise en charge psychomotrice. Réussir par lui-même à partir de sa propre réflexion et de la mise en acte de ses propres stratégies, aboutira sur le long terme à un réinvestissement corporel ainsi qu'à une amélioration ou à un maintien de sa confiance et estime de soi car, selon moi, le réinvestissement corporel agira positivement sur l'image que l'enfant aura de lui et de ce fait, sur la valeur qu'il donnera à ses actes.

Pour cette population, la prise en charge psychomotrice est souvent un travail de longue haleine. Le rôle du psychomotricien ne s'arrête pas aux séances avec l'enfant. En effet, en dehors du cabinet, le psychomotricien est toujours en action afin d'apporter, d'abord à l'entourage familial puis à l'établissement scolaire, des informations sur le trouble dont est porteur l'enfant d'une part, et de la mise en place d'un aménagement le plus adapté, d'autre part.

Il est important que toutes les personnes intervenant dans la vie quotidienne de l'enfant comprennent qu'un enfant dyspraxique n'est aucunement immature sur le plan affectif. Il est encore moins paresseux, débile ou autres qualificatifs négatifs. C'est bien un dysfonctionnement neurologique qui est à l'origine des difficultés qu'il rencontrera. De ce fait, « *si les problèmes sont*

*directement en lien avec la dyspraxie, le redoublement améliorera peu et seulement temporairement les performances de l'enfant, mais la dyspraxie demeurera toujours accompagnée de son même cortège de difficultés scolaires s'accumulant au fil des ans »*³³. De plus, ce redoublement ne sera qu'une entaille de plus quant à la valeur que le sujet aura de lui.

Au niveau scolaire, de nombreux aménagements peuvent être proposés à l'enfant. Afin d'éviter les situations de double tâche, l'importance de l'écriture peut être allégée en fournissant à l'enfant des photocopies, en ayant recours au papier carbone,... Dans tous les cas, du fait de cet aménagement, l'enfant sera totalement disponible pour écouter la totalité des informations apportées par l'enseignant car il n'aura pas à solliciter toutes ses capacités attentionnelles afin d'écrire. Si l'enfant présentent des troubles visuo-spatiaux, le placer devant le tableau, mettre le texte à recopier à ses côtés ou l'utilisation de repères visuels lui facilitera le recopiage. L'accès à un ordinateur est possible sous réserve d'une acceptation de la demande par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

D) Rôle du psychomotricien

Le psychomotricien va travailler sur prescription médicale. Les patients sont adressés dans un premier temps pour un bilan afin d'établir les projets individuels, puis, en accord avec le patient et l'entourage il y aura une prise en charge en psychomotricité, ou non.

Que ce soit chez l'enfant ou l'adulte, les projets de prise en charge seront très différents en fonction de chaque pathologie mais les principaux objectifs du psychomotricien vont être le confort physique et psychique du patient. Le psychomotricien de part sa vision globale de l'être humain, pourra être à l'écoute de plaintes psychiques comme corporelles et aider l'individu à trouver une solution, à maintenir des aptitudes fonctionnelles, relationnelles et communicatives.

Comme dit POTEL « *La spécificité de l'approche en psychomotricité va se caractériser par l'implication active, corporelle et motrice du psychomotricien. Partenaire d'échanges ludiques, son corps devient un soutien, un contenant, un étayage, un miroir pour le sujet en devenir.* »³⁴

En effet ce qui caractérise le psychomotricien c'est son engagement corporel. Notre corps

33 MAZEAU M., Le LOSTEC C. : *L'enfant dyspraxique et les apprentissages : coordonner les actions thérapeutiques et scolaires*, Edition Elsevier-Masson, 2010, p34

34 POTEL C. : *Psychomotricité, entre théorie et pratique*, 2010, 3ème édition p56

sera le principal médiateur des échanges avec les patients. De plus, dans notre formation, il nous est permis d'affiner notre écoute personnelle, ce qui nous autorise par la suite à nous engager plus sereinement dans la relation.

1) Entretien des capacités motrices dans le vécu de plaisir

Le psychomotricien par son corps et celui du patient, tous deux pris dans une dynamique relationnelle, pourra proposer des expériences motrices, qui seront ensuite effectuées par le patient. La réharmonisation de la tonicité étant en fort lien avec les émotions, le psychomotricien tend à porter les expériences tonico-émotionnelles dans un vécu positif, agréable.

Le corps du sujet est un point d'appui et de repère dans son environnement, même handicapé. Un enfant ou un adulte aura plus de facilité à lâcher prise dans un moment agréable plutôt qu'angoissant et ainsi pourra évoluer plus aisément au sein de sa prise en charge.

2) Investissement du corps dans l'action, la relation

Quand le psychomotricien a pour objectif de favoriser les expériences corporelles, il n'a pas un but rééducatif qui viserait à la performance musculaire ou fonctionnelle.

Comme l'a défini AJURIAGUERRA « *Le but n'est pas moteur, mais la possibilité de sentir le corps comme objet total dans le mécanisme de la relation.* »³⁵ La réussite aux exercices moteurs n'est pas recherchée. Nous visons l'investissement de l'action par le sujet, le tout dans la relation.

Ce qui permet en partie au sujet cet investissement, c'est notre propre engagement. Ainsi, de par notre implication, nous sommes chargés d'être à l'écoute du patient afin de lui proposer des activités sensorielles et motrices les plus adaptées pour lui et l'amener à percevoir les sensations dans son propre corps, pour qu'il renoue avec celui-ci, favorisant une meilleure unité du corps propre ainsi qu'un investissement plus positif dans les échanges.

De plus, l'alliance thérapeutique doit s'établir au cours des premières rencontres. Cette alliance sera nécessaire au bon déroulement de la prise en charge. Le patient doit en effet être en confiance auprès de nous, se savoir reconnu et écouté.

35 Cité par POTE C. dans : *Psychomotricité, entre théorie et pratique* ; 2010, 3ème édition, p28

III) Possibilité d'un travail corporel dans l'eau

A) Dans un axe rééducatif

1) Le schéma corporel et l'image du corps

Le schéma corporel et l'image du corps sont deux piliers de la psychomotricité : ils réalisent un point de convergence entre nos vécus corporels et nos représentations psychiques. Ce sont des entités conceptuelles qui sont indissociables et dépendent l'une de l'autre. Toutefois, dans le but d'éclaircir quelque peu mon propos, je vais les considérer séparément en m'intéressant tout d'abord au schéma corporel puis abordant par la suite, l'image du corps.

a) Schéma corporel

Le schéma corporel est une entité découverte par le neurologue BONNIER en 1893. Il recouvre différents champs de compétences aussi diverses les unes que les autres : de la neuropsychiatrie en passant par la psychologie et les expériences sensori-motrices.

Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quels que soient le lieu, l'époque, ou les conditions dans lesquelles il vit. Il est une représentation mentale plus ou moins consciente de notre corps. Ce n'est pas un concept acquis. Il évolue au fil du temps, en parallèle de la maturation neurologique. De plus, il n'est pas définitif. De nos enseignements à l'Institut, je retiens la définition d'AJURIAGUERRA en 1970 : « *Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* ». Le schéma corporel serait donc au carrefour de notre connaissance de soi et de notre relation au monde. Il est une interface délimitée par nos limites corporelles, une entité conceptuelle dynamique.

Le milieu aquatique permet une réorganisation du fonctionnement de notre propre schéma corporel. En effet, ce dernier se nourrit de stimulations particulières qui sont inhérentes au milieu dans lequel le sujet se trouve.

Si on décline la définition du schéma corporel donnée par AJURIAGUERRA :

En ce qui concerne les impressions tactiles, elles sont constamment sollicitées dans l'eau par la diversité des sensations que provoque ce milieu : par les changements de température, de pression, de profondeur du bassin suivant l'endroit où l'on se trouve. De même, l'intensité des sensations ressenties est augmentée car nous y sommes soumis à chacun de nos mouvements (ou de mouvements d'autrui). La possibilité d'éprouver simultanément toutes les sensations tactiles sur la peau et le corps permet de se rendre compte de la modification de la perception sensorielle globale qui s'exprime sur l'ensemble du revêtement cutané.

Concernant la kinesthésie, en réaction avec l'eau, lorsque le corps est immergé, le mouvement est à la fois facilité (par la fluidité du milieu, son caractère doux et enveloppant) et empêché par l'eau (de par la résistance du milieu). La répartition musculaire doit donc passer par un autre mode d'expression. Les tonus de fond et d'action se déclinent spécifiquement compte tenu de l'allègement du poids du corps par la libération de la pesanteur. L'organisation tonique se trouve modifiée dans l'élément aquatique.

Par exemple, lorsque je marche dans l'eau, la résistance du milieu est telle que cela entraîne un ralentissement si j'essaie d'aller vite (paradoxalement). En revanche, si je réajuste mon mode de déplacement en utilisant les membres supérieurs de façon plus exagérée ou en amplifiant globalement mes mouvements, je peux alors gagner en vitesse. Ce type d'exercice permet de prendre conscience de la disposition segmentaire lors de nos déplacements : en ralentissant le mouvement, nous pouvons alors prendre le temps de réaliser notre organisation gestuelle et corporelle à un moment précis et de mieux la ressentir.

En ce qui concerne les systèmes labyrinthiques et visuels, les informations du milieu n'étant plus les mêmes (déséquilibre, freins au mouvement etc.), on assiste à une réorganisation des afférences et des traitements de l'information. Hors de l'eau, lorsque l'on se tient debout, nous recevons des informations provenant de la voûte plantaire ancrée au sol. Tout notre ajustement postural part de cette condition. Or, l'eau nous allège de ce poids, et les ajustements posturaux pour réguler les afférences visuelles et labyrinthiques, vont alors être de nature différente car les afférences sensorielles sont elles-mêmes de nature différente. De même, si nous plaçons un sujet en position horizontale et décubitus dorsal, les afférences visuelles seront alors modifiées par le changement de direction du regard et, d'un point de vue labyrinthique ce changement de position va

entraîner un remaniement de nos ajustements par rapport à ceux qui sont mis en œuvre en station érigée, hors de l'eau.

Enfin, en ce qui concerne le « cadre spatial de référence », c'est un cadre passif. En milieu aquatique les actes que nous effectuons, nos mouvements prennent dans ce cadre une ampleur, un poids et des sollicitations différentes. Toutefois, ce sont des mouvements que nous connaissons, que nous avons déjà exécuté. L'eau permet donc de les ressentir différemment, d'enrichir la carte mémoire de nos sensations corporelles.

Le schéma corporel est donc une instance dynamique qui va, dans une « construction active », d'autant mieux intégrer des sensations diverses qu'elles sont nombreuses, intenses et présentes. Le milieu aquatique est donc un élément thérapeutique de choix en ce qui concerne l'étayage du schéma corporel.

b) Image du corps

L'image du corps pourrait être définie comme l'investissement inconscient du corps (l'expérience inconsciente du corps enregistrée depuis la naissance). Elle peut avoir un lien avec la manière dont notre corps nous apparaît et dont on se l'imagine. Selon DOLTO, l'image du corps est inconsciente et elle dépend de la relation émotionnelle de ses parents à sa personne. Ainsi certains enfants possèdent un schéma corporel tout à fait sain mais une image du corps altérée et inversement. Cette image du corps peut être touchée du doigt en psychomotricité également durant l'épreuve du dessin du Bonhomme. Elle va correspondre à la façon dont l'enfant investit ce dessin avec l'aspect qualitatif qu'il induit (dimension du bonhomme, place dans la feuille, proportionnalité, présence ou non de détails,...). Il y a un aspect qui se dévoile à l'insu de la conscience du sujet.

L'image du corps est l'expérience psychologique du corps. C'est une représentation imagée qui rend compte des sentiments et de l'attitude du sujet vis-à-vis de son corps. C'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit. C'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel qu'il est possible d'entrer en communication avec autrui. Toute communication avec l'autre est sous-tendue par l'image du corps ; car c'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne

dans la relation présente comme le souligne DOLTO.

L'eau est un élément archaïque qui réactive notre « pré-histoire » et notre histoire corporelle dans une dynamisation de ce que l'on a pu vivre auparavant.

Les enfants dyspraxiques que j'ai pu rencontré lors de mon stage, peuvent subir une image du corps en décalage. Elle est souvent vécue comme dévalorisante et peu investie. L'atelier aquatique peut nous confronter directement à la façon dont nous vivons notre corps. On n'est moins caché par les vêtements, on se dévoile un peu plus au regard de l'autre et c'est parfois difficile pour ces enfants. Peuvent apparaître des signes de négligences corporelles (ongles longs et noirs, pieds sales...). Il convient alors d'effectuer un travail sur soi et pour soi, sur la notion de « prendre soin ».

2) Le tonus musculaire

Le tonus est une dimension de base en psychomotricité. Tout au long de sa formation, l'étudiant en psychomotricité est sensibilisé sur ce sujet, tant lors des enseignements théoriques, que des enseignements de pratiques divers et variés. Des enseignements théoriques reçus à l'Institut, nous retiendrons que le tonus est un point d'articulation entre le physiologique et l'affectif. C'est la toile de fond du fonctionnement musculaire tant dans la motricité que dans le maintien de la posture, que dans l'expression somatique de la vie émotionnelle et affective d'un sujet. Si l'on reprend la notion même du tonus musculaire, il se définit ainsi : « *Le tonus musculaire de base est la contraction minimale ou la légère excitation d'un muscle au repos. Si l'on sectionne le nerf moteur ou la racine rachidienne dorsale d'un muscle ou d'un groupe de muscles, on supprime tout tonus musculaire. Ceci indique que le tonus musculaire dépend simultanément d'influences centrales et périphériques* ». Le tonus est éminemment lié aux émotions et à l'activité du sujet.

WALLON (1942) a jeté les bases du dialogue tonico-émotionnel. En effet, il a évoqué le rôle de l'émotion sur les états internes de l'organisme. Partant des hypothèses de ce dernier, AJURIAGUERRA propose en 1974 une extension du concept, il parle de dialogue tonique. Le dialogue tonique est possible à distance. C'est là toute sa richesse et sa subtilité car lorsque nous observons des tensions toniques, même faibles, chez autrui, notre propre corps réagit toniquement. Il peut donc s'installer une forme de communication entre les deux protagonistes, le plus souvent inconsciente. Le tonus musculaire assure donc la préparation et l'harmonie du mouvement, le

maintien de la posture et l'expression corporelle de notre vie émotionnelle.

