



HAL
open science

Quand le chemin des enfants dyspraxiques croise celui de la psychomotricité

Adeline Florentin

► **To cite this version:**

Adeline Florentin. Quand le chemin des enfants dyspraxiques croise celui de la psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01068791

HAL Id: dumas-01068791

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01068791v1>

Submitted on 26 Sep 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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91 boulevard de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 13



Quand le chemin des enfants dyspraxiques croise celui de la psychomotricité



Mémoire présenté par Adeline FLORENTIN

en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricité

Référents de mémoire :
Claire Seuru-Dufour
Stéphanie Heuzard

Session Juin 2014

Remerciements

Par ces quelques mots je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée de près ou de loin sur ce bout de chemin.

Je tiens tout d'abord à remercier Claudine et Justine pour m'avoir soutenue, guidée et fait confiance durant toute l'année. Merci pour votre disponibilité et pour la richesse de nos échanges.

Je vous remercie également Claire et Stéphanie, pour vos relectures avisées, nos rencontres, nos réflexions et nos conférences partagées. Merci pour le temps que vous avez réussi à m'accorder.

Je remercie ma famille et plus particulièrement mes parents. Vous avez toujours été là quand j'en avais besoin. Merci pour votre soutien sans faille, et votre accompagnement dans l'écriture de ce mémoire... Merci de m'avoir permis d'être ce que je suis aujourd'hui.

Merci à toi Adrien pour ta patience et tes encouragements.

Merci à vous, amies et futures collègues, pour ces trois riches années passées à vos côtés. La formation touche à sa fin mais j'en suis sûre, nous avons encore de belles aventures devant nous.

Sommaire

Introduction	7
--------------------	---

***Partie théorique :
Tour d'horizon de la dyspraxie***

Théorie autour de la dyspraxie	10
---	-----------

1- Étymologie	10
---------------------	----

2- Du mouvement à la praxie	10
-----------------------------------	----

3- La dyspraxie développementale	12
--	----

4- Les classifications.....	14
-----------------------------	----

5- Le diagnostic	15
------------------------	----

6- La dyspraxie, un handicap, « zoom » sur la loi de février 2005	16
---	----

Le vécu des enfants dyspraxiques et de leur entourage	18
--	-----------

1- Le vécu des enfants	19
------------------------------	----

2- La dyspraxie du point de vue des parents.....	21
--	----

3- Le point de vue des enseignants.....	23
---	----

Partie théorico-clinique :
Sur le chemin des enfants dyspraxiques

Présentation du lieu de stage	26
Présentation des enfants.....	27
1- Présentation d'Antoine	27
2- Présentation d'Ewen	28
3- Présentation d'Agnès.....	29
Handicap touchant le corps dans sa fonctionnalité psychomotrice	31
1- Les troubles du schéma corporel	32
- Antoine et sa représentation du corps.....	32
- Le schéma corporel chez les enfants dyspraxiques	34
2- L'organisation spatiale	36
- Antoine : « du sol à la feuille, de la feuille au sol ».....	36
- L'espace et les enfants dyspraxiques	37
3- La motricité globale.....	39
- Antoine et le Badminton.....	39
- La motricité globale chez les enfants dyspraxiques	40
4- Difficultés constructives	42
- Ewen et les constructions magnétiques	42

-	Les difficultés constructives chez les enfants dyspraxiques.....	43
5-	La motricité fine	43
6-	Une origine? ... l'intégration sensorielle ?.....	44
7-	Pour conclure.....	44

Handicap atteignant la construction identitaire, fondement du « Moi » ...45

1-	Se construire une identité	45
-	Les interactions avec la famille	46
-	Les interactions avec l'environnement.....	48
-	L'enveloppe corporelle support du psychisme et de la construction identitaire	49
-	La relation aux pairs, indispensable pour trouver un statut	49
-	Une image du corps susceptible d'être fragilisée.....	50
2-	Ewen et la provocation	51
3-	Agnès et sa personnalité inhibée	53
4-	Antoine et son ouverture à la relation	55

Discussion :
Être psychomotricien auprès des enfants dyspraxiques

La prise en charge psychomotrice des enfants dyspraxiques	58
1- Attention aux prises en charge qui ne fonctionnent pas.....	58
2- Attention au clivage thérapie / rééducation	60
3- Comment instaurer un juste milieu ?	63
Comment trouver sa place de psychomotricien dans une institution à versant rééducatif ?	65
Conclusion.....	67
Bibliographie.....	68
Annexes	I

Introduction

Au regard de la société qui prône aujourd'hui le niveau scolaire et les performances sportives, les enfants dyspraxiques sont parfois pris entre deux flots. En effet, ce sont des enfants pour qui les difficultés sont susceptibles d'atteindre ces deux sphères. Face à l'invisibilité de leur handicap, ces enfants sont souvent incompris et mis face à des échecs répétés. Certains sont alors susceptibles de développer des troubles du comportement comme moyens de défense.

La structure où je suis en stage est un centre de rééducation fonctionnelle. Elle accueille des enfants atteints de troubles neurologiques ainsi que des enfants présentant des troubles des apprentissages. Les enfants dyspraxiques rencontrés sur ce stage m'interpellent. En effet, je cerne facilement la maladresse, mais je ressens aussi un malaise chez la plupart de ces enfants. Je le perçois par leur hypo ou hypertonicité, par leur réaction de prestance ou encore par leurs troubles du comportement. Ce malaise est souvent indicible pour eux. J'ai l'impression que, comme leur handicap, ce mal-être doit rester invisible.

J'entrevois alors toute la nécessité d'une prise en charge psychomotrice avec ses versants moteurs, psychiques, cognitifs, affectifs, et émotionnels. Sur le croisement du chemin de l'enfant dyspraxique avec celui de la psychomotricité, je perçois l'intrication des dimensions motrices et psychiques.

Comment accompagner, en psychomotricité, l'enfant dyspraxique en prenant en compte ses difficultés et son vécu face au handicap ?

Après avoir développé la sémiologie de la dyspraxie, je m'interrogerai sur la perception que l'enfant peut avoir de son handicap. Afin de mieux cerner leurs ressentis, je réaliserai la synthèse d'un questionnaire s'adressant à ces enfants, à leur famille et à leurs enseignants.

Puis, je présenterai Antoine, Ewen et Agnès, trois enfants dyspraxiques rencontrés en stage. Passant de la pratique à la théorie, j'explorerai les

différents troubles psychomoteurs pouvant être observés chez eux. Je tenterai aussi de présenter des éléments d'analyse de la construction de leur identité.