Comme nous l'avons précisé précédemment, le milieu aquatique modifie le tonus et entraîne par là-même une libre mobilisation des articulations. Tout au long de ses accompagnements, le psychomotricien est sensible à l'observation du tonus de chaque patient dans l'eau. En effet, à travers le dialogue tonico-émotionnel, le psychomotricien observe le langage du corps pour proposer une meilleure adaptation ou simplement, tenter de comprendre l'état interne de la personne.

Le tonus est singulier, différent selon chaque individu et peut être en charge de modifications au gré des événements de vie, de notre histoire... Il possède une trace mnésique corporelle importante et sur laquelle vont reposer de nouvelles empreintes constamment remises à jour.

Dans le milieu aquatique, nous pouvons observer une réorganisation tonique globale. Ainsi, le tonus qu'il soit profond ou superficiel, de fond ou d'action verra ses modalités d'expression modifiées en rapport avec la température de l'eau, les rapports changeants entre membres inférieurs ou supérieurs ... Au final, c'est toute la dynamique tonique globale qui se trouve transformée dans le milieu aquatique. Il en est de même pour les gestes effectués dans l'eau. Ils sont d'une nature physiquement différente et leur expression et leur ressenti se feront donc d'une autre manière. Dans un élément tel que l'eau, les informations sur nos mouvements, l'état et la répartition de notre tonus lors de leur réalisation nous parviennent dans une sorte de boucle perceptivo motrice. L'eau nous renvoie ce que nous faisons sous forme d'informations sensorielles. Le milieu aquatique concrétise nos gestes, il aide à leur perception et à la prise de conscience de notre état tonique.

Parmi les enfants dyspraxiques que nous rencontrons au cabinet libéral, nous remarquons beaucoup de troubles du tonus de type hypertonique ou hypotonique. Comme s'ils effectuaient un retour à un processus de relation à l'autre archaïque (hypertonie d'appel ou hypotonie de satisfaction d'AJURIAGUERRA). Le travail en psychomotricité peut constituer une aide importante en ce qui concerne les gestions ou les variations toniques, d'autant plus en milieu aquatique. L'eau, de par ses qualités décrites auparavant, est un élément qui accroît l'accord tonique entre le thérapeute et son

patient. La prescription d'atelier aquatique peut être une alternative ou un intermédiaire intéressant avant un travail en salle portant sur la gestion et le contrôle tonique.

3) La coordination

La coordination motrice est la capacité à réaliser un geste précis et intentionnel, avec vitesse (rapidité d'exécution), efficacité (le but est atteint) et fiabilité (taux de reproduction élevé), grâce à l'action conjuguée du système nerveux central et de la musculature squelettique. Le développement de la coordination permet de s'adapter à des conditions changeantes et d'apprendre de nouvelles possibilités de résolution. Sous le terme de coordination sont regroupés les concepts d'habileté motrice, d'adresse et de technique.

La coordination générale correspond à toutes les actions psychomotrices non spécifiques. C'est-à-dire hors forme de production gestuelle destinée à réaliser un objectif précis et réglementé dans une discipline. L'apprentissage et l'entraînement doivent faire en sorte que le nombre de schémas de programmations motrices générales soit le plus élevé possible pour faciliter ensuite l'intégration de schémas spécifiques à une activité quelle qu'elle soit. Des "copies" de programmes, déposées dans les couches profondes du système nerveux central, vont être enrichies et perfectionnées par de nouveaux enseignements et permettront de constituer les fondements de futurs mouvements coordonnés.

En ce qui concerne la vitesse d'acquisition de nouvelles habiletés, l'acquisition d'un nouveau mouvement se basera sur le répertoire d'anciennes coordinations possédées par l'individu. Plus ce répertoire sera conséquent, plus l'acquisition d'un nouveau mouvement sera rapide et plus le temps à consacrer aux autres secteurs sera important. Les qualités de coordination ne peuvent être développées ou améliorées que par la répétition d'exercices comme faire :

- De nouveaux exercices, plus ou moins difficiles, demandant une adaptation de réalisation ;
- Des situations motrices simples connues amplifiées en difficulté ;
- Des exercices diminuant le temps d'exécution des actions ;
- Des situations modifiant les contraintes externes à l'action.

Au cours de la familiarisation à l'eau, l'enfant apprend à flotter, sur le ventre, sur le dos, à être à l'aise dans l'eau et en profondeur. Dans le milieu aquatique, les exercices proposés par le psychomotricien vont développer la coordination motrice nécessaire pour se déplacer dans l'eau.

Pour trouver une motricité adaptée à l'eau, l'enfant va expérimenter les propriétés de l'eau, optimiser ses aptitudes physiques et améliorer sa perception corporelle. Les perceptions s'affinent et la technique s'améliore.

Ainsi, la production gestuelle de l'enfant dyspraxique dans l'eau, va être dépendante de toutes ou une partie des conditions suivantes :

- Conditions d'orientation : qui permettent d'adapter son propre comportement moteur aux modifications spatiales environnantes,
- Conditions de différenciation : qui permettent de nuancer et d'adapter des forces de mouvements sur une partie de la musculature alors que d'autres parties sont aussi en mouvement,
- Conditions d'équilibre : permettent à un corps de maintenir une position ou d'y revenir s'il en est écarté,
- Conditions de rythme : permettent de réaliser un mouvement cadencé de façon dynamique,
- Conditions de réaction : permettent l'analyse d'une situation et de la mise en œuvre d'une réponse adaptée dans un très bref délai,
- Conditions de réajustement : permettent de transformer l'action motrice en cours pour s'adapter à une situation nouvelle ou la continuer sous une forme nouvelle. Elles nécessitent de développer les capacités de réaction et d'anticipation.

4) L'orientation temporo-spatial

C'est la capacité de se situer dans l'espace, de déterminer la position que l'on occupe par rapport à des repères, d'ordonner correctement les différents éléments d'un tout mais aussi de situer la succession des actions les unes par rapport aux autres, de définir un présent par rapport au passé et au futur, de saisir l'agencement des structures rythmiques, puis d'évaluer la durée et la vitesse.

L'espace et le temps composent un ensemble indissociable dans lequel l'agir se déroule. Si les théories psychomotrices séparent parfois ces concepts pour simplifier leur étude, les termes «spatio-temporel » ou « temporo-spatial » demeurent très souvent reliés.

L'espace peut être défini comme une étendue infinie qui entoure et contient tout objet, dont le corps. L'espace marque la distance. Il sépare le soi du non-soi. De fait, il se présente comme un support de la relation et de la communication.

Peu à peu, l'enfant va apprendre à se situer, s'orienter, s'organiser, se déplacer, et va concevoir l'agencement des choses du monde en référence à son corps agissant : c'est l'orientation spatiale. Plus tard, il est capable de structuration spatiale : il parvient à partager l'espace et le diviser en parties. Par exemple, il lui est possible de penser les notions de distance, de volume, de rapport espace - temps.

Le temps est un milieu indéfini dans lequel l'agir est acteur. Il s'établit progressivement à partir des expériences sensorielles, motrices, relationnelles. Ses trois composantes sont la succession, l'ordre et la durée.

Dès ses premiers jours de vie, l'être humain vit activement ou passivement des séquences d'évènements qui se répètent régulièrement (par exemple manger et dormir, ou bien encore l'alternance du jour et de la nuit). Cette perception de la succession et de l'ordre sécurise l'enfant. Elle constitue le seul repère temporel accessible avant l'âge de 5 ans.

La durée correspond à la quantité de temps entre deux repères (le début et la fin d'une action ou deux actions différentes (dans ce cas, on parlera aussi d'intervalle). Cette notion fait appel à la séparation, aux limites. La perception de la durée peut être concrète, mais elle peut également être estimée de manière intuitive et subjective.

Par la suite, la notion de temporalité du geste va s'intégrer chez l'enfant (début, déroulement, fin). Ainsi, peu à peu, il va pouvoir se situer dans le temps. Au départ, toujours par rapport à une action dont il est le sujet principal : c'est l'orientation temporelle. Plus tard, il accède à la structuration temporelle : il va pouvoir reconnaître et réaliser des ensembles organisés dans le temps, en combinant différents éléments : succession, durée, intervalle, vitesse, rythme...

En somme, le temps et l'espace apparaît comme un outil de compréhension du monde et de l'environnement. Il permet au sujet de s'adapter et de communiquer. Or, dans l'eau ces deux notions sont essentielles pour pouvoir interagir de façon la plus adaptée. En effet, elles sont différentes par rapport au sol et l'enfant dyspraxique devra faire preuve de créativité et d'adaptation dans ce nouveau milieu.

B) Dans un axe thérapeutique

1) La relation

La relation est une dimension essentielle du travail technique et corporel. Dans la base même de ses fondements, la psychomotricité met en jeu un lien indissociable entre soma et psyché. C'est donc sur des fondements relationnels que l'on peut bâtir un projet thérapeutique psychomoteur.

De même, le psychomotricien est d'autant plus engagé dans la relation, qu'il met en jeu son propre corps, qui est un de ses outils de « travail ». POTEL évoque cet engagement corporel spécifique du praticien dans le cadre d'un atelier aquatique mais il se retrouve également en salle. C'est ce qui fait l'importance et la force de la relation en psychomotricité.

Néanmoins dans toutes les disciplines où la relation est placée en toile de fond, il peut exister des dérives. En psychomotricité, ces « pièges » de la relation peuvent se caractériser par exemple par une passivité relationnelle et professionnelle du psychomotricien dans la relation. C'est alors l'enfant qui dirige et le psychomotricien n'est pas suffisamment présent. Or, le psychomotricien est le garant du cadre de la séance. Ce cadre impliquant une unité de temps et d'espace, mais aussi un certain fil conducteur, un « canevas » auquel l'enfant peut se référer. Ce canevas est déterminé par le projet psychomoteur mis en place dès le début des séances. C'est lui qui contribue à la démarche psychomotrice : l'important ce n'est pas ce que l'on fait mais pourquoi on le fait. A l'inverse, une directivité excessive peut également être mal vécue par le patient et nuire alors à l'installation d'une relation de confiance, d'une « alliance thérapeutique ». Cela peut en effet conduire plus ou moins consciemment à chosifier l'enfant ou le patient. Dans ce mode de fonctionnement, il n'a plus la place d'exister, de prendre ses responsabilités en tant que sujet.

Le projet psychomoteur et sa réalisation ne peuvent être menés à bien qu'avec un investissement réciproque des deux protagonistes de la relation thérapeutique. C'est une avancée en relation duelle ou groupale et qui réalise un juste équilibre entre liberté et directivité.

Un autre écueil de la relation auquel le psychomotricien doit être vigilant est celui de la séduction. Nous proposons en effet des activités particulières et pour la plupart ludiques. Nous

accédons autant que possible à une conciliation entre désir et réalité, en restant bien entendu vigilant à la sauvegarde et à la contenance du cadre thérapeutique fixé. Ces possibilités de concessions restent tout de même un privilège de notre profession. De même, notre engagement corporel et psychique est extrêmement présent lors des séances et peut parfois éveiller chez certains enfants la projection inconsciente d'une image (parentale par exemple) qui pourra amener une modification considérable de la relation. C'est ce que j'entends par la notion de « dialogue corporel » : un échange corporel, entre deux ou plusieurs personnes, qui se situe entre la communication et la relation. Il a la même portée que la notion de dialogue tonique, en étendant mon propos à tout ce qui peut être interactif lors de communication non verbale. C'est précisément pour cela que le psychomotricien se doit d'être vigilant à ce qu'il propose, à bien définir pourquoi nous sommes là, quel est le projet psychomoteur et les actions à mener.

2) *Le regard*

Le regard est un véritable moyen de communication non-verbal. Le regard accompagne l'expression du corps. Le psychomotricien doit être attentif à cette fonction au cours de ses accompagnements, y compris dans l'eau. La vue fait partie de la sensorialité chez l'Homme. C'est un outil permettant une relation à son environnement et à l'autre. La vue nous permet ainsi de nous situer dans l'espace, dans la relation aux objets et par rapport aux déplacements possibles. De nos enseignements, nous retiendrons qu'au moment de la naissance, la vision est encore inachevée. Elle est dépendante de la maturation du cerveau qui doit apprendre à voir et à décoder les images que l'individu perçoit. La vision d'ensemble du nouveau-né se construira progressivement et évoluera jusqu'à l'âge de 5 à 6 ans. Dans l'accompagnement, le regard peut se distinguer à deux niveaux :

→ au niveau du patient, car le regard véhicule des émotions et donne des informations sur l'état de la personne (sa vigilance, son attention, etc.).

→ au niveau du psychomotricien, car il va, dans la relation avec le patient, utiliser le regard.

Le regard du soignant se situe du côté de l'empathie, tout comme les autres professionnels de santé. Bien qu'il faille tenir compte de la subjectivité interpersonnelle du regard, le psychomotricien doit porter un regard « le plus neutre possible » sur le patient, évitant les projections. Le regard peut être le soutien de la relation, comme il peut être désorganisateur. Il fait donc partie intégrante de la communication non-verbale, langage corporel auquel le psychomotricien doit être sensible lors de ses accompagnements.

3) *La confiance*

Cette confiance est issue tout d'abord de nos expériences corporelles et de leurs conséquences. Ceci constitue un socle de base que l'on appellera représentation corporelle. De nombreux auteurs ont étudié la question de la représentation corporelle, et ont défini au sein de cette représentation, deux notions essentielles, elles-mêmes divisées en sous-catégories présentées précédemment qui sont le schéma corporel et l'image du corps. Les expériences sensori-motrices dans l'eau permettent à l'enfant dyspraxique de construire son schéma corporel d'une nouvelle manière et d'avoir une action adaptée sur son environnement. L'image du corps chez ces enfants se construit à partir de ce qu'ils perçoivent de leur propre corps ; elle participe à l'élaboration de l'image de soi. Par exemple, un enfant qui parvient à développer les habiletés motrices nécessaires pour une quelconque activité que ce soit dans l'eau ou sur terre, dispose d'une image de soi positive lorsqu'il se trouve confronté à ses pairs dans cette activité. Ceci va contribuer à construire une confiance stable en ses capacités corporelles, c'est-à-dire la certitude qu'il dispose d'une aptitude physique et qu'il peut en conséquence faire face à un certain type de situation (*annexe n°7*).

→ *Ce qui nous conduit à définir la confiance corporelle de la façon suivante :*

Basée sur l'appropriation d'expériences motrices, la confiance corporelle s'établit lorsque le sujet a conscience qu'il a les ressources nécessaires pour faire face à une situation motrice particulière. Il utilise alors un schéma moteur connu ou en crée un nouveau pour s'adapter à la situation présente. Enfin, cette confiance corporelle ouvre la voie vers la confiance en soi. En effet, un enfant qui apprend à maîtriser son corps puis qui prend conscience de ses possibilités réelles, dispose d'une confiance en soi forte non seulement dans le domaine corporel mais aussi dans un contexte élargi qui fait intervenir ses compétences (activités de la vie quotidienne, socialisation, ...etc.). Ce qui compte avant tout c'est donc d'évaluer la confiance qu'il accorde en ses propres capacités corporelles, pour lui permettre d'investir activement le mouvement. Pour re-construire cette confiance corporelle chez ces enfants en milieu aquatique, il est important d'apporter en tant que thérapeute un sentiment de sécurité en créant un climat relationnel et social adéquat, et de lui faire prendre conscience de son corps ainsi que de ses compétences.

Partie 4 : ETUDE DE CAS d'UGO

I) Présentation et anamnèse d'Ugo

Ugo est né le 1er Avril 2006 et il est âgé de 7 ans et 5 mois lorsque je le rencontre dans le cadre de mon stage en cabinet libéral. Il a une petite sœur de 4 ans et vit avec ses deux parents. Il est scolarisé en classe de CE1.

Sa maman décrit une grossesse qui s'est très bien passée, avec néanmoins « *un accouchement par surprise* » nous dit-elle, au bout de seulement 7 mois et demi mais avec un poids du bébé tout à fait raisonnable de 3kg.

Durant la petite enfance, Ugo a été gardé par sa mère jusqu'à ce qu'il puisse aller à l'école. Ses parents ont essayé de le faire garder par une assistante maternelle, mais son comportement décrit comme « insupportable » n'a pas permis de maintenir cette garde. Ugo est longtemps resté à se mouvoir à quatre pattes avant d'acquérir la marche à l'âge de 21 mois. Il est propre à 3 ans et demi, tout juste avant de rentrer en petite section de maternelle. Le langage, de bonne qualité, est apparu assez vite. Ugo exprime des problèmes d'endormissement et de cauchemars qui parfois le réveillent.

C'est un jeune garçon qui lit beaucoup et qui s'intéresse plus particulièrement aux dictionnaires et aux livres sur les animaux. Au niveau scolaire, Ugo est sage et bon élève de la grande section de maternelle jusqu'au CE1. Il est décrit comme très participant à l'oral et peut être un moteur pour la classe. Par contre, le passage à l'écrit est plus compliqué pour lui ; il est très lent et fatigable. C'est d'ailleurs la maîtresse qui l'aide et qui recopie à sa place.

Son entourage le décrit comme un enfant très appliqué dans tout ce qu'il fait. Il s'intéresse à beaucoup de choses. Néanmoins il soulève sa grande fatigabilité, surtout le soir lorsqu'il rentre de l'école. Egalement, la moindre frustration lui fait faire de grosses crises de colère.

Ugo adore le vélo qu'il pratique depuis 8 mois et il se débrouille très bien. Il a fait du judo en grande section de maternelle et de l'athlétisme au CP. Ses parents prévoient de l'inscrire à des cours de natation très prochainement car il ne sait pas encore nager et a très peur de mettre la tête sous l'eau. Ils lui font essayer beaucoup d'activités extra-scolaires notamment dans le sport car ils sont eux mêmes très sportifs. Mais Ugo a beaucoup de difficultés à accrocher, à aimer et à réussir avec le sport et dit : « *Je n'ai pas assez de courage dans le sport* ».

A l'école et à la récréation, il joue beaucoup au foot car ses copains le lui demandent, mais lui, il n'aime pas et il dit « *qu'il est nul et que c'est difficile pour lui* ».

Actuellement, Ugo a une semaine très chargée entre l'école, ses prises en charge thérapeutiques et ses cours de natation. Il est très stimulé par ses parents, qui jouent beaucoup avec lui, notamment à des jeux où il faut se repérer, se concentrer, ou encore des jeux qui font intervenir la motricité fine.

Depuis Février 2014, Ugo est pris en charge hebdomadairement, tous les vendredis entre midi et deux par une psychomotricienne, pour des difficultés au niveau du graphisme (il présente une dysgraphie avec une posture et une maîtrise de la main inadaptées), de la coordination de ses mouvements associée à une autre tâche qui est compliquée, de l'organisation de son espace corporel qui est difficile et une concentration labile. A l'issue du bilan psychomoteur, des bilans neuropsychologiques, ophtamologiques et de médecine physique ont été demandés car une suspicion de dyspraxie est évoquée. Ce diagnostic sera confirmé et une dyspraxie visuo-spatiale avec trouble de la coordination sera identifiée.

II) **Bilan psychomoteur**

Ugo est adressé pour des troubles graphiques importants ainsi qu'une forte émotivité et un côté colérique, à la demande de l'institutrice, de son médecin et de ses parents.

Le bilan psychomoteur a été réalisé le 20 Septembre 2013. Ugo coopère tout au long du bilan bien qu'il soit assez timide et qu'il n'ose pas encore trop s'exprimer.

Au niveau de son schéma corporel, il est en voie de construction et on peut observer sur le dessin du Bonhomme une dysharmonie dans les tailles, les proportions, ainsi que des difficultés au niveau du graphisme qui sont très bien traduites dans la représentation des mains (*annexe n°8*).

La coordination des mouvements, associée à une autre tâche est compliquée tant pour les coordinations générales, que pour les coordinations des membres supérieurs ou inférieurs. Ainsi, Ugo a du mal à se concentrer sur les mouvements proposés. Des syncinésies sont observées de façon bilatérale et elles sont tantôt toniques, tantôt d'imitation. L'équilibre est précaire aussi bien en situation bipodale qu'en unipodale et le saut sur le pied gauche est impossible.

Au niveau de sa motricité fine, la tenue du crayon est haute, faussée et n'est pas très fonctionnelle car il tient le bouchon du stylo dans la même main avec laquelle il écrit. Sa posture lors du graphisme est peu adaptée. Ugo manque d'ancrage au sol. Il a un graphisme « minuscule », un manque d'automatisme et de fluidité dans le geste graphique. Ugo s'habille sans aide, mais ne sait pas fermer les boutons et faire ses lacets seul.

Pour la latéralité innée, elle est à gauche pour la main et à droite pour la jambe et l'oeil directeur. Pour la latéralité usuelle, elle est homogène à droite. Pour le moment, il cherche encore comment choisir le côté adéquat. Il ne connaît pas les notions de droite et de gauche en ce qui le concerne directement, ni sur autrui, et l'imitation des gestes est parfois problématique.

Pour ce qui concerne l'espace, les notions topographiques sont acquises. L'organisation de l'espace corporel est difficile. En ce qui concerne la copie de la Figure de Rey B, celle-ci est restituée avec beaucoup de temps et avec difficulté sans une réelle stratégie de construction. Par contre, pour la reproduire de mémoire, il n'y a « rien » (*annexes n°9 et 10*). Ugo est très lent et la perception ainsi que l'organisation de l'espace visuo-constructif semblent très compliquées.

Cependant, les notions de temps sont acquises, de même que les notions de rythme bien qu'Ugo présente encore des problèmes de concentration et de maîtrise de la main lorsque il faut écouter et reproduire le rythme avec un stylo sur la table.

Concernant sa tonicité, la régulation tonique de ses gestes est difficile. Il présente une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique des membres. Son tonus, identique à celui du tout petit, est donc immature. Toutefois, cette organisation tonique est retrouvée très souvent chez les enfants dyspraxiques. Cette difficulté au niveau du tonus est donc observable notamment dans son graphisme avec une tension corporelle et un bras crispé, ce qui témoigne de l'effort engendré par cet acte.

→ Conclusion du bilan psychomoteur :

Ugo est un jeune garçon coopérant et a été de très bonne composition tout au long du bilan malgré son apparente timidité. Son attention labile et fluctuante peut fortement entraver les qualités de ses productions. Le bilan psychomoteur met en évidence des difficultés de coordinations gestuelles, de planification du geste, de structurations et d'organisations spatiales à mettre en lien

avec une latéralité immature, à consolider. Ces difficultés entraînent une certaine lenteur et demande à Ugo beaucoup d'efforts dans les activités scolaires impliquant le graphisme et les gestes fins.

Un suivi en psychomotricité est donc préconisé avec la proposition d'un travail à l'aide du tableau aux champs divisés (tableau de Mesker) qui semble être un outil intéressant, afin d'aider Ugo dans son organisation corporelle et visuo-spatiale mais également pour améliorer son geste graphique.

III) **Ma rencontre avec Ugo**

Ugo n'est pas très à l'aise dans la relation avec l'adulte qu'il ne connaît pas et se met en retrait en observant ce qui se passe. Lorsque je l'ai vu la première fois, il semblait être un petit garçon très timide et il ne parlait pas beaucoup. Ce qui par la suite, au fil des séances, changea du tout au tout car il devint rieur, vif d'esprit et parfois même un peu taquin. Pourtant, je découvre tout de même un garçon peu sûr de lui pour qui le regard de l'autre peut être source d'angoisse. Sa façon de rire parfois « exagérée » peut être aussi une manière de dissimuler ses difficultés liées à la dyspraxie comme sa maladresse et surtout son mal être physique et psychique.

« La sensibilité à la présence d'autrui se traduit par une réaction de prestance »³⁶.

J'ai tout de suite constaté qu'Ugo était un jeune garçon intelligent et qui comprenait aisément les consignes d'un jeu qu'il ne connaissait pas. Il se fait d'ailleurs une joie de m'expliquer les règles lorsque je les ignore. Ce qui m'a cependant agréablement surprise et touchée, c'est sa combativité. Il veut toujours aller de l'avant malgré son handicap et ne reste ni sur ses acquis ni sur ses difficultés. Ugo veut toujours mieux faire même s'il se rend compte parfois, qu'il n'y arrive pas.

« Je crois n'avoir jamais rencontré un enfant malade ou handicapé qui ne soit prêt à faire tout ce qui est en son pouvoir pour vivre comme les autres. Mais il ne peut le faire que dans le cadre et surtout le respect de ses possibilités. Notre rôle est de lui permettre de trouver les moyens pour le faire et non de nier son handicap en lui demandant d'agir comme les autres. J'en veux pour

36 D. DERET, A. DANIS, « Les âges de la vie : enfants et adolescents, les approches psychologiques », site : <http://psymot.blogspot.fr/2010/12/reaction-de-prestance.html>

exemple le cas du litigieux problème de l'écriture [...] chez l'enfant dyspraxique : cet enfant peut écrire au prix d'un effort cognitif important, son handicap lui interdisant l'automatisation du geste [...] ».³⁷

IV) **Prise en charge psychomotrice**

La prise en charge a débuté environ 4 mois après le bilan psychomoteur, c'est à dire au mois de Février, pour lui laisser le temps d'obtenir tous les résultats des autres bilans nécessaires.

Avec Ugo, le début des séances est toujours le même : tout d'abord, c'est le temps de l'accueil où les dernières nouvelles d'Ugo sont prises. Puis, un bref rappel sur les activités réalisées lors de la dernière séance est fait.

D'après le bilan, le projet de soins va s'orienter vers la motricité fine en passant par la posture et le contrôle tonique, l'ancrage au sol et la vision de l'espace avec le jeu. Pour cela, un travail avec le Tableau Mesker a été préconisé mais n'a pas encore été commencé à la fin de mon stage. Les séances proposées par la psychomotricienne sont principalement basées, pour l'instant, sur des jeux de table. A mon regret car j'aurais aimé travailler en fonction des envies d'Ugo et surtout, un peu plus sur le tapis afin d'axer dans un premier temps, un travail sur la globalité du corps. J'ai néanmoins tenté quelques propositions au tapis avec Ugo entre deux séances au bureau, en lui proposant différentes activités.

V) **Evolution d'Ugo au cours de l'année**

Tout au long des séances, le jeu a été un facteur indispensable pour qu'Ugo investisse pleinement une activité. Il ne sera pas rare de voir Ugo « décrocher » d'une activité. Ce comportement se présente lorsqu'il est face à un obstacle. Toutefois, si Ugo s'est concentré sur une activité très longtemps, il est nécessaire de lui accorder un temps où il pourra parler. En effet, Ugo paraissait timide lors de notre première rencontre, mais au fil des séances il s'est montré comme un petit garçon plutôt bavard. C'est probablement un moyen pour lui de relâcher la pression et les tensions internes accumulées lors d'une longue concentration soutenue, et c'est aussi l'occasion de faire abstraction de ses difficultés. De plus, ce temps de parole est l'occasion pour lui de se mettre en avant et de contrôler la situation.

³⁷ V. GREMBI, directrice de l'école primaire de *Votre Ecole Chez Vous*

La prise en charge psychomotrice d'un enfant dyspraxique doit être globale. Ainsi, les grands domaines de la psychomotricité seront considérés lors de la prise en charge. Le schéma corporel, coordinations/dissociations, l'espace, la mémoire, la planification du geste sont autant d'éléments qui ont été abordés dans la prise en charge d'Ugo.

1) Schéma corporel et tonus

Cette notion a été abordée par différents intermédiaires. Par exemple, lors d'une séance, pour changer des jeux habituels sur table, j'ai voulu proposer à Ugo une activité qui s'appelle « Les statues ». En marchant sur le tapis, dès que je frappais dans les mains, il devait trouver une position et ne plus bouger. Je pouvais varier les difficultés en lui proposant de n'avoir qu'une jambe au sol ou bien qu'une main,... Puis, il pouvait à son tour, proposer aussi des contraintes et choisissait les parties du corps qui devaient toucher le sol. Quand il s'agissait de nommer ou de montrer sur autrui, Ugo n'a pas rencontré de difficulté. En revanche, au niveau tonique, Ugo ayant des difficultés à garder son buste droit, et de ce fait à avoir un regard horizontal, le maintien en position statique était difficile.