Face à toutes les réponses que je récolterai, je réfléchirai sur le rôle que le psychomotricien peut entreprendre avec l'enfant dyspraxique. Enfin, j'exposerai mon questionnement sur la place du psychomotricien dans un centre de rééducation fonctionnelle.

Maintenant, au fil de ces pages, j'espère pouvoir vous faire ressentir ce que j'ai pu vivre avec ces enfants durant ces quelques mois.

Partie théorique :
Tour d'horizon de la dyspraxie

Théorie autour de la dyspraxie

1- Étymologie

Le terme de dyspraxie est constitué du préfixe dys « tiré du préfixe péjoratif grec dys-»¹. Ce préfixe fait appel à un terme négatif, une défaillance. Le mot praxie signifie « activité gestuelle différenciée et coordonnée, produit d'une activité exercée sur le corps ou sur le monde extérieur et ses objets.»² Le terme anglais « praxis » est défini comme une « action en vue d'un résultat ». Étymologiquement, le terme de dyspraxie signifie donc une défaillance de l'organisation gestuelle orientée vers un but d'interaction avec soi, l'autre ou l'environnement.

2- Du mouvement à la praxie

La dyspraxie, signifie avant tout un trouble de l'action. Cette dernière est constituée de gestes eux-mêmes réalisés par la combinaison de mouvements. Les mouvements sont les déplacements de notre corps pour aller d'un point à un autre, ils n'ont pas de but précis, ils dessinent par notre corps une trace dans l'espace-temps. Les gestes sont une succession de mouvements organisés dans l'espace et le temps, ayant un but précis. Les praxies constituent l'activité gestuelle de notre corps et la préparation à cette activité. Elles sont la base de nos comportements moteurs et constituent un stock de représentations de mouvements appris. Elles sont le résultat de longs apprentissages et nous permettent d'évoluer dans notre monde selon un cadre culturellement correct. L'apprentissage de ces praxies permet ensuite d'agir sur l'environnement de façon adaptée et automatique. Pour qu'un geste soit correctement appris, il est indispensable de posséder quelques stratégies tels que l'imitation, l'essai erreur, la répétition et l'entraînement. J Piaget, définit la praxie comme « un système de mouvements coordonnés en fonction d'un but ou d'une intention [...] Les praxies correspondent à l'intégration des schémas moteurs sous l'effet de l'expérience et de la répétition et permettant une planification, une pré-programmation de chacun de nos gestes. »³

¹ Bloch O, Wartburg W, (1996)

² Quevauvilliers J (2009)

³ Piaget J (1960)

La réalisation des praxies est un processus pariétal complexe comportant plusieurs étapes :

- Une phase d'information constituant un prérequis indispensable à la réalisation du geste. Elle consiste à réceptionner et à analyser toutes les données sensitives, extéroceptives, intéroceptives et proprioceptives.
- Une phase d'idéation, de planification qui est l'étape de représentation mentale de l'action à accomplir. C'est lors de cette phase que le plan d'action se constitue : une succession de mouvements pour organiser le geste est mise en place.
- Une phase de programmation qui consiste à transmettre le plan d'action aux régions qui stockent les schèmes moteurs (les aires pré-motrices). Ces dernières traduisent le plan en programme moteur.
- La phase d'exécution : l'information est envoyée aux systèmes locomoteurs par le système nerveux, la succession de gestes est mise en œuvre afin de tendre vers le but final. Cette réalisation est sans cesse soumise au rétrocontrôle par les sensations kinesthésiques. Ceci permet d'ajuster notre acte si un obstacle se présente alors que le geste est déjà initié.

Face à ce fonctionnement, nous pouvons dire des praxies qu'elles sont des actions planifiées et programmées, issues d'une composition de schèmes moteurs connus et stockés dans notre mémoire.

« Au-delà de la description neurologique, la praxie souligne le rôle fondamental de l'investissement corporel dans l'élaboration de tout système de communication. Les praxies sont directement en lien avec le schéma corporel et la fonction tonique.»¹ Elles expriment une façon d'être, et dévoilent ainsi une partie de notre personnalité. En fonction des cultures, les praxies acquises sont différentes : les occidentaux mangent avec des couverts, les orientaux avec des baguettes. La première utilisation de ces dernières pour un occidental n'est jamais automatique et nous nous rendons compte de la complexité d'intégrer une nouvelle praxie. Les enfants dyspraxiques rencontrent ces difficultés dans la plupart de leurs actes. Mais

¹ Mathe J (2012) p. 21

avant d'approfondir le quotidien d'un enfant présentant une dyspraxie, je vais tenter d'éclaircir le terme de dyspraxie développementale.

3- La dyspraxie développementale

Le terme de dyspraxie fait suite, historiquement, à plusieurs autres termes¹ : « maladresse anormale » (Orton, 1937), « maladresse congénitale » (Ford, 1960), « enfant maladroit » (Gordon et Mc Kinlay, 1981 ; Henderson, 1987 ; Illingworth, 1963 ; Lord et Hulme, 1987 ; Van Dellen et Geuze, 1988). Ce n'est qu'en 1961 que sera évoqué, par Brain, le terme de « dyspraxie développementale ». Brain met fin à la croyance de pathologie congénitale concernant la dyspraxie. Les termes d' « apraxie de développement » (Walton et Coll, 1962), de « maladresse de développement » (Reuben et Bakwin, 1968), d' « apractogonose » (Miller 1986), de « dysfonctionnement moteur » (Snow et Coll, 1991) se succéderont. Puis, en 1992, l'OMS décrit dans la CIM 10 (classification internationale des maladies) « le trouble spécifique du développement moteur ». Ce récapitulatif historique permet de s'apercevoir, que depuis les années 30, les chercheurs s'interrogent sur ces personnes ayant des difficultés à orienter et organiser leurs gestes. Ils ont compris que cette caractéristique relevait du pathologique. Néanmoins les causes ont toujours été méconnues : encore aujourd'hui, aucune recherche n'a démontré d'origine à la dyspraxie développementale. Certaines, ont toutefois repéré une fréquente corrélation entre prématurité et dyspraxie. La dyspraxie est dite développementale lorsqu'il s'agit d'un mauvais développement de la zone concernée (pariétale) au niveau du cerveau, sans qu'aucune origine neurologique n'ait été décelée.