Lors d'une autre séance, j'ai dessiné un bonhomme sur une feuille puis, j'ai proposé à Ugo de s'allonger sur le tapis, les yeux fermés. J'ai placé plusieurs sacs de sable sur différentes parties de son corps. Je l'ai laissé quelques instants comme ça afin qu'il visualise les parties de son corps concernées par ces sacs de sable. Après les avoir enlevés, je lui ai demandé de mettre un point rouge sur le dessin du bonhomme où il pensait que ces sacs de sable étaient posés sur son corps. Ugo a retrouvé toutes les parties de son corps touchées par les sacs de sable avec néanmoins un laps de temps assez long. Ugo a donc une bonne visualisation de son corps et a su retranscrire ses sensations et ressentis sur la feuille.

Pour ce qui est du tonus, j'ai noté une nette amélioration du maintien de son buste, qui était plus droit. Ugo était capable de me regarder droit dans les yeux lorsque je lui ai proposé un parcours où il fallait qu'il saute à cloche pied dans plusieurs cerceaux. Voyant la facilité avec laquelle il faisait cet exercice, j'ai ajouté une légère difficulté : à chaque entrée dans un cerceau à cloche pied, il devait taper dans ses mains. Cette dissociation gestuelle n'a pas été simple. Ugo était en difficulté. L'anxiété qu'a fait émerger cette difficulté a été masquée par un fou rire. De ce fait, un effondrement tonique est apparu. Son buste est devenu quasiment perpendiculaire à sa taille. Conscient de sa difficulté, Ugo a sollicité de l'aide. Dans un premier temps j'ai verbalisé avec lui le moment où il

devait taper dans ses mains. Afin d'entendre ce que je disais, Ugo a arrêté de rire. Ainsi, la qualité tonique s'est améliorée. De plus, l'induction verbale a permis à Ugo de réaliser la dissociation souhaitée. Dans un second temps, c'est Ugo qui verbalisait à voix haute le « clap » dans ses mains. Bien que ce fût difficile au début, de par sa réelle détermination à toujours réussir, Ugo parvint à son objectif. La verbalisation interne fût beaucoup plus complexe et n'y arrivant pas, il n'a pas souhaité poursuivre l'exercice. Si face à ce semi-échec, Ugo n'a pas été déçu c'est parce qu'il est conscient de ses capacités. Il connaît ses limites et peut les verbaliser lorsqu'il est en difficulté.

Bien qu'une hypotonie axiale puisse s'installer lorsqu'il est en difficulté, Ugo a beaucoup plus conscience des efforts à faire afin d'avoir une amélioration au niveau de son contrôle tonique et donc dans la qualité de son geste. Il y fait de plus en plus attention. Cette évolution positive sur le plan tonique entraînera une fluidité au niveau du geste et de ce fait diminuera la fatigabilité. Cette progression au niveau du tonus et du schéma corporel est à mettre en lien avec un investissement corporel, sa capacité à verbaliser ses difficultés et la connaissance qu'il a de ses limites.

Vignette clinique :

Lorsque je suis allée voir Ugo la première fois à la piscine, je le remarque assez rapidement de loin, par son attitude en dehors de l'eau, mince, grelottant de froid, tendu et hésitant dans ses gestes. Et, une fois dans l'eau, Ugo ne me paraissait pas très à l'aise non plus. En effet, lors d'un exercice proposé par le maître nageur (faire des ciseaux de brasse avec les jambes en tenant « une frite » dans ses mains devant soi) je remarque une rigidité importante au niveau de tous ses membres, inférieurs et supérieurs et donc, une difficulté à exécuter l'exercice. Ici, contrairement en salle de psychomotricité, lorsqu'il est en difficulté, il se crispe et devient hypertonique.

2) Organisation spatiale et visuo-spatiale

L'espace est un des domaines où Ugo rencontre le plus de difficultés du fait de sa dyspraxie. Au fil des séances, cette notion a été approchée par différents exercices, assis au bureau et parfois sur le tapis lors de mes propositions, l'aspect ludique étant toujours présent.

Lors d'un jeu où Ugo devait trouver le symbole commun entre sa carte et celle du centre, il était très compliqué pour lui de faire l'aller-retour entre les cartes. Ugo n'avait aucune stratégie. De ce fait, alors que lui et moi étions opposés, ce fût pour lui très difficile de trouver le symbole commun. Il ne voulait plus jouer et me montrait bien son mécontentement car il disait que la

psychomotricienne et moi-même trouvions toutes les solutions, et que lui était « nul ». En lui conseillant de procéder par couleur, Ugo s'est montré tout de suite plus performant. Même si Ugo s'est trouvé en difficulté au début du jeu, il a pu gagner car il a eu une stratégie de jeu bien établie. Cette phase où il se trouvait « nul » n'a donc pas duré longtemps. En revanche, sa victoire face à un adulte, lui a procuré une joie indéfectible. La deuxième partie, s'est soldée par une défaite de sa part. Mais Ugo a bien accepté cette défaite parce qu'il avait gagné juste avant. La victoire en amont a permis une meilleure acceptation de la défaite. Ugo a fait cette stratégie sienne et il l'utilise dès qu'on joue à ce jeu.

Dans un autre jeu du même genre, c'est en lui donnant une stratégie pour organiser son regard, qu'il s'est montré performant. L'organisation du regard permettant une meilleure organisation visuelle et de ce fait une organisation spatiale beaucoup plus précise.

Au cours d'une séance, sur le quadrillage, Ugo devait placer des cubes de différentes couleurs, comme j'avais placé les miens, en respectant les couleurs choisies ainsi que la position des cubes. Ugo a eu quelques difficultés à placer les cubes à l'identique car lorsqu'il comptait, il oubliait des cases ou recomptait deux fois la même case. Il m'a plusieurs fois sollicité pour compter avec lui, ce que j'ai fait la première fois. Par la suite, en associant la vision, le canal auditivo-verbal (compter à voix haute) et le canal tactile (sensation de son doigt sur le quadrillage), le comptage s'est révélé plus aisé pour Ugo. Quand il faisait une erreur, il était alors capable de se corriger immédiatement. Cependant, lorsque l'on a inversé les rôles, Ugo positionnait les cubes à des endroits qui ne nécessitaient pas qu'il compte (quatre coins du quadrillage ou près de la ligne de départ). Se sachant en difficulté pour compter, Ugo n'a pas voulu prendre de risque, et surtout il n'a pas souhaité d'aide. Lorsque je me trompais sur la position des cubes, Ugo le relevait, avec une tendance parfois moqueuse et prenait un grand plaisir à m'expliquer où se trouvait l'erreur, et à la corriger.

Sur le tapis, je lui ai proposé une activité où il fallait mémoriser le chemin suggéré en passant dans des cerceaux de couleurs où chaque couleur représentait un lieu. Par exemple, le cerceau bleu représentait la piscine, le rouge l'école, le jaune la boulangerie et le vert le jardin. Il retient le parcours que je lui propose puis l'exécute. Ugo préfère le verbaliser à voix haute avant de le faire et s'il est en difficulté je lui propose aussi de le dessiner sur une feuille avant de commencer, ce qui lui permet de ne pas se tromper. A la fin du parcours, je lui fait redessiner son parcours pour voir s'il correspond bien à celui créé au départ. Durant l'activité Ugo a su être à l'écoute, et s'approprié les différentes indications que je lui donnais. Il a bien investi ce jeu, et souhaite très

souvent le refaire.

Il est donc toujours complexe pour Ugo de se représenter une forme ou de visualiser ses déplacements sans avoir à passer par l'agir. La projection est encore compliquée. Par exemple, dans le Naville, Ugo s'est montré brillant dans les premiers déplacements, lorsqu'il choisissait le point de départ. En revanche, lorsque j'ai placé des numéros (n°1, 2, 3) afin de lui indiquer les trois premiers cerceaux dans lesquels il devait passer, Ugo s'est retrouvé en difficulté. La planification de ses déplacements a été compliquée. Dans ce cas là, la reproduction du dessin sur une feuille (comme pour l'activité que je lui avais proposé précédemment), lui a permis de mieux percevoir les différents déplacements qu'il devait effectuer. On voit bien à travers cet exemple, comme il est difficile pour Ugo de se représenter quelque chose en l'absence de dessin. Toutefois, la compréhension et la planification est beaucoup plus aisée sur plan. D'ailleurs, Ugo a beaucoup progressé au niveau de l'organisation sur plan. Et, cela se voit sur la copie de la figure complexe de Rey (*annexe n°11*). La comparaison entre la figure exécutée au bilan et celle effectuée au mois d'Avril est flagrante au niveau de la structure. Sur cette dernière, bien que la figure ne soit pas complète, l'évolution d'Ugo dans la construction est visible. En effet, il commence tout d'abord par la couleur bleue. Il voit donc la structure globale de la figure. Ce n'est qu'après qu'il se concentre sur les détails (couleurs rouge et verte). Aucune aide n'a été apportée à Ugo pour reproduire cette figure. Bien qu'il ait douté un peu lorsqu'il a vu la figure, Ugo connaît ses capacités et y est arrivé. Sous nos encouragements et malgré ses nombreuses critiques face à la qualité de réalisation de la figure, Ugo a persévéré et a réussi à reconstituer cette figure presque en intégralité.

Une progression est observée au niveau de l'organisation spatiale et visuo-spatiale. Les notions topographiques sont bien acquises. La décentration n'étant toujours pas acquise et spontanée, le repérage spatial par rapport à autrui est fluctuant. Un support visuel est nécessaire afin qu'Ugo puisse planifier ses déplacements. A l'inverse, lors de la copie de figures ou de textes, l'absence de modèle et le recours au canal auditif, améliore grandement les résultats. Conscient de ses progrès, Ugo prend de plus en plus de plaisir à faire des tâches difficiles qu'il réussit assez fréquemment.

Vignette clinique :

Dans l'eau, les repères sont complètement différents par rapport au sol. En effet, la vision et l'audition n'étant plus de la même qualité dans le milieu aquatique que sur la terre, les repères peuvent être perturbés. Ugo ne montre pas de difficulté à s'approprier ce milieu aquatique et s'y

repère plutôt bien. Il nage droit et aller d'un repère à un autre ne lui pose aucun problème même lorsqu'il nage sous l'eau. Cependant, je constate qu'il a du mal à apprécier les distances le séparant d'un objet ou du bord.

3) Coordination/Dissociation

Chez les dyspraxiques, les coordinations/dissociations sont souvent en deçà de ce qui est attendu compte tenu de leur âge. Ugo est en difficulté dans les deux domaines.

Sauter à pieds joints par dessus une barre semble être anodin. Pourtant cette action nécessite une très bonne coordination au niveau des membres inférieurs. Cette coordination se révèle être difficile pour Ugo. Il n'arrive pas à poser les pieds simultanément au sol et il y a toujours un décalage entre ses deux pieds. J'ai pu le remarquer lors d'un parcours que je lui ai proposé. Cette difficulté est typique des dyspraxiques. De l'entraînement sera donc nécessaire pour qu'Ugo puisse sauter à pieds joints dans toutes les occasions. Afin d'aider Ugo, des repères visuels ou auditifs peuvent être utilisés. Par exemple, au cours de mon parcours, il devait alterner pied droit, pied gauche dans des cerceaux et Ugo n'arrivait pas à réaliser ce transfert de poids d'un pied sur l'autre. Face à son inquiétude de ne pas réussir, je lui ai proposé de mettre un cerceau bleu pour le pied droit et un cerceau rouge pour le pied gauche. Autour de ses chevilles je lui ai rajouté un ruban de la même couleur que le cerceau où il devait mettre le pied, soit droit, soit gauche. A son pied droit il avait donc un ruban bleu et à son pied gauche, un ruban rouge. Cette aide visuelle, a tout de suite fait son effet. Ugo a pu dès le premier essai alterner chaque pied et transférer le poids de son corps sur la jambe d'appui. La coordination haut-bas et de ce fait la dissociation mains-jambes est encore compliquée malgré la bonne volonté dont fait preuve Ugo. Là encore, un support auditif pour Ugo peut l'aider. Ce support auditif peut améliorer considérablement la qualité de la coordination. Bien que la dictée interne reste difficile, Ugo arrive à agir tout en se disant à haute voix ce qu'il doit faire.

Sur le plan de la coordination oculo-manuelle, une amélioration est observée. En effet, lorsque Ugo doit empiler des pièces de jeu, il le fait avec beaucoup plus de précision et j'observe une bonne coordination bimanuelle.

Sur le plan des coordinations et des dissociations, Ugo a fait des progrès. Bien que la qualité des réalisations soit un peu en dessous de celle attendue pour son âge, une forte implication et application sont observées. Ugo est conscient qu'il faut « qu'il s'entraîne pour réussir ». En ayant

recours à des stratégies de types visuelles ou auditives et en se concentrant, Ugo peut se montrer efficient.

Vignette clinique :

Avant de faire un exercice proposé par le maître nageur, les enfants sont hors de l'eau et doivent sauter dans l'eau et exécuter ce qui est proposé chacun leur tour. Lorsqu'arrive le tour d'Ugo, je remarque qu'il est très difficile pour lui de s'immerger dans l'eau tout en tenant sa planche comme tous les autres enfants. Il est obligé de la poser pour pouvoir sauter dans l'eau. L'exercice était de tenir la planche devant soi, de se mettre sur le ventre, et de faire des battements de jambes tout en essayant de faire une rotation du bras droit puis du bras gauche alternativement et ainsi de suite.

J'ai tout de suite remarqué que cet exercice semblait très complexe pour Ugo malgré sa bonne volonté de toujours bien faire. S'il faisait les bras, les jambes n'arrivaient pas à suivre et vice-versa.

4) Graphisme

Ugo souhaite de préférence écrire au stylo plume. Lorsqu'on lui demande de nous écrire un mot au stylo bille, il manifeste son mécontentement, dit « qu'il n'y arrive pas » et écrit en lettres bâton. Avec son stylo plume, le geste d'Ugo est plus fluide. De plus, Ugo écrit plus gros qu'au stylo bille et il arrive à conserver la proportion des lettres.

Les signes pré-scripturaux sont de bien meilleure qualité quand Ugo les réalise les yeux fermés (*annexes n°12 et 13*). Cette différence de qualité d'écriture en présence ou en l'absence de modèle est en lien avec le type de dyspraxie que présente Ugo. En effet, surtout lors des activités graphiques, la qualité de la production est souvent meilleure en l'absence de modèle. Dans le cas de dyspraxie visuo-spatiale, l'aide avec des repères auditifs est souvent la plus adaptée, notamment sur le plan graphique. Toutefois, sur feuille ou tableau, avec son stylo plume ou un stylo bille, Ugo montre vite une très grande fatigabilité. Il met beaucoup d'énergie à s'appliquer et j'observe une crispation au niveau de la main avec une tension dans son bras.