Troubles d'acquisitions des coordinations (TAC) et dyspraxies sont souvent confondues. Dans certaines classifications les dyspraxies font parties des TAC, dans d'autres, ce sont deux entités distinctes ayant des caractères communs. D'après Michèle Mazeau, les TAC relèvent d'un retard psychomoteur précoce et global tandis que la dyspraxie définit un développement moteur global « normal » et un « retard significatif dans les apprentissages de gestes particuliers (habillage, repas, graphisme, jeux de construction, découpage, activités sportives) »².

¹ Albaret J-M (1999)

² Mazeau M (2010)

Le DSM-IV¹ décrit ces deux troubles sous un même terme « troubles d'acquisitions de la coordination ». Il retient les critères suivants :

- « A- Les performances dans les activités quotidiennes nécessitant une bonne coordination motrice sont nettement au-dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge chronologique du sujet et de son niveau intellectuel (mesuré par des tests). Cela peut se traduire par des retards importants dans les étapes du développement psychomoteur (par exemple ramper, s'asseoir, marcher), par le fait de laisser tomber des objets, par de la « maladresse », de mauvaises performances sportives, ou une mauvaise écriture.

- B- La perturbation décrite dans le critère A interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie quotidienne.

- C- La perturbation n'est pas due à une affection médicale générale, (par exemple infirmité motrice cérébrale, hémiplégie ou dystrophie musculaire), et ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement.

- D- S'il existe un retard mental, les difficultés motrices dépassent celles habituellement associées à celui-ci. »

Cette description médicale évoque un trouble de la gestualité provoquant une gêne significative dans le quotidien de l'enfant. Ce trouble ne doit pas être lié à une cause lésionnelle. Néanmoins, cette définition a ses limites. En effet, le DSM-IV n'évoque aucune quantification permettant de borner la pathologie. Face à ce manque, le diagnostic serait souvent difficile à poser. Les TAC se retrouveraient fréquemment être le diagnostic posé à des enfants étant maladroits et manquant de confiance en eux.

La dyspraxie est avant tout un trouble durable de la conceptualisation, de la programmation, de la coordination volontaire des séquences de mouvements et de leur automatisation, nécessaire à la réalisation d'une nouvelle action orientée vers un but précis et permettant une interaction adéquate à l'environnement. Ce trouble oblige ces enfants à « contrôler

¹ American Psychiatric Association (2004)

intentionnellement bon nombre de [leurs] gestes. [Ils] déploient des efforts démesurés pour réaliser les activités de leur vie quotidienne sans que personne ne mesure l'énergie que cela demande. »¹ Face à cet effort considérable, il faut être vigilant en évitant de proposer des activités nécessitant une double tâche. Ceci constituerait un sur-handicap. Il est donc important de cerner les difficultés de l'enfant afin de lui proposer les aides adéquates. Chaque enfant dyspraxique rencontre des difficultés diverses et variées. Certains auteurs ont tenté de classifier les différentes dyspraxies.

4- Les classifications

Plusieurs recherches ont été réalisées. Chacune d'elles vise à cerner les similitudes entre les enfants afin d'en dégager des groupes. On peut alors appréhender deux grandes catégories d'enfants dyspraxiques² :

- Les « enfants « maladroits » avec des difficultés de planification, de contrôle et d'intégration motrice et perceptive ». Ces enfants présentent des difficultés sur un versant d'exécution du geste.
- Les enfants ayant une « altération de la représentation gestuelle sous-tendant le mouvement organisé, dans laquelle les habiletés motrices de bases sont intactes ou non primordiales dans l'étiologie ». Les difficultés se situent alors en amont, dans la construction de la pensée de l'action et se répercutent sur la conceptualisation et la planification du geste.

Deux grands axes se dessinent donc en fonction des difficultés des enfants. Néanmoins, est-ce si facile de repérer si le trouble vient de l'exécution du geste ou de la construction de la pensée lorsque le résultat est le même ? De plus, il existe une grande hétérogénéité des troubles praxiques, qui, si divers soient-ils, sont tous étiquetés du terme de dyspraxie³ :

- « la dyspraxie idéatoire » relève d'une « perturbation de la succession des actions nécessaires à la réalisation du geste pour manipuler l'objet »

¹ Huron C (2011)

² Costini O, Faure S, Le Gall D, Roy, A, (2013)

³ Huron C (2011)

- « La dyspraxie idéomotrice » se définit comme un « trouble de l'organisation réalisé en l'absence de manipulation effective d'un geste » ; le mime ou les gestes symboliques sont difficiles à réaliser.
- « la dyspraxie motrice » est un « trouble de la dextérité avec impossibilité à réaliser les mouvements rapides et alternatifs »
- « la dyspraxie constructive » (impliquant fréquemment des troubles visuo-spatiaux et/ou des troubles du regard) est présente lorsque l'enfant a du mal à s'organiser pour construire quelque chose.
- « la dyspraxie de l'habillement » est une dyspraxie considérée mais rarement isolée.

En fonction des circuits neuronaux atteints, les dyspraxies peuvent toucher trois domaines : les praxies motrices (se brosser les dents, ouvrir une bouteille...), les praxies visuo-spatiales (géométrie, puzzle, jeux de construction...) et les praxies de coordination (vélo, ballon, natation, écriture...).

Cette classification proposée par O Costini, S Faure, D Le Galle et A Roy, tente de combiner plusieurs classifications proposées auparavant. Je l'ai sélectionnée car c'est la plus récente et celle qui me parle le plus par rapport à ma clinique. Toutefois, il existe d'autres classifications. Beaucoup d'auteurs, comme Laurence Vaivre-Douret, distinguent la dyspraxie visuo-spatiale et la dyspraxie visuo-constructive.

Connaître la nature de la dyspraxie aide l'entourage à s'adapter aux difficultés de l'enfant. Tirer les bonnes ficelles est indispensable pour permettre à l'enfant d'évoluer favorablement dans son environnement, et ainsi compenser son handicap.

5- Le diagnostic

Pour poser le diagnostic quatre temps sont indispensables¹ :

- Les plaintes doivent être reconnues dans plusieurs secteurs parmi les gestes, l'espace, le graphisme, la maladresse et les activités de la vie

¹ Le Lostec C, Mazeau M (2010)

quotidienne. Ces plaintes peuvent amener à une suspicion de dyspraxie.

- L'hypothèse de troubles neuromoteurs et/ou sensoriels doit être évincée.
- Le score du quotient intellectuel verbal doit être nettement supérieur au score du quotient intellectuel perceptif sur l'échelle de Wechsler. Ces deux derniers points traduisent une forte hypothèse de dyspraxie.
- Si les bilans psychologiques, ergothérapeutique, et psychomoteurs montrent des troubles spécifiques, le diagnostic peut s'affirmer.