Avec Ugo, nous faisons beaucoup de jeux au bureau mobilisant sa motricité et sa pince fine tout en essayant de gérer sa force au niveau du bras. Par exemple, nous jouons avec des petits pions qu'il faut attraper ou bouger sur un plateau de jeu et il faut jeter un dés afin de pouvoir se déplacer.

J'ai remarqué une amélioration au niveau de sa motricité fine, ainsi qu'au niveau de la

gestion de sa force au niveau de ses doigts, de sa main et de son bras. De ce fait, Ugo est moins maladroit lorsqu'il faut manipuler des petits objets. Il les fait moins tomber et son écriture devient de moins en moins crispée et de meilleure qualité.

J'aurais néanmoins voulu voir Ugo s'exercer avec le Tableau de Mesker car cela aurait été je pense, un travail très intéressant, pour la tenu de la craie donc la pince fine, pour le contrôle tonique de son bras ainsi que la gestion de l'espace et la sensation du rythme que le graphisme exige.

5) Planification du geste

La difficulté à planifier un geste est l'un des critères caractéristiques de la dyspraxie. La planification du geste ou du déplacement peut être abordée par la construction d'une activité comme un parcours psychomoteur par l'enfant. Ce dernier doit nous exposer les consignes associées à son activité avant de les appliquer. L'enfant étant à l'origine de son activité, il est censé programmer ses déplacements moralement avant de les réaliser ce qui est déjà un mode de planification. Ensuite, il doit être capable de verbaliser et de retranscrire à l'autre les déplacements à effectuer. Dans le cas d'Ugo, cela a été assez compliqué. En effet, bien qu'il ait établi et construit son activité seul, il me semble qu'il n'avait aucunement idée de ce qu'il ferait. Il a modifié plusieurs fois l'activité avant de pouvoir l'expliquer. Sa première explication a été assez laborieuse car nullement ordonnée. Ugo n'ayant pas matérialisé le début et la fin de son activité, cela se ressentait dans son récit. De plus, il souhaitait toujours passer par l'agir afin d'expliquer ses déplacements. Il a été nécessaire de lui rappeler les consignes qu'il avait donné au départ plusieurs fois. Toutefois, en se concentrant, il a pu expliquer ses prochains déplacements et s'y tenir tout au long du parcours. Lorsque les rôles ont été échangés, j'explique les consignes à Ugo. Les deux premiers essais ont été difficiles. En effet, comme il devait faire un certain nombre de pas sur une distance précise, il a été assez difficile pour Ugo de visualiser la largeur des pas nécessaires afin de respecter la consigne. C'est à la troisième tentative qu'il a réussi. Ugo a réalisé l'activité proposée correctement. Cependant, plus les consignes devenaient complexes et plus il était difficile pour Ugo de réussir mes propositions.

Dans un autre jeu, au bureau cette fois-ci, Ugo a souhaité m'expliquer les règles du jeu. Là encore, c'est en passant spontanément par la démonstration qu'ont eu lieu les explications. Afin de l'aider à verbaliser, j'ai décidé de lui poser des questions dont les réponses permettraient à Ugo d'exposer les consignes. Les questions étaient : Quel est le but du jeu ? Est-ce que nous jouons à tour de rôle ? Comment fait-on pour gagner ? Etc,... En répondant à ces diverses questions, Ugo a

réussi à me présenter le jeu et ses règles. Dans ce jeu il faut poser des questions et en fonction des réponses, d'autres questions découlent. Un exercice de planification et d'observation est nécessaire.

En lui posant différentes questions et en l'aidant à avoir un fil conducteur dans sa pensée, Ugo est parvenu à planifier ses gestes, ses déplacements et sa pensée. Cette difficulté à avoir, ou à expliquer son déplacement ou son geste avant de le réaliser persiste chez Ugo. Il faut l'encourager à verbaliser ce qu'il va entreprendre afin de pouvoir atteindre son objectif. Tel est l'intérêt de la prise en charge psychomotrice.

Vignette clinique :

Au cours de plusieurs séances d'Ugo, j'ai également pu remarquer qu'il ne réussissait pas systématiquement les exercices lorsque le maître nageur lui donnait une consigne. En effet, il fallait plusieurs essais à Ugo pour comprendre précisément la consigne et l'exécuter. Par exemple, le thème d'un exercice était de sauter dans l'eau, faire sous l'eau trois mouvements de brasse avec les bras avant de remonter à la surface, pour ensuite attraper une « frite » avec les mains et se déplacer sur environ 10m uniquement avec les jambes, en mouvements de brasse. Ugo inversait les consignes et au lieu de ne faire que les bras au début, il faisait les jambes et finissait par les mouvements de bras avec « la frite ». Ce qui a eu tendance, dans ce cas, à crispier Ugo. Après beaucoup de confusions, le maître nageur a pris le temps de réexpliquer plusieurs fois l'exercice, et ainsi, après plusieurs tentatives et différentes explications Ugo a réussi parfaitement.

6) Estime et confiance de soi

Etant en difficulté dans de nombreux domaines, Ugo a une faible confiance en lui et une estime de lui assez médiocre, comme la plupart des enfants dyspraxiques qui souffrent de leur handicap au quotidien.

Pour lui redonner confiance en ses capacités lorsqu'il se trouve en échec lors d'un jeu, je suis délibérément moins à l'affût et je fais en sorte de le laisser gagner. Le travail du maintien de l'estime de soi en psychomotricité passe aussi par ce comportement et faire ce choix de perdre peut permettre une revalorisation d'Ugo. Toutefois, je ne le fais pas systématiquement, et lorsqu'il perd j'essaie de mettre en avant ses qualités et ses capacités. Quand je propose à Ugo une activité, j'essaie toujours de veiller au plaisir ou non qu'il laisse entrevoir. Ugo est en général très réceptif à ce que nous lui proposons et prend « beaucoup de plaisir à venir « jouer » en psychomotricité » comme

nous le dit sa maman.

Ugo a, en quelques mois beaucoup progressé et en est conscient. Son estime et sa confiance sont en nette amélioration. A la fin de mon stage, j'ai constaté qu'il prend plus d'initiatives pour proposer des jeux et quand il perd, il arrive à prendre sur lui et à dire « *ce n'est pas grave je ferais mieux la prochaine fois* ».

Vignette clinique :

Les débuts d'Ugo à la piscine furent difficiles d'un point de vue confiance et estime de soi. Tout d'abord, il avait du mal à se présenter au bord de la piscine en maillot et « se cachait » jusqu'au dernier moment sous sa serviette. En effet, le regard que les autres personnes pouvaient porter sur lui le rendait mal à l'aise. Caractéristique que l'on retrouve régulièrement chez les enfants dyspraxiques. Le second problème rencontré était le fait de mettre la tête sous l'eau. Il avait peur et nous a fait part de ses angoisses avec ses mots, à sa maman et moi même, en évoquant le fait de se sentir « nul » par rapport aux autres. Plusieurs discours d'encouragement durant les trois premières séances ont été nécessaires pour enfin voir des progrès concrets. C'est donc lors de cette troisième séance qu'Ugo mit avec fierté la tête sous l'eau et à plusieurs reprises.

Les progrès dans ce domaine et le fait d'être au même niveau que ses camarades ont rendu Ugo fier. Il nous a montré en mettant la tête sous l'eau plusieurs fois, qu'il avait vaincu sa crainte. J'ai pu constater par la suite que sa manière d'être et d'agir a, au fur et à mesure des séances, évolué.

VI) En quoi un travail dans l'eau pourrait avoir un intérêt spécifique pour Ugo ?

A) Sur le versant rééducatif

1) Le schéma corporel et le tonus

Nous avons donc vu précédemment, qu'Ugo a un bon investissement corporel et connaît ses limites. Il est capable de localiser ce qu'il ressent sur son propre corps ou à travers un dessin. Au niveau tonique, lorsqu'il rencontre une difficulté nous remarquons un effondrement, ce qui s'améliore de séance en séance car il est de plus en plus attentif et concentré.

En ce qui concerne une proposition de travail dans l'eau, le psychomotricien pourrait commencer par instaurer la confiance entre Ugo et lui, en se mettant dans un premier temps avec lui dans l'eau et en lui proposant des activités basiques et ludiques. Dans le même temps, il pourrait instaurer un dialogue entre eux afin de le rassurer. Dans un second temps, afin d'obtenir un relâchement et un apaisement de sa part, il pourrait lui proposer une activité lui permettant de ressentir intégralement son corps et ses mouvements dans l'eau. A savoir, un exercice où il serait sur le dos, la nuque et les chevilles reposant simultanément sur « deux frites ». Il pourrait lui demander de relâcher ses muscles de façon à ce qu'il se laisse flotter et prenne confiance. Il se tiendrait à proximité de lui toujours en l'accompagnant par la parole et par sa présence. Le thérapeute peut faire déplacer Ugo dans le bassin de manière à ce qu'il puisse sentir l'eau « masser » et « toucher » son corps, et ainsi se sentir comme enveloppé et contenu par cet élément. Il est évident que la pertinence de ce premier exercice nécessite non seulement une confiance d'Ugo envers son thérapeute, mais aussi un milieu extérieur et aquatique sain, c'est à dire limpide, calme et de température idéale. Cela pourrait diminuer les tensions corporelles qu'il rencontre dans l'eau et ainsi, se sentir plus à l'aise. En effet, Ugo serait moins crispé et ses mouvements seraient plus fluides et donc plus faciles à exécuter.

2) La coordination

Nous avons vu que la coordination des mains et des jambes est encore compliquée pour Ugo. Les stratégies de types auditives et visuelles l'aident beaucoup. Cependant, Ugo a fait de gros progrès même si la qualité de ses réalisations est toujours un peu en dessous de celle attendue pour son âge.

En médiation aquatique, l'enfant se situe face au psychomotricien et le travail consisterait à reproduire le plus juste possible les mouvements effectués par le thérapeute. Il peut s'agir de mouvements de bras comme de jambes en passant par des mouvements du bassin, du torse ou encore de la tête. A exécuter séparément, puis en associant plusieurs mouvements à la fois. Le psychomotricien peut, en fonction d'Ugo, soit faciliter l'exercice en attribuant à chaque geste un son, soit le compliquer en se déplaçant dans le bassin. Le but de cet exercice est de mobiliser la coordination et la dissociation des différentes parties du corps de l'enfant en étant en position statique ou dynamique. Cette activité demande une concentration, un contrôle tonique, un équilibre ainsi que des repères visuels et auditifs différents qu'en salle de psychomotricité, ce qui entraînera chez le sujet dyspraxique des pratiques et expérimentations, des sensations nouvelles et donc de

nouvelles stratégies qu'il pourra ré-utiliser par la suite.

3) L'orientation temporo-spatiale

Ugo a bien acquis les notions topographiques. Cependant, il reste difficile pour lui de se repérer par rapport à autrui car la décentration n'est pas encore spontanée. Une progression est tout de même observée et Ugo a fait de gros progrès pour se repérer dans l'espace.

Comme Ugo a besoin de supports visuels afin qu'il puisse planifier ses déplacements et ainsi pouvoir mieux identifier la distance qui le sépare d'un objet, dans un travail en milieu aquatique, le psychomotricien peut construire avec l'enfant un parcours tant à la surface de l'eau que sous l'eau. On peut mettre des cerceaux de couleurs différentes à prendre sous l'eau, au fond, en alternant une fois avec la main droite et une autre fois avec la main gauche. Puis, passer sous des « frites », faire cinq grands pas dans une zone où l'enfant à pied afin d'atteindre un tapis sur lequel il monte debout pour ensuite sauter dans un cerceau, dans l'eau. Cet exercice peut demander une grande attention ainsi qu'une adaptation de la part de l'enfant à ce nouveau milieu afin qu'il puisse se repérer sur l'eau mais aussi sous l'eau. Il devra se créer des repères différents par rapport au sol. En effet, lorsqu'il devra plonger pour récupérer les cerceaux de couleurs au fond du bassin, il devra gérer la distance qu'il y a avec le fond, pour pouvoir prendre assez de respiration afin d'aller prendre le cerceau avec la main demandée tout en ouvrant les yeux sous l'eau. Dans ce parcours sous-marin l'organisation spatiale et visuo-spatiale de l'enfant est grandement mise à contribution. Ugo pourra ainsi, utiliser ces nouveaux stratagèmes découverts dans ce milieu, en salle de psychomotricité ou au quotidien, dès lors qu'il se trouvera en difficulté.

B) Sur le versant thérapeutique

1) La relation

La relation avec autrui était pour Ugo, au début de sa prise en charge, assez compliquée. En effet, Ugo étant au premier abord assez timide, n'osait ni regarder la psychomotricienne ou moi-même dans les yeux, ni nous adresser la parole. Je remarque comme une gêne dans son comportement qui, après deux ou trois séances aura complètement disparu. Ugo a bien compris qu'on était là pour l'aider et non le mettre en difficulté ou bien même se moquer de lui, ce qu'il subit sans cesse à l'école. Une relation de confiance s'est instaurée entre nous trois, Ugo, la

psychomotricienne et moi-même. Cela s'est ressenti sur le comportement d'Ugo ainsi que dans son travail où il se concentre davantage.

Dans le milieu aquatique, une relation de confiance entre l'enfant et le thérapeute est essentielle pour permettre un travail de bonne qualité. Si une bonne relation s'est instaurée entre les deux, l'enfant aura d'avantage confiance et se sentira en sécurité, ce qui lui permettra de mieux s'investir dans ce milieu qu'est l'eau et ainsi pouvoir expérimenter diverses stratégies. Lors d'une activité, le psychomotricien peut verbaliser ses faits et gestes afin d'aider Ugo à lâcher prise. Il peut l'accompagner dans ses déplacements suivant l'activité proposée en ayant un contact physique avec l'enfant. Cela pourrait entraîner chez Ugo une envie d'échanger avec le thérapeute sur ses ressentis ou bien sur les difficultés qu'il peut rencontrer ou non.