Les critères qualitatifs pouvant compléter le diagnostic sont :

- Des antécédents de prématurité
- La critique pertinente de l'enfant envers sa contre-performance
- La fluctuation de la performance
- La présence de troubles visuo-spatiaux et/ou du schéma corporel, et/ou gnosiques visuels.
- Dissociation au sein des performances pratiques (inconstant) : gestes significatifs contre gestes arbitraires.

Afin que le diagnostic soit précis il faut définir la place relative de chaque symptôme, rechercher d'éventuelles dissociations ou signes associés, et repérer les capacités préservées.

6- La dyspraxie, un handicap, « zoom » sur la loi de février 2005

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a donné une définition : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subit dans son environnement par une personne en raison d'une altération

substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Michèle Mazeau et Claire Le Lostec précisent « Certains gestes doivent être acquis à certains âges, dans certaines cultures, sous peine de constituer, dans cet environnement-là, un handicap. »¹ La dyspraxie relève d'un trouble cognitif et entraîne des difficultés dans les activités quotidiennes, elle constitue un handicap à part entière. Ne pas savoir faire ses lacets, utiliser un couteau, faire du vélo (...) à l'adolescence, constitue une véritable gêne chez le jeune l'empêchant de réaliser des activités de son âge. De plus, les enfants dyspraxiques ont souvent des difficultés graphiques, M Ringler² explique que l'apprentissage de l'écriture est un des événements majeurs marquant la progression de l'enfant dans les premières années de sa vie. L'échec de cet apprentissage altère notablement la capacité d'intégration sociale de l'enfant ; il ne peut participer au fonctionnement symbolique de la société actuelle, ce qui constitue là encore un signe de handicap.

Afin d'aider à la scolarisation, cette loi affirme que les enfants handicapés ont le droit à une scolarisation par le service public d'éducation, et ajoute « dans ses domaines de compétences, l'Etat met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés ». Ainsi l'enfant peut bénéficier d'aides techniques (comme l'ordinateur) et/ou d'une auxiliaire de vie scolaire (AVS). Ces aides permettent de minimiser les activités demandant trop d'énergie pour les enfants dyspraxiques. Le but est de mettre toutes les chances du côté des enfants « la plasticité de leur cerveau fera le reste pourvu qu'ils soient stimulés et que leurs compétences soient valorisées. »³

La dyspraxie est reconnue comme handicap, et pourtant, il est parfois difficile de l'entendre. Caroline Huron (2011) précise que ce handicap est certes invisible, mais au-delà de l'invisibilité du trouble, c'est « la question de la représentation du handicap qui fait obstacle à l'identification de la dyspraxie en tant que telle. [...] Admettre le handicap d'un enfant

¹ *Ibid*, p16

² Ringler M (2004)

³ Dehaene S, ambassadeur du cartable fantastique

dyspraxique impose donc de modifier ses propres représentations du handicap. C'est une étape essentielle et indispensable à la réussite de l'inclusion scolaire »¹. Cette étape est parfois difficile à passer ; le terme de handicap est un terme qui impressionne, et certains parents ont du mal à admettre que leur enfant est « porteur d'un handicap ». L'acceptation du handicap dépend des caractéristiques socio-culturelles de l'environnement familial. Néanmoins, le diagnostic d'une dyspraxie développementale est souvent vécu comme un soulagement, et l'incompréhension du dysfonctionnement existant laisse place à un trouble reconnu. Les enfants et leur famille se sentent alors eux-mêmes reconnus, compris, et sont rassurés grâce aux aides dont pourra bénéficier l'enfant.

Le diagnostic doit être posé le plus rapidement possible dans l'intérêt de l'enfant. Sinon, l'enfant se retrouve seul et incompris face à ses difficultés. Il s'essouffle à essayer encore et encore une tâche vouée à l'échec. Il persévère pour montrer qu'il n'est pas un « fainéant ». Sa maladresse le rattrape et le voilà lui-même persuadé qu'il est moins doué que les autres. Il se sous-estime et son narcissisme s'en trouve blessé. Face à ses échecs incompris et répétés, l'enfant réagit par divers moyens de compensation en fonction de son tempérament. Dans la suite de mon mémoire, je vais vous présenter trois enfants dyspraxiques ayant des comportements très différents.

Le vécu des enfants dyspraxiques et de leur entourage

Les difficultés, au quotidien, sont indéniablement ressenties par les enfants mais aussi par leurs parents et leurs frères et sœurs. Afin de mieux comprendre ce qu'ils ressentent j'ai diffusé, par l'intermédiaire de mon stage et d'associations, un questionnaire adressé aux enfants dyspraxiques, à leur famille et aux enseignants². Les questions sont ouvertes afin de laisser la place à l'expression. Les réponses reçues vont ponctuer mes écrits.

¹ Huron C (2011), p 134

² Cf annexe A, P II à V

1- Le vécu des enfants

Chaque action demande à emprunter un chemin précis parmi une carte offrant de multiples possibilités. Les enfants dyspraxiques sont perdus face à cette carte, ils empruntent toujours un mauvais chemin. Lorsqu'ils font marche arrière, ils ne se souviennent déjà plus quel chemin il faut éviter et en empruntent un nouveau sans savoir où il va mener. Pourtant, ils connaissent l'objectif à atteindre. Lorsque, par chance, ils arrivent au but, ils ne savent déjà plus par où ils sont passés. Ils ont fait des tours et des demi-tours, et sont généralement les derniers sur la ligne d'arrivée.

Les treize enfants ayant répondu au questionnaire ont entre huit et quatorze ans. Dans leur quotidien, ils sont perdus dans la multitude de possibilités gestuelles. Ainsi, leur journée est un canevas d'obstacles à franchir : dès le matin au petit déjeuner pour se servir un bol de lait, à la toilette pour se laver et s'habiller, l'enfant se trouve face à l'échec. Il arrive fatigué à l'école, et pourtant des efforts considérables vont encore lui être demandés. L'enfant se sent souvent à l'écart des autres. Les principales difficultés évoquées par les enfants sont la lenteur (46%), l'écriture (46%), la géométrie (38%), le calcul (30%), l'organisation (15%) l'habillement (lacets, boutonnage) (15%), la fatigue (8%), la coordination (8%). Autant d'activités très fréquentes dans la vie quotidienne d'un enfant.

Lorsque je leur demande de donner trois mots qui leur viennent à l'esprit quand on dit dyspraxie, 23% ne répondent pas, 69% évoquent leurs difficultés. On trouve les mots : « maladresse, difficultés en lecture, en géographie, dans la propreté, dans les doubles tâches, une mauvaise concentration, l'ordinateur » ; Des difficultés venant s'ajouter à la liste précédente. Les enfants vivent avec leur handicap, et lorsqu'ils en parlent, ils témoignent des impasses qu'ils croisent fréquemment. À cette question, un dernier enfant évoque : « différent, nul, énervant », par ces trois mots cet enfant semble confier son mal-être face à sa dyspraxie.

Le questionnaire m'a permis de repérer que les enfants dyspraxiques ne réussissent pas à expliquer leurs troubles clairement. Voici comment certains définissent la dyspraxie :

« C'est un problème au cerveau »

« Je suis plus lent, j'ai du mal en maths et suis maladroit »

« Un gros problème, c'est un handicap qui ne se voit pas »

« Quelque chose d'énervant car je ne peux pas faire comme les autres »

« Je ne sais pas ce que c'est » (les parents précisent qu'il ne veut pas qu'ils lui expliquent)

Comment expliquer ces faibles précisions ? Serait-ce un manque d'explication de la part des soignants ou des parents ? Est-ce une incompréhension de l'explication ? Est-ce une difficulté à remettre en mots ce qu'on leur a expliqué ? Ou est-ce une défense de la part de l'enfant ? Ne pas connaître ce trouble reviendrait à ne pas en être porteur. Malgré tout, cette défaillance à l'explication du trouble, n'aide pas ces enfants : une personne peut augmenter les difficultés rencontrées par l'enfant par méconnaissance de son trouble.

Face aux difficultés prédominantes chez ces enfants, j'ai été surprise de lire que 61% se disent « à l'aise dans leur corps ». Et lorsqu'on leur demande « pourquoi ? » Certains évoquent qu'ils « bougent », d'autres disent qu'ils sont « habitués » à ce corps. 30% ne se disent pas toujours à l'aise dans leur corps. La moitié d'entre eux ne l'expliquent pas, les autres l'argumentent par la maladresse. J'aperçois ici, une difficulté à exprimer leurs ressentis, leurs réponses imprécises me semblent révélatrices d'une difficulté à mettre en mots leurs perceptions.

Il me paraissait important de savoir si ces enfants avaient une activité sportive. En effet, le sport est une discipline où la précision du geste prime. Ces enfants sont dans l'évitement de ce qui les met en difficulté. Je m'attendais à ce que peu d'enfants fassent du sport, mais plus de la moitié (53%) pratiquent l'équitation, la piscine, le judo, le foot ou le volley. Les six autres, confient ne pas aimer cela, ne pas avoir envie d'en faire, ou en avoir fait mais avoir arrêté à cause des exigences demandées. Je pense que ce manque de motivation vient aussi de l'évitement de la complexité : ils n'ont pas envie, encore une fois, de se retrouver en échec. Une mise en avant dans

un sport traduirait-il une crainte de nuire à son image corporelle ? Néanmoins cette dyspraxie n'est pas un obstacle dans la relation avec leurs pairs. Tous, affirment avoir des copains qui comprennent leurs difficultés et les aident. Mais deux d'entre eux livrent recevoir certaines moqueries. 38% se sentent différents des autres enfants à cause de la lenteur ou de la difficulté à faire « aussi bien » que les autres.

Je découvre au fil de leurs réponses que les enfants dyspraxiques ont du mal à exprimer leurs difficultés et leurs ressentis. Pourtant, ces enfants, diagnostiqués dyspraxiques, sont censés avoir un quotient intellectuel verbal dans la norme, et être à l'aise avec l'expression orale. Je me pose alors ces questions : Les enfants dyspraxiques sont-ils vraiment à l'aise avec leurs difficultés ? Avec ce trouble qui touche la fonctionnalité corporelle ? La majorité d'entre eux m'affirme être à l'aise dans leur corps... Pourtant, j'effleure dans leurs réponses une mise à distance du vécu corporel face au handicap. Cette distance pourrait-elle être le fruit d'un manque de connaissance et d'accompagnement de la part des parents ? L'analyse des réponses du questionnaire aux parents nous permettra d'éclairer en partie la réflexion.

2- La dyspraxie du point de vue des parents

Les parents sont souvent les premiers témoins des troubles de leur enfant. Débute alors un parcours du combattant afin de faire reconnaître le handicap. Les bilans, le diagnostic, les prises en charge rythment la vie des familles. Entre ergothérapeute, psychomotricien, orthoptiste, neuropsychologue, ils se retrouvent parfois perdus dans la masse d'informations, et souvent, se sentent démunis. Par le questionnaire je leur donne la parole.

Pour définir la dyspraxie, seuls quatre parents sur treize évoquent un problème au niveau du cerveau :

« C'est un trouble cognitif qui entraîne des troubles de la motricité fine, des troubles de repères dans l'espace et dans le temps, des troubles d'apprentissage (dysorthographe, dyscalculie, dyslexie), de la fatigabilité et des troubles de l'attention. »

« Difficulté du cerveau à exécuter certaines tâches (écriture...) »

« Troubles de l'automatisation des gestes »

« Troubles dans les « circuits logiques » »

Ces définitions me paraissent les plus précises et les seules à expliquer une origine cérébrale. Les autres parents définissent les conséquences de la dyspraxie : coordination difficile, trouble de la compréhension, maladresse, anxiété. Un parent mentionne le caractère invisible du handicap et semble un peu désemparé : « Comme un handicap difficilement « palpable » invisible au premier abord. Pourquoi ma fille est dyspraxique ? Je ne sais pas. Peut-être est-ce dû à une souffrance à la naissance. »

Je me rends compte que peu de parents savent expliquer précisément ce qu'est la dyspraxie. Cela pourrait expliquer les précisions un peu floues des enfants. Les parents aussi semblent désorientés face au handicap que présente leur enfant. À la question « pouvez-vous donner trois mots clés qui vous évoquent la dyspraxie », la plupart d'entre eux énoncent les gênes de leur enfant : difficulté, maladresse, lenteur, trouble moteur, fatigabilité, attention, dysgraphie, coordination, trouble de la mémorisation, compréhension, perturbation de l'attitude (réaction-résultat), ne sait pas comment faire, volonté, difficultés spatiales, troubles des apprentissages, différence, « mon crayon n'écrit pas ce que je pense », prise en charge par les différents professionnels de santé.