2) Le regard de l'autre

De part ses nombreuses difficultés liées à la dyspraxie, Ugo a du mal à s'assumer comme il est. Le regard de l'autre est assez difficile à supporter, surtout lorsqu'il est en pleine action. L'enfant dyspraxique a, dans la plupart des cas, un corps qu'il investit peu et qui, parfois même, est « oublié ». Ugo est un jeune garçon grand et mince, et lorsque des activités corporelles lui sont proposées, je remarque très vite qu'il n'est pas très à l'aise avec son corps. Il est assez maladroit et dès qu'un regard se pose sur lui, il baisse les yeux. De part son activité aquatique où il est obligé d'être dévêtu et d'être en maillot de bain comme tous ses camarades, je constate dans un premier temps une envie de se cacher en étant tout crispé à l'idée qu'on puisse le voir comme cela. Cependant, au fil des séances Ugo semble s'accepter de mieux en mieux, ce qui se remarque non seulement à la piscine mais aussi en salle de psychomotricité, où les exercices proposés au tapis sont mieux acceptés et de meilleure qualité.

Dans un travail aquatique avec le psychomotricien, il semblerait qu'une proposition de séance en groupe serait dans ce cas là, intéressante afin d'avoir en plus du regard du thérapeute, un regard porté par les autres enfants du groupe et ainsi pouvoir se confronter à d'autres personnes. Celles-ci n'ayant pas forcément la même pathologie. Le psychomotricien peut par la suite, proposer des jeux où le regard est indispensable comme par exemple se mettre deux par deux, avec un enfant hors de l'eau et l'autre dans l'eau. L'enfant qui se trouve à l'extérieur doit regarder et expliquer à son coéquipier le parcours qu'il doit exécuter dans l'eau, et ainsi de suite. Cet exercice demande l'acceptation du regard de l'autre sur soi tout au long de l'activité, en étant en action. Au bout de

quelques séances, après avoir fait connaissance de tout le groupe, cela peut être chez Ugo comme « un moteur » du fait de se sentir regardé par son partenaire, avec une envie de vouloir montrer ce dont il est capable, de faire de son mieux et de s'appliquer.

3) La confiance

Ugo a fait beaucoup de progrès depuis sa première séance de psychomotricité. En effet, il arrive de mieux en mieux à s'exprimer sur ce qu'il ressent devant un adulte, même lorsqu'il est en échec. Il essaye également de le verbaliser, chose qu'avant, était impossible à faire pour lui. Les progrès qu'il fait en séance, dont il est parfaitement conscient, ont grandement influencé de façon positive le comportement d'Ugo, notamment sur son estime et sa confiance en lui qui sont en constante progression.

En médiation aquatique, le psychomotricien peut prendre dans un premier temps Ugo en séance individuelle puis, dans un deuxième temps, en séance de groupe pour qu'il puisse interagir avec d'autres enfants, afin de faciliter son intégration. En séance individuelle, le but sera de revaloriser Ugo et de lui montrer qu'il a aussi des capacités et des qualités comme tous les autres enfants de son âge. Le psychomotricien peut proposer des jeux avec lesquels l'enfant va se sentir à l'aise et où il va prendre du plaisir. Une fois qu'Ugo se sentira confiant avec le thérapeute et qu'il sera conscient de ses capacités, le psychomotricien peut alors lui proposer une séance de groupe. La séance de groupe permet la sociabilisation ainsi qu'un regard autre que celui de son entourage. Les enfants se motivent aussi entre eux quelque soit leur handicap ou non, et pour Ugo il est encourageant de voir d'autres enfants exécuter le même exercice que lui. De plus, l'idée d'installer Ugo dans un groupe peut l'amener à se lancer des défis ou challenges vis à vis des autres enfants.

Conclusion

Tout au long des séances, les activités motrices ont été de mieux en mieux investies par Ugo. La prise en charge psychomotrice lui a permis, de solidifier les domaines dans lesquels il était à l'aise et de compenser ceux dans lesquels il était en difficulté. Ugo s'est approprié les différentes stratégies qui lui ont été proposées afin de mener à terme tous les exercices. Qu'il réussisse ou qu'il échoue, avec ou sans nos encouragements. Ugo sait maintenant qu'il en est capable. Plein de bonne volonté, conscient de ses capacités mais aussi de ses difficultés, il n'hésite pas si besoin est, à demander de l'aide. A cela vient s'ajouter les progrès d'Ugo dans divers domaines. En effet, qu'il s'agisse du tonus, de l'organisation spatiale et visuo-spatiale, des coordinations/dissociations et de la planification du geste, Ugo en a une meilleure maîtrise. Quand au schéma corporel, une amélioration de ses connaissances est observée. Malgré tout, du fait de la persistance du trouble, le travail en psychomotricité doit se poursuivre afin de permettre à Ugo d'automatiser les différentes acquisitions pratiques ainsi que les diverses stratégies vues jusqu'ici. La poursuite de cette prise en charge psychomotrice devrait s'articuler autour des coordinations/dissociations, du schéma corporel, de la planification des gestes, de l'espace ainsi que du graphisme.

En ce qui concerne le milieu aquatique, il semble qu'il apporte de nouvelles expériences ainsi que de nouvelles sensations à Ugo qui sont différentes et complémentaires à la salle de psychomotricité. En effet, son tonus n'est pas le même dans l'eau que sur la terre, tout comme ses gestes, sa gestion de l'espace et ses repères auditifs et visuels. Cette différence l'amène à établir de nouvelles stratégies afin qu'il puisse s'adapter au mieux à ce nouvel environnement qu'est l'eau. Par la suite, Ugo pourra se servir de l'acquisition de ces nouvelles stratégies pour les ré-utiliser et pouvoir ainsi, progresser en séance de psychomotricité comme dans la vie quotidienne. Cependant, dans le cas d'Ugo, je pense qu'un travail sur la planification du geste en milieu aquatique ne semblerait pas apporter de nouveauté et de réelles solutions par rapport à la salle de psychomotricité et aux problèmes qu'il rencontre.

La médiation aquatique pourrait néanmoins être un plus quant à sa prise en charge car elle pourrait engendrer chez Ugo une vision différente de son propre corps entraînant chez lui, une amélioration des solutions face aux difficultés qu'il peut rencontrer au quotidien, à l'école, avec son entourage ou en salle de psychomotricité. En effet, cela peut amener Ugo à une re-narcissisation de lui-même avec une estime et une confiance en lui plus importante. Ce qui est primordial pour l'évolution positive sur son handicap.

Conclusion

La dyspraxie est un sujet vaste et complexe, actuellement au cœur des débats concernant l'accompagnement des patients. Qu'il soit médical, médico-social, scolaire ou éducatif, il me paraît essentiel, aujourd'hui, d'être attentif aux avancées de la recherche auprès de cette population. En effet, pour une future psychomotricienne, il convient de posséder et d'enrichir un socle de connaissances sur la dyspraxie, sans tout de même, se laisser envahir par la profusion d'informations, et de garder un esprit curieux et un recul suffisant.

L'approche et l'accompagnement du sujet dyspraxique doivent prendre en compte l'individu dans sa globalité, tout en tenant compte des particularités propres à son trouble. Le travail auprès de ces patients appelle la pluridisciplinarité. En effet, une collaboration entre les différents professionnels chargés de ces individus et leur famille, est nécessaire.

Lors de mon stage, j'ai eu le sentiment d'être remise en question par la population accueillie. Ces remises en question permettent des prises de conscience, un enrichissement personnel et un approfondissement de ma propre réflexion sur la dyspraxie. Elles ont également contribué à ma formation. En tant que stagiaire, j'ai pu devenir progressivement actrice dans les prises en soins puis, comprendre et intégrer la spécificité de la psychomotricité vis-à-vis de la dyspraxie.

A travers ce mémoire, j'ai tenté de contribuer à un éclairage, et à une compréhension de la pratique psychomotrice dans l'accompagnement auprès d'enfants dyspraxiques autour de la médiation « eau ». Il apparaît au travers des écrits et des observations effectués que l'eau semble être un bon médiateur pour l'accompagnement de ces personnes en psychomotricité.

Nous avons vu que les propriétés physiques dont est dotée l'eau, ainsi que les propriétés psychiques que nous lui attribuons, pourraient être des éléments facilitateurs dans l'instauration de nouvelles expériences corporelles, de ressentis, et d'apprentissage de nouvelles stratégies que l'enfant pourra ré-utiliser sur la terre, en salle de psychomotricité ou dans la vie quotidienne. Cependant, j'insiste sur le fait que l'eau n'est pas magique en soi et peut être contre-indiquée pour

certains enfants chez qui des angoisses peuvent être ré-actualisées. Un travail sur ce support paraît alors impossible et peu porteur. Par ailleurs, je dirai que ce que le psychomotricien peut effectuer lors des ateliers à visée thérapeutique en milieu aquatique n'est pas tant un travail dans l'eau qu'un travail avec l'eau ; l'eau agissant sur lui comme il agit sur elle.

En tout état de cause, ce stage et le travail de rédaction effectué autour de cette médiation me donne envie d'en voir, et d'en apprendre davantage. Par exemple, il me semblerait tout à fait intéressant de découvrir comment pourraient s'organiser des ateliers aquatiques avec des populations présentant diverses problématiques portant sur les personnes âgées, les patients atteints de handicaps moteurs ou intellectuels, les ateliers de bébés nageurs etc,... J'envisage par la suite de suivre, lors de mon cursus professionnel, des formations abordant l'eau comme médiation thérapeutique afin de découvrir une partie du champ des possibles. L'eau nous offre en effet de nombreuses possibilités et j'ai conscience de n'en avoir abordé qu'une infime partie.

Cette pratique conforte mon choix professionnel de m'investir dans la psychomotricité, et m'incite à poursuivre les premiers travaux effectués avec ce mémoire tout en participant à la reconnaissance de la profession de psychomotricien.

Bibliographie

- A. GONZALEZ, *L'eau, à fleur de peau : le concept de Moi-peau comme fil conducteur dans l'approche psychomotrice en milieu aquatique*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2008
- C. BARBOTIN, *Parfois j'y arrive, parfois j'y arrive pas : la dyspraxie, du trouble au handicap*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2009
- C. HURON, *L'enfant dyspraxique : mieux l'aider, à la maison et à l'école*, Edition Odile Jacob, 2011
- C. JOLY, *L'eau telle une peau que nul ne peut blesser : expériences psychomotrices auprès d'enfants souffrant d'autisme*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2006
- C.POTEL, *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Edition Erès, 2013
- C.POTEL, *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*, Edition Erès, 2009
- C. POTEL, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, 3ème Edition, In Press, 2010
- *Dyspraxies ? Hyperactivité ?*, Thérapie psychomotrice et recherches, n°165, 2011
- E. CORRE, *L'eau, l'autre et moi : le milieu aquatique, médiation du dialogue corporel en psychomotricité*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2013
- E. LIBRI, *La dyspraxie chez l'enfant : qu'en est-il de l'estime de soi ? Apport théorique et prise en charge psychomotrice de l'enfant dyspraxique*, Mémoire de

psychomotricité, Bordeaux, 2013

- F. COUSSIRAT, *Bien dans son corps, bien dans sa tête : l'eau comme médiation dans l'approche psychomotrice d'enfants d'intelligence normale ou supérieure à la normale en inadaptation scolaire*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2002
- F. ROYER, Article : *Le rôle du psychomotricien dans la prise en charge des enfants dyspraxiques*, Réadaptation n° 522
- J. BOUTINAUD, *Psychomotricité : psychoses et autismes infantiles*, 2ème Edition, In Press, 2010, p141-227
- J. PIAGET Fondation, Article paru en 1960 dans la Revue neurologique, Reproduit en 1972 dans *Problèmes de psychologie génétique : les praxies chez l'enfant*, p67-94
- *L'eau, une nouvelle vague de pratiques en piscine*, Pratiques corporelles : Education, Thérapie, Formation, Edition 1983, Numéro 58
- M. GUERIN, *A la frontière entre pathologie et retard développemental : quels sont les critères diagnostiques de la dyspraxie ? Prise en charge psychomotrice des troubles praxiques*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2012
- R. THOMAS, *L'apprentissage moteur*, Presse universitaire de France, Edition 1997, p1-2, p19-22, p93-94, p108-111
- S. GONZALEZ-MONGE et S. MARIGNIER, Article : *La dyspraxie chez l'enfant, évolution et multiplicité des concepts*, A.N.A.E. N°111, 2011

Table des matières

Remerciements.....	2
Avant-Propos.....	3
Sommaire.....	4
Introduction.....	5
Partie 1:LA DYSPRAXIE.....	7
I) <u>Définition des praxies.....</u>	<u>8</u>
A) Le développement des fonctions motrices chez l'enfant.....	9
1) <i>La motricité primaire du bébé.....</i>	10
2) <i>Théorie de Piaget.....</i>	10
3) <i>Les différentes étapes d'une praxie.....</i>	11
B) L'apprentissage des gestes.....	13
1) <i>Par imitation.....</i>	14
2) <i>Par automatisme.....</i>	15
II) <u>Définition de la dyspraxie.....</u>	<u>16</u>
A) Historique.....	17
1) <i>L'étiologie.....</i>	18
2) <i>Le diagnostic.....</i>	19
3) <i>Non pas une dyspraxie, mais des dyspraxies.....</i>	22
B) Sémiologie.....	24
1) <i>Au niveau du schéma corporel et de l'image du corps.....</i>	24
2) <i>Au niveau de la coordination motrice.....</i>	24
3) <i>Au niveau de l'orientation temporo-spatiale.....</i>	25
4) <i>Au niveau du tonus musculaire.....</i>	25
5) <i>Au niveau de l'attention et de la concentration.....</i>	25
C) Répercussions psychiques chez l'enfant.....	26
1) <i>Sentiment d'être différent, isolement social.....</i>	26
2) <i>Relation avec les parents.....</i>	26
3) <i>Fatigue mentale et physique.....</i>	26
III) <u>Présentation de mon lieu de stage.....</u>	<u>28</u>
Partie 2 : L'EAU.....	29
I) <u>Généralités sur l'eau.....</u>	<u>30</u>
A) Historique.....	30
1) <i>L'homme lié à l'eau.....</i>	30
2) <i>L'eau et le corps humain.....</i>	30
3) <i>L'eau, source de plaisir.....</i>	31
4) <i>L'eau, dans une perspective thérapeutique</i>	31
B) Caractéristiques propres au milieu aquatique.....	33
1) <i>Résistance hydrodynamique.....</i>	33
2) <i>La pression hydrostatique.....</i>	33
3) <i>La température.....</i>	34
4) <i>La poussée d'Archimède.....</i>	34