J'ai ensuite voulu savoir quels obstacles ressentaient les parents dans la vie quotidienne, scolaire et de loisirs de leur enfant. Dans les activités de tous les jours, sont difficiles : l'habillage (boutonnage et lacets) (53%), la gestion des couverts à table (38%), l'hygiène corporelle (15%), la lenteur (15%), s'exprimer (7%), le rangement (7%), la fatigabilité (7%) et les moqueries (7%). A l'école, l'écriture, la lecture, les difficultés logico-mathématiques, l'organisation sur la feuille, la lenteur, l'apprentissage, le découpage, le dessin, l'utilisation d'objets mathématiques, sont compliqués et nécessitent l'aménagement des cours. Il y a un décalage par rapport aux autres élèves. Dans les loisirs, des parents témoignent que les activités extrascolaires sont très compliquées voire impossibles pour leur enfant.

Certains enfants préfèrent rester seuls à la maison plutôt que d'aller jouer à l'extérieur avec leurs copains. Il y a une crainte des moqueries.

Concernant la fratrie, je me demandais quelle place pouvait prendre un frère ou une sœur dyspraxique. La plupart des frères et sœurs comprennent le handicap et les difficultés de leur pair. Cela ne semble pas leur poser de soucis dans leur relation, néanmoins plusieurs ne comprennent pas cette injustice : « c'est très méchant pour lui. » Deux familles parlent respectivement des soucis concernant les aînés ou les cadets. Les plus grands ont tendance à choyer leur petit frère dans un rôle maternant qui n'est pas le leur. Les plus petits tendent à se moquer des difficultés de leur aîné lorsqu'ils les dépassent dans les apprentissages. Un enfant évoque la difficulté de vivre avec un frère dyspraxique car ce dernier accapare la présence de l'adulte. La place de l'enfant dyspraxique dépendrait de son rang dans la fratrie mais aussi de l'explication donnée par les parents et de leur façon de gérer le temps donné à chaque enfant.

Dans les « remarques à ajouter », une famille indique les difficultés « de cohésion avec l'équipe éducative ». Il est vrai que famille, soignants et enseignants forment un trio autour de l'enfant pour pouvoir l'aider, l'accompagner, le contenir. S'il y a un désaccord, ou une défaillance venant de l'un d'eux dans leur rôle respectif, l'enfant peut se sentir déboussolé et tiraillé entre plusieurs discours. Il me semblait donc important de recueillir le point de vue des enseignants. En effet l'enfant passe une majorité de son temps à l'école, et l'adaptation de l'enseignement favorise l'insertion scolaire.

3- Le point de vue des enseignants

J'ai été étonnée par le peu de réponses obtenues de la part des enseignants. Seuls cinq ont rendu le questionnaire sur treize familles. Je ne sais pas si les enseignants n'ont pas pris le temps de le remplir ou si ce sont les familles qui ont omis de le transmettre.

Pour définir la dyspraxie les enseignants précisent les difficultés de repérages spatiaux, de la réalisation des gestes pourtant voulus, des troubles de la coordination motrice, et de lenteur. Une enseignante témoigne du manque de formations au sujet des « dys » pour les équipes pédagogiques.

Les enseignants sont les premiers observateurs des retards et difficultés scolaires des enfants dyspraxiques. Quelles sont leurs observations ? « L'enfant est submergé par son problème et cela nuit à ses apprentissages. » Il « rencontre des difficultés de concentration, d'application de deux tâches à la fois et d'écriture ». « L'organisation et le rythme de travail sont compliqués à suivre ». « La lenteur le pénalise ». Afin de palier à ces troubles les enfants bénéficient d'une auxiliaire de vie scolaire (AVS), et d'un aménagement du travail : diminution des temps d'écriture, adaptation des supports pour en faciliter la lecture, simplification des consignes, temps supplémentaires pour les devoirs.

Le vécu de cette prise en charge est différente en fonction des enseignants, pour certains cela est déroutant, pour d'autres cela ne pose pas de soucis, certains avouent être soulagés par la présence d'une AVS ou par un effectif restreint en classe. Un enseignant ajoute que « les programmes et les formations de l'éducation nationale s'adressent à l'élève moyen. Très peu de place pour les enfant hors-normes ». Les enseignants doivent donc adapter eux-mêmes leur cours. Pour les familles c'est le hasard à chaque rentrée qui décide si l'enfant bénéficiera d'un enseignement qui sera, ou non, suffisamment adapté et soutenant.

Ce questionnaire m'a permis de balayer un large champ du quotidien des enfants dyspraxiques. Le peu de réponses reçues ne permet pas de donner de valeur aux conclusions tirées et est loin d'être exhaustif dans les vécus recensés. Néanmoins, cela m'a permis d'entrevoir le rôle, la place et le vécu de chacun des protagonistes.

Partie théorico-clinique :
Sur le chemin des enfants dyspraxiques

Présentation du lieu de stage

Mon stage se déroule dans un centre de neuro-pédiatrie reconnu centre de diagnostic pour les troubles spécifiques des apprentissages. Ce centre est composé de plusieurs services. Je vais ici vous décrire le service sur lequel je suis présente un jour par semaine. Il s'agit d'un hôpital de jour qui accueille à la journée les enfants de sept à dix-huit ans ayant des troubles neuromusculaires (Infirmité motrice cérébrale, traumatisme crânien...) ou des troubles des apprentissages. Les enfants viennent une à deux fois par semaine en demi-journée ou en journée complète en fonction de leurs besoins.

Ils sont d'abord accueillis dans un espace de jeu, géré par des éducateurs. Cet espace permet aux enfants de jouer lorsqu'ils n'ont pas de prises en charge. Les enfants voient les différents thérapeutes pour lesquels ils ont des prescriptions médicales, certains vont à l'école du centre. Celle-ci leur permet d'avoir un cours avec une enseignante spécialisée qui rapporte au médecin l'évolution scolaire de l'enfant. Plusieurs professions sont présentes dans le service. Le médecin, la neuropsychologue, la psychomotricienne, l'orthophoniste, la psychologue voient les enfants dans des bureaux individuels. Les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les professeurs d'activités physiques adaptées travaillent dans des lieux respectivement communs. Les enfants ont des séances d'environ une demie heure- trois quart d'heure. En raison du nombre de demandes et du manque de disponibilité, la psychomotricienne et moi-même ne voyons les enfants, en psychomotricité, qu'une demi-heure par semaine. Ceci est très court et nous oblige souvent à arrêter un travail pour le reprendre la semaine qui suit. Le travail, en psychomotricité, porte surtout sur le schéma corporel, l'organisation temporo-spatiale et la motricité globale, l'ergothérapeute s'occupant de la motricité fine.

Des synthèses ont lieu toutes les semaines. Tous les thérapeutes actifs dans la prise en charge des enfants dont il est question se réunissent afin de faire le point en collégialité. Ces réunions permettent aux professionnels de poser des questions, d'émettre leurs hypothèses et d'expliquer où ils en sont avec l'enfant. Il peut être question des résultats des différents bilans pour que le médecin pose un diagnostic ; l'orientation peut aussi être discutée. L'enfant reste-t-il dans un cursus scolaire normal avec ou sans AVS, passe-t-il

en CLIS (classe pour l'inclusion scolaire), en IME (institut médico-éducatif)? Il est également débattu de l'intérêt des prises en charge, celles-ci pouvant être débutées, poursuivies, réadaptées ou arrêtées.

Présentation des enfants

1- Présentation d'Antoine

Antoine, treize ans, est le deuxième d'une fratrie de trois enfants. Sa morphologie me marque au premier regard : il est très grand, les épaules sont en antépulsion et son regard est souvent baissé. Cette attitude générale donne la sensation d'un adolescent renfermé sur lui-même. Son style vestimentaire est assez atypique. Il s'habille avec les anciens vêtements de son aîné qui sont souvent trop petits pour lui. Ces habits et sa posture renvoient l'image d'un adolescent mal à l'aise dans sa peau qui ne sait pas comment utiliser et habiller son corps. Il est décrit par son entourage comme réservé, en retrait et prenant peu d'initiatives.

Antoine est en cinquième et a redoublé sa classe de CM2 suite à ses difficultés en mathématiques (résolution de problèmes et géométrie), en raisonnement et en lecture. Il semble compliqué, pour Antoine, de mettre par écrit ce qu'il a compris. Une lenteur et une fatigabilité sont notables. Les résultats sont fluctuants.

Antoine ne pratique plus de sport en dehors de l'école. Il a auparavant pris des cours de natation pendant deux ans mais avait des difficultés pour dissocier les membres supérieurs et inférieurs.

- Les bilans et le diagnostic

Le bilan neuropsychologique révèle des résultats hétérogènes avec une dissociation de 22 points entre les indices verbaux et les indices perceptifs, au profit de la sphère perceptive. Néanmoins, on constate une performance faible dans les praxies visuo-constructives semblant être pénalisées par une lenteur. Il est à noter que la performance au niveau de l'indice verbal peut être biaisée par les difficultés d'élocution, un vocabulaire déficitaire, un manque de spontanéité et des difficultés à exprimer ses idées. Le bilan

neuropsychologique montre aussi une attention auditive satisfaisante sur des tâches simples, mais sur les tâches complexes, Antoine a besoin de plus de temps. Les capacités de flexibilité mentale et d'inhibition semblent efficaces. La planification paraît fonctionnelle mais le temps de latence est parfois long. Enfin, ce bilan montre une faiblesse de la mémoire immédiate et un déficit de la mémoire de travail. La neuropsychologue conclut que les troubles langagiers sont au premier plan, mais couplés à des difficultés d'ordre praxique.

Le bilan psychomoteur¹ met en avant un trouble du schéma corporel, une fragilité des repères exocentrés et de la réversibilité, des difficultés de structuration spatiale de coordination, de dissociation d'équilibre et une mauvaise régulation tonique.

Antoine est diagnostiqué en Novembre 2012 « troubles intégrants des coordinations et des praxies avec une dysgraphie sévère. » Depuis, il est suivi en psychomotricité à raison d'une demi-heure par semaine.

2- Présentation d'Ewen

Ewen, treize ans, est le cadet d'une fratrie de quatre enfants. Durant l'entretien d'anamnèse la mère explique, devant son fils, que la grossesse n'a pas été souhaitée et qu'elle a mis du temps pour l'accepter. Son père, commercial, est souvent absent, madame est mère au foyer.

Le parcours scolaire d'Ewen est difficile : il redouble son CE2. Il est actuellement scolarisé en sixième et est suivi par un SESSAD (service d'éducation spécialisée et de soin à domicile). Il rencontre, une fois par semaine, une psychologue et un éducateur ; en effet, Ewen présente des troubles du comportement. Il a un passé difficile avec ses camarades mais aussi avec ses professeurs.

Ewen a pratiqué la boxe française et le hand-ball. Il ne réussit pas à se faire une place dans l'équipe et se sent exclu : « personne ne me faisait de passes ». Pour ces raisons, il arrête le sport. Cela lui manque aujourd'hui, il aimerait trouver un sport qui le canalise.

¹ Cf Annexe B, p VI à VIII

Le développement psychomoteur de base se déroule dans les normes et sans soucis particuliers. Lors de son entrée en CE2, des difficultés sont repérées sur le plan graphique. L'apprentissage du vélo est long et laborieux. Face à ces gênes, Ewen est en souffrance, ce qui pourrait peut-être expliquer ces troubles du comportement.

- Les bilans et le diagnostic

Un Wisc IV est réalisé en 2010. Il est coté à 17 points de dissociation entre l'indice de raisonnement perceptif et l'indice de compréhension verbale en faveur de ce dernier. Le psychologue note des difficultés à se repérer dans l'espace, des tentatives au test des cubes par essais-erreurs et sans logique. Ewen a des gestes lents et maladroits.

Le bilan psychomoteur¹ dévoile des troubles visuo-spatiaux et visuo-constructifs, une fatigabilité attentionnelle ainsi que des difficultés comportementales réactionnelles. Sur le plan moteur, une lenteur d'exécution motrice retentit sur ses manipulations et l'écriture. Des troubles du schéma corporel, une latéralité non homogène, un équilibre instable et une réversibilité non acquises sont repérables chez Ewen.

Il est diagnostiqué en juillet 2013 : « troubles sévères des apprentissages à type de dyspraxie ». Ewen est suivi en psychomotricité depuis septembre 2013. Nous le voyons en binôme avec Charles onze ans diagnostiqué dysexécutif. Les séances ont lieu à une fréquence d'une demi-heure par semaine.

3- Présentation d'Agnès

Agnès, onze ans, est l'aînée d'une fratrie de trois enfants. Ses parents la décrivent comme une enfant inquiète, qui demande beaucoup d'attention et se réfugie fréquemment dans l'imaginaire. Agnès a marché à dix-sept mois, sans passer par la locomotion du quatre pattes. Elle présente des difficultés motrices importantes aussi bien en motricité globale qu'en motricité fine.