II) <u>L'eau, une médiation en psychomotricité.....</u>	<u>36</u>
A) Définition d'une médiation.....	36
B) En quoi l'eau pourrait-elle être une médiation intéressante ?.....	37

Partie 3 : PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITÉ AUPRÈS D'ENFANTS

DYSPRAXIQUES.....39

I) <u>Qu'est-ce que la psychomotricité ?.....</u>	<u>40</u>
II) <u>Prise en charge psychomotrice.....</u>	<u>42</u>
A) Sur le versant moteur.....	42
B) Sur le versant psychologique.....	45
C) Sur le versant moteur et psychologique.....	46
D) Rôle du psychomotricien.....	47
1) <i>Entretien des capacités motrices dans le vécu de plaisir.....</i>	<i>48</i>
2) <i>Investissement du corps dans l'action, la relation.....</i>	<i>48</i>
III) <u>Possibilité d'un travail corporel dans l'eau.....</u>	<u>49</u>
A) Dans un axe rééducatif.....	49
1) <i>Le schéma corporel et l'image du corps.....</i>	<i>49</i>
a) Schéma corporel.....	49
b) Image du corps.....	51
2) <i>Le tonus musculaire.....</i>	<i>52</i>
3) <i>La coordination.....</i>	<i>54</i>
4) <i>L'orientation temporo-spatial.....</i>	<i>55</i>
B) Dans un axe thérapeutique.....	57
1) <i>La relation.....</i>	<i>57</i>
2) <i>Le regard.....</i>	<i>58</i>
3) <i>La confiance.....</i>	<i>59</i>

Partie 4 : ETUDE DE CAS UGO.....60

I) <u>Présentation et anamnèse d'Ugo.....</u>	<u>61</u>
II) <u>Bilan psychomoteur.....</u>	<u>62</u>
III) <u>Ma rencontre avec Ugo.....</u>	<u>64</u>
IV) <u>Prise en charge psychomotrice.....</u>	<u>65</u>
V) <u>Evolution d'Ugo au cours de l'année.....</u>	<u>65</u>
1) <i>Schéma corporel et tonus.....</i>	<i>66</i>
2) <i>Organisation spatiale et visuo-spatiale.....</i>	<i>67</i>
3) <i>Coordination/Dissociation.....</i>	<i>70</i>
4) <i>Graphisme.....</i>	<i>71</i>
5) <i>Planification du geste.....</i>	<i>72</i>
6) <i>Estime et confiance de soi.....</i>	<i>73</i>
VI) <u>En quoi un travail dans l'eau pourrait avoir un intérêt spécifique pour Ugo ?.....</u>	<u>74</u>
A) Sur le versant rééducatif.....	74

1) <i>Le schéma corporel et le tonus</i>	74
3) <i>La coordination</i>	75
4) <i>L'orientation temporo-spatiale</i>	76
B) Sur le versant thérapeutique.....	76
1) <i>La relation</i>	76
2) <i>Le regard de l'autre</i>	77
3) <i>La confiance</i>	78
<u>Conclusion</u>	<u>79</u>
Conclusion	80
Bibliographie	82
Annexes	87

Annexes

Annexes n°1 : Schéma des différentes parties du cerveau

Annexe n°2 : Développement et évolution de la motricité globale chez l'enfant de 0 à 6 ans

Annexe n°3 : Les difficultés rencontrées chez un enfant dyspraxique

Annexe n°4 : Les différentes dyspraxies

Annexe n°5 : Spirale infernale de la dyspraxie

Annexe n°6 : Schéma illustrant la confiance

Annexe n°7 : Dessin du Bonhomme d'Ugo réalisé lors du bilan psychomoteur du 20/09/13

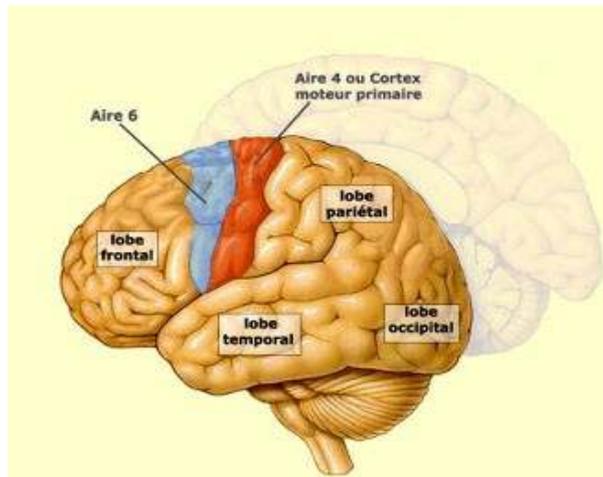
Annexe n°8 : Copie de la Figure de Rey d'Ugo réalisé lors du bilan psychomoteur du 20/09/13

Annexe n°9 : Reproduction de mémoire de la Figure de Rey d'Ugo lors du bilan psychomoteur du
20/09/13

Annexe n°10 : Copie de la Figure de Rey d'Ugo lors de la séance du 11/04/14

Annexe n°11 : Formes pré-scripturales réalisées par Ugo les yeux ouverts lors de la séance du
21/03/14

Annexe n°12 : Formes pré-scripturales réalisées par Ugo les yeux fermés lors de la séance du
21/03/14



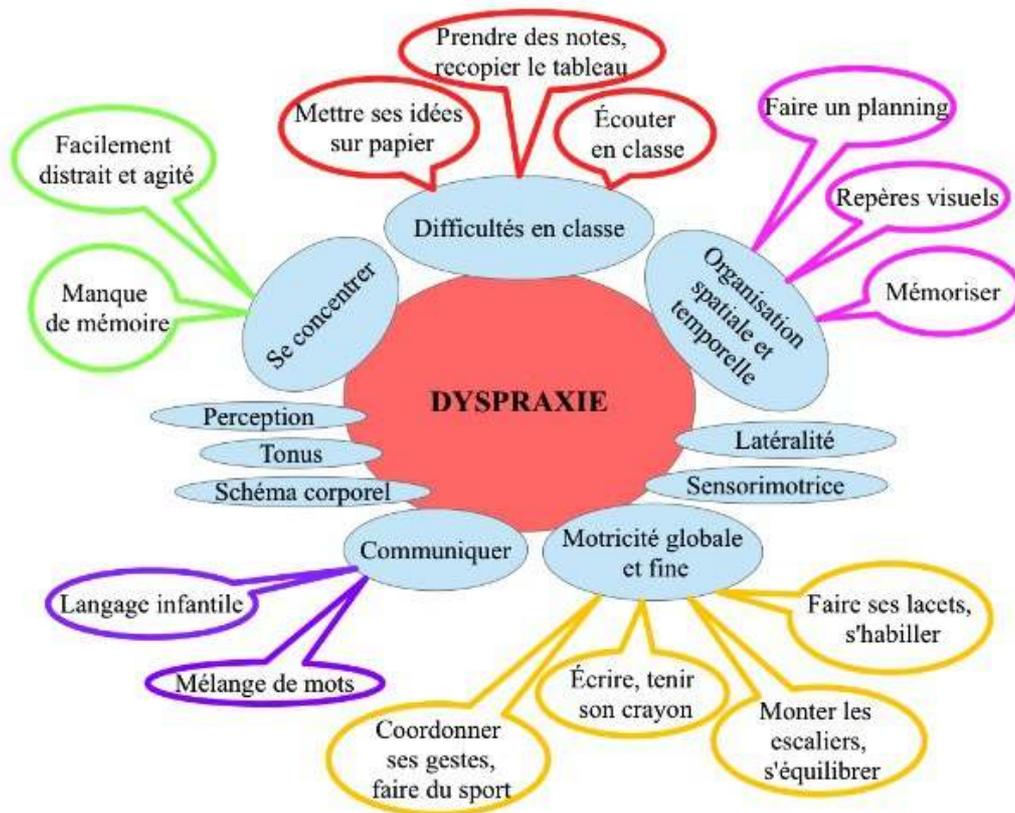
Annexe n°1 : Schéma des différentes parties du cerveau



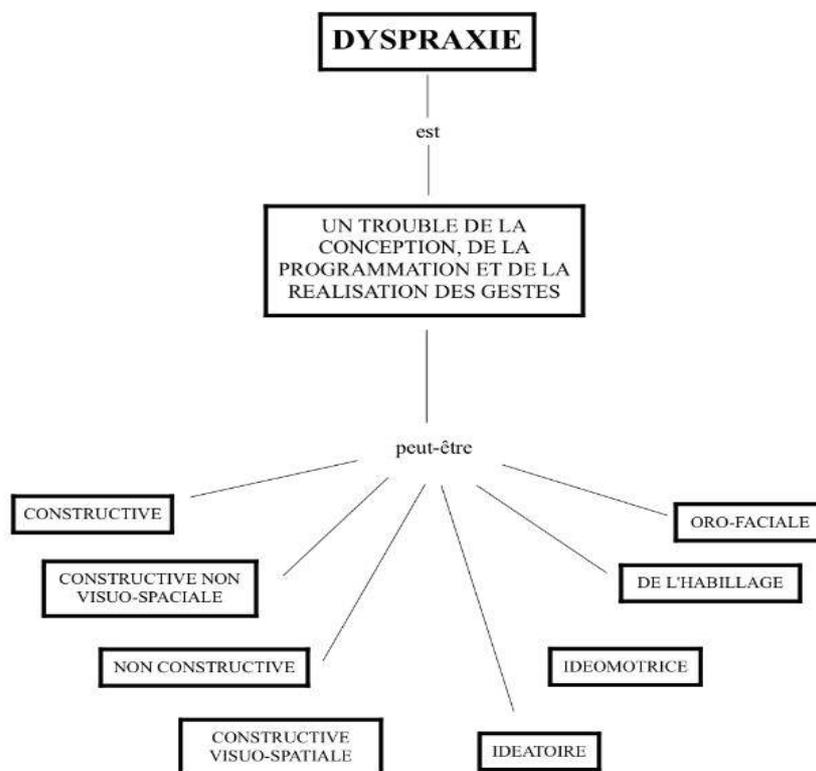
Le développement de la motricité globale

<p>de la naissance à 6 mois</p> <p><i>Couché sur le dos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • il tourne la tête sur les côtés; • il maintient sa tête au centre; • il s'amuse à faire des mouvements de pédalage; • il joue avec ses pieds. <p><i>Couché sur le ventre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ses bras et ses jambes sont fléchis sous lui ; • il tourne la tête sur les côtés; • il soulève sa tête quelques instants; • il prend appui sur son ventre et ses avant-bras; • il soulève la tête, redresse le dos, s'appuie sur le ventre et ses avant-bras; • il redresse la tête et la poitrine en prenant appui sur les mains. <p><i>Contrôle de tête et début de position assise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • il contrôle bien sa tête dans vos bras; • il commence à se retourner du ventre au dos tout d'un bloc; • il tient en position assise quelques secondes avec du soutien. 		<p>de 1 à 2 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il fait ses premiers pas sans aide. • Il pousse ou tire un jouet à roulettes en marchant. • Il transporte un objet. • Il monte l'escalier à quatre pattes. • Il s'accroupit pour ramasser un objet au sol. • Il monte les escaliers, sans alterner les pieds et en tenant la rampe. • Il descend l'escalier à quatre pattes, à reculons. • Il commence à courir et à lancer un ballon. 	
<p>de 6 à 12 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il se retourne du dos au ventre. • Il maîtrise de mieux en mieux la position assise: il se protège des chutes vers l'avant (6-7 mois), de côté (8-9 mois), vers l'arrière (10 mois). • Couché sur le ventre ou sur le dos, il se redresse. • Il rampe sur l'abdomen. • Il soutient son corps quand on le met en position debout. • Il se déplace à quatre pattes. • Il passe de la position assise à la position à genoux. • Il se met debout. • Il se déplace de côté. • Il fait quelques pas s'il est tenu des deux mains, puis s'il est tenu d'une main. 		<p>de 2 à 3 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il descend l'escalier seul, en se tenant à la rampe et sans alterner les pieds. • Il court, grimpe, glisse. • Il frappe un ballon avec le pied. • Il lance un ballon avec ses deux mains et un mouvement de tout le corps. • Il lance une balle vers l'avant sans tomber. • Il monte et descend les escaliers une marche à la fois. 	
		<p>de 3 à 4 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il dirige bien son tricycle. • Il monte et descend les escaliers en alternant les pieds. • Il court avec plus de grâce. • Sur demande, il tient en équilibre sur un pied quelques secondes. • Il lance une balle vers une cible. 	
		<p>de 4 à 5 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il lance et attrape une balle. • Il peut apprendre des techniques de nage. • Il fait des sauts en hauteur et en largeur. • Il conduit une bicyclette munie de roues stabilisatrices. • Il lance le ballon avec plus de force. • Il peut lancer la balle par dessus l'épaule ou par en bas. 	
		<p>de 5 à 6 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il essaie de sauter à la corde. • Il commence à faire bondir un ballon d'une main. • Il court comme un adulte. • Il conduit une bicyclette. 	

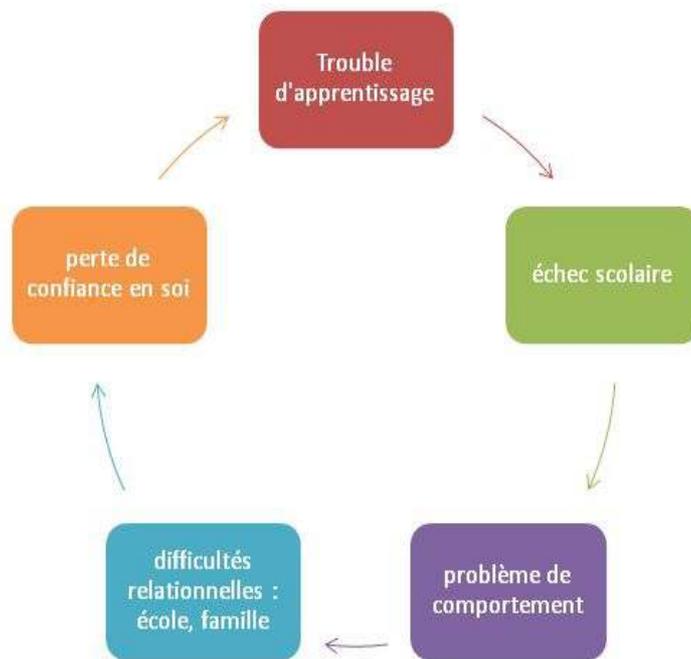
Annexe n°2 : Développement et évolution de la motricité globale chez l'enfant de 0 à 6 ans



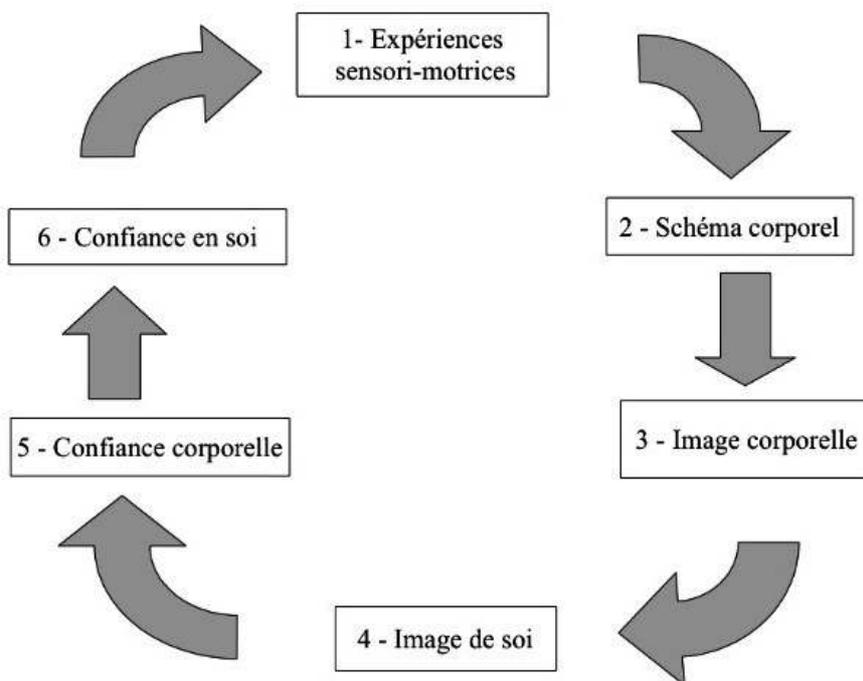
Annexe n°3 : Les difficultés rencontrées chez un enfant dyspraxique



Annexe n°4 : Les différentes dyspraxies



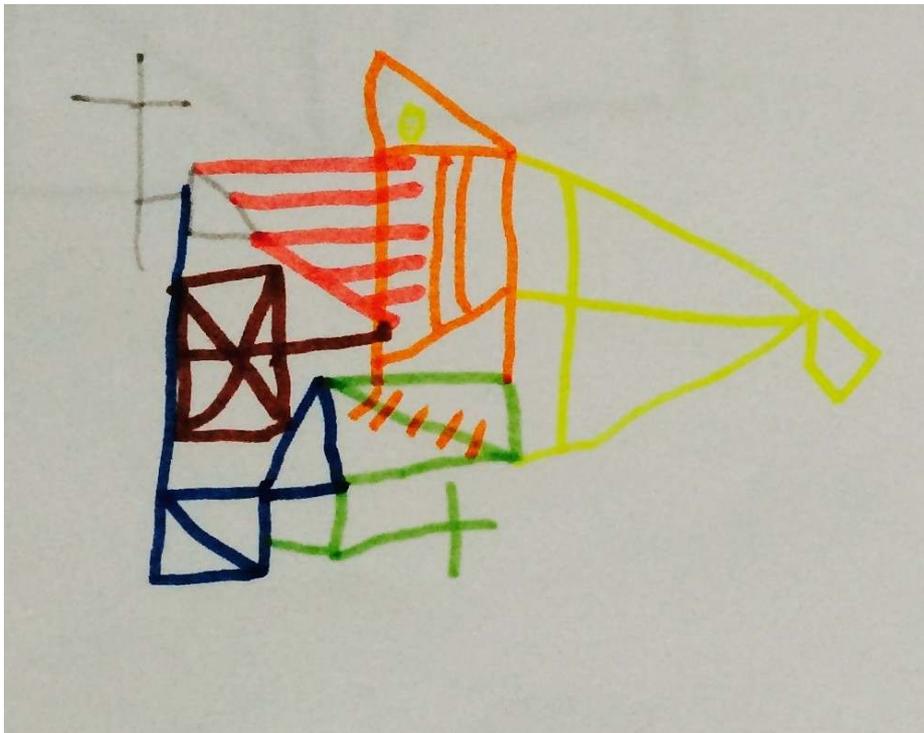
Annexe n°5: Spirale infernale de la dyspraxie



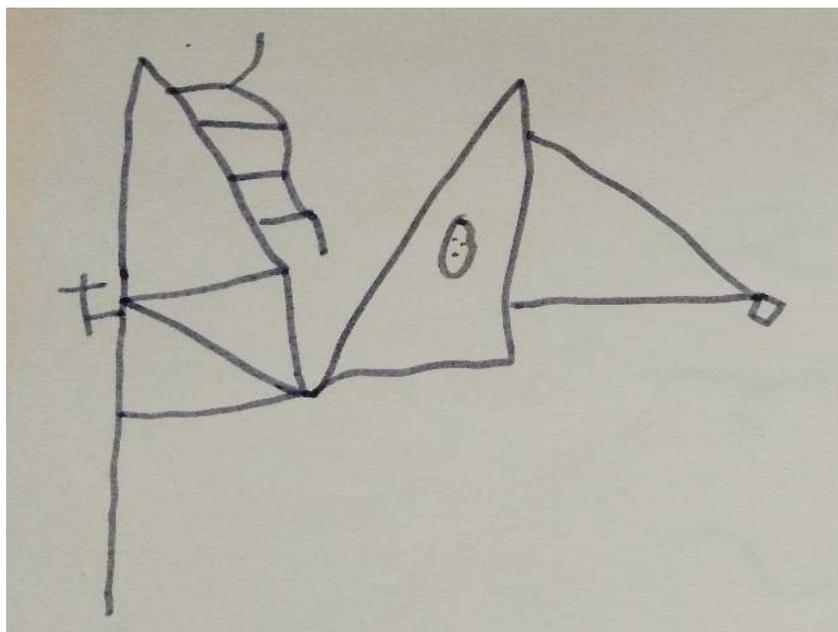
Annexe n°6 : Schéma illustrant la confiance



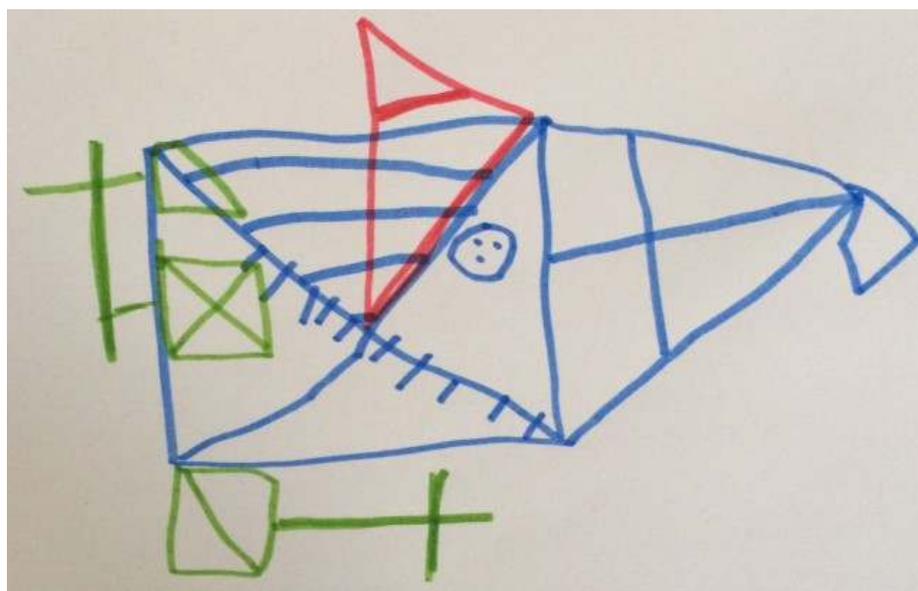
Annexe n°7 : Dessin du Bonhomme d'Ugo réalisé lors du bilan psychomoteur du 20/09/13



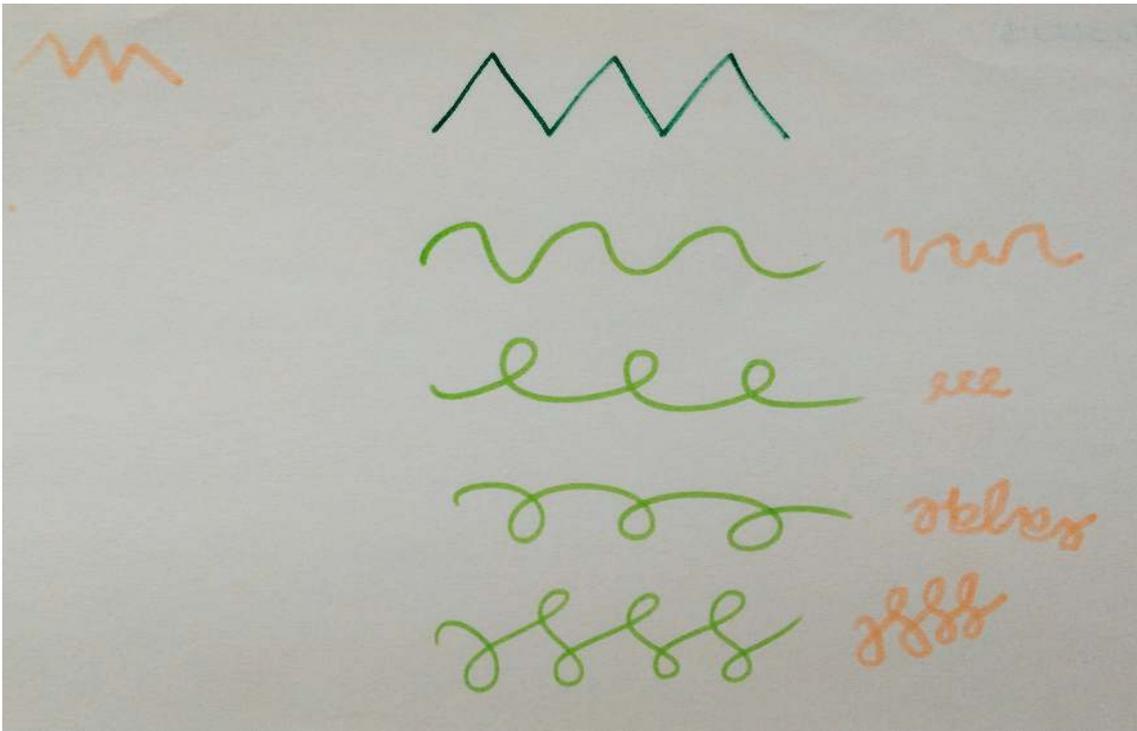
Annexe n°8 : Copie de la Figure de Rey d'Ugo réalisé lors du bilan psychomoteur du 20/09/13



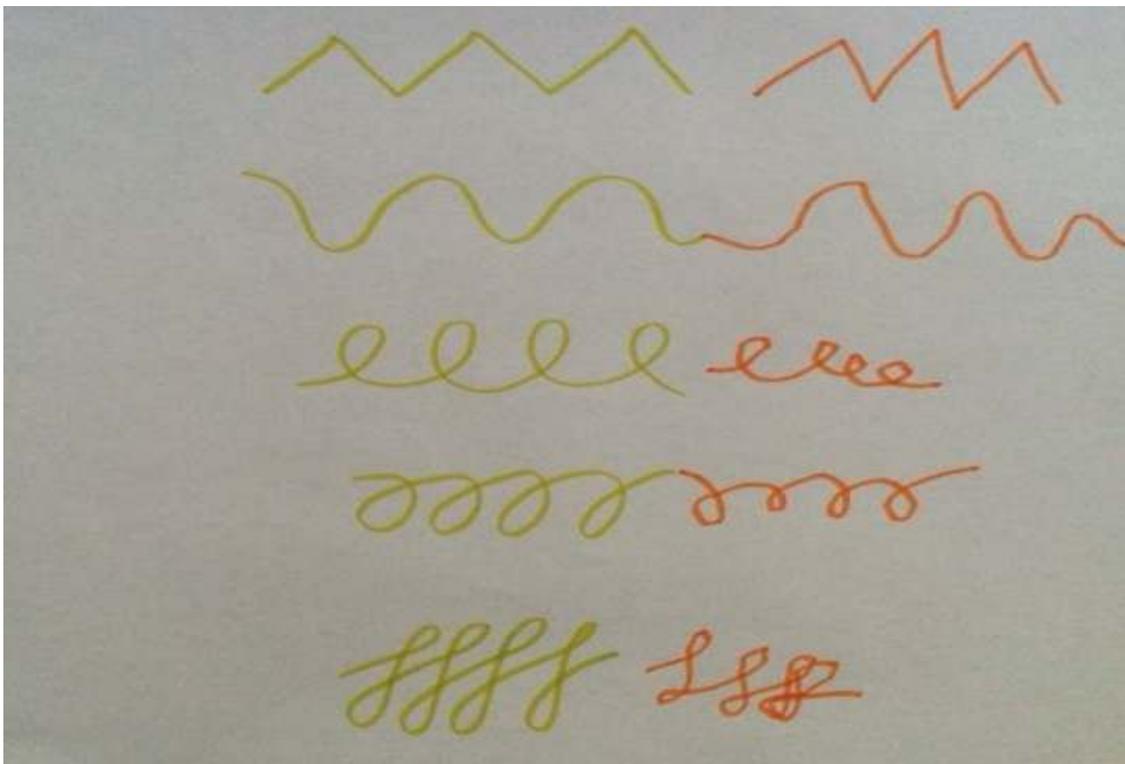
Annexe n°9 : Reproduction de mémoire de la Figure de Rey d'Ugo lors du bilan psychomoteur du
20/09/13



Annexe n°10 : Copie de la Figure de Rey d'Ugo lors de la séance du 11/04/14



Annexe n°11 : Formes pré-scripturales réalisées par Ugo les yeux ouverts lors de la séance du
21/03/14



Annexe n°12 : Formes pré-scripturales réalisées par Ugo les yeux fermés lors de la séance du
21/03/14