Au niveau scolaire, dès la maternelle, Agnès n'aime pas agir sous le regard de l'autre, elle participe peu aux activités de groupe. Un retard

¹ Cf Annexe C, p IX à XI

grapho-moteur est noté. En classe préparatoire (CP), ce retard s'accroît, Agnès a une prise semi-palmaire. Elle semble en retrait et angoissée. N'arrive-t-elle pas à exprimer son mal être autrement que par son comportement inhibé ? Lors du CP, Agnès voit une psychomotricienne en centre médico psychologique (CMP). Pour la première fois, cette dernière évoque des « difficultés de l'ordre de la dyspraxie ». En CE1, la famille décide de suivre une thérapie familiale. L'école voit alors une enfant plus ouverte à l'adulte et plus dans la communication avec ses camarades. Agnès met en mots plus aisément ses craintes et les surmonte plus facilement. L'été entre le CE1 et le CE2 est mouvementé pour la famille. Agnès est très angoissée et présente des troubles alimentaires : refus de se nourrir, phobie de vomir. Elle réussit à dépasser ses angoisses grâce à la thérapie. Le CE2 est très difficile pour Agnès, le rythme est trop soutenu pour elle. La maîtresse décrit un repérage dans l'espace compliqué. Le graphisme est laborieux, l'écriture n'est pas automatisée, la reproduction de modèle est quasi impossible. Elle est en grande souffrance lors de cette année, elle prend conscience de ses difficultés : selon sa maîtresse, « elle est dans la honte et dans la peur » face à ses productions graphiques. Son redoublement du CE2 lui est bénéfique : il lui a permis d'avoir plus de temps pour acquérir certains automatismes. Agnès écrit désormais avec une pince tridigitale classique son écriture est lente mais lisible. Aujourd'hui Agnès est en CM1, elle présente encore des difficultés d'organisation spatiale, de coordination oculo-manuelle, de coordination globale et d'anticipation mentale entraînant des difficultés à agir sur son environnement.

Dans sa famille, Agnès a du mal à trouver sa place au sein de sa fratrie. Elle est soit dans le retrait soit dans l'opposition. Ses frères et sœurs comprennent son handicap, mais trouvent cela injuste. Agnès progresse dans son autonomie, pour l'habillement ou l'hygiène de vie mais a encore besoin d'aide. Elle met parfois un vêtement à l'envers et a des difficultés pour boutonner son pantalon.

Dans ses loisirs, Agnès n'a jamais su tenir en équilibre sur une bicyclette, elle ne s'est jamais intéressée aux jeux de construction. Elle a fait de la natation pendant trois ans et parvient à nager la brasse mais n'accède pas aux autres nages. Actuellement elle est dans une classe de musique. Elle pratique la flûte, le chant et semble aimer ces activités.

- Les bilans et le diagnostic

Le WISC III, réalisé par la neuropsychologue révèle une discordance de 27 points entre les échelles verbale (98) et de performance (61). Les épreuves manipulatoires mettent en évidence des difficultés de balayage du regard et une maladresse psychomotrice. Agnès « sait ce qu'il faut faire mais elle ne peut pas l'exécuter ». La coordination oculo-manuelle est déficiente et les tâches demandant cette fonction paniquent Agnès. Le bilan repère également une difficulté à comprendre et à organiser l'espace.

Le bilan psychomoteur¹ montre un schéma corporel mal intégré, des difficultés d'organisation et de structuration spatiale, des troubles d'organisation praxique ainsi que des difficultés de coordination et de dissociation.

Agnès est diagnostiquée « troubles des apprentissages d'ordre dyspraxique ». Elle est suivie en psychomotricité, à l'hôpital de jour, une demi-heure par semaine depuis Janvier 2014.

Les diagnostics pour ces trois jeunes ont été posés tardivement et sont évoqués de troubles « de type » ou « d'ordre » dyspraxiques mais jamais directement. Associé à la cause méconnue de ce handicap, cela pourrait expliquer la difficulté à définir ou parler clairement de leurs difficultés.²

Quelles sont les difficultés repérables en psychomotricité ? Comment peut-on aider ces enfants à les compenser ?

Handicap touchant le corps dans sa fonctionnalité psychomotrice

Les obstacles invisibles qui emplissent les chemins gestuels de l'enfant dyspraxique empêchent ce dernier de connaître, de représenter et d'investir

¹ Cf Annexe D, p XII à XV

² Cf « vécu des enfants dyspraxiques et de leur entourage » p 17

son corps. Maurice Berger pose l'hypothèse que l' « on apprend en grande partie avec son corps. La manière dont il est touché, la curiosité dont il est l'objet, les actes qu'on le laisse accomplir, les rythmes qu'on lui propose et le fond émotionnel et matériel sur lequel se déroulent ces expériences organisent la pensée dès la naissance. »¹ Mais lorsque ce corps nous surprend, ne répond pas aux commandes qui lui sont envoyées, comment se l'approprier et apprendre à maîtriser l'environnement grâce à lui ? Les enfants dyspraxiques n'ont pas de repère invariant, la réussite gestuelle est hétérogène. Au travers de ces différentes vignettes cliniques, je vais exposer les différents troubles psychomoteurs que j'ai pu observer.

1- Les troubles du schéma corporel

- Antoine et sa représentation du corps

Je vais ici parler d'un travail effectué avec Antoine² qui se déroule sur plusieurs séances. Pour débiter, nous explorons les différentes articulations du corps. Celles-ci représentent les points de jonction des différents segments de notre corps, les connaître permet d'avoir une représentation unifiée de soi. De plus, ressentir les différents sens de mouvement des articulations, favorise une organisation corporelle ajustée. Pour cette exploration, nous utilisons différentes modalités perceptives : le toucher, la proprioception, la kinesthésie et le visuel. Je propose à Antoine de nommer les articulations et de montrer les mouvements possibles avec chacune d'elles. Pour rendre cet exercice ludique, je le nomme coach sportif, nous suivons son échauffement. Lors de celui-ci, Antoine rit, cache sa tête dans les épaules. Serait-ce une réaction de prudence ? Cette attitude évoquerait-elle son embarras lorsqu'il s'agit d'organiser son corps ? Ou est-ce le regard que nous portons sur lui qui le déstabilise ? La première fois, la psychomotricienne et moi-même l'aidons. Chacun notre tour, nous nommons une articulation et un mouvement associé. Pour Antoine cela ressemble à un apprentissage, il reste très concentré et assimile. Au fur et à mesure des séances, il est beaucoup plus à l'aise et nécessite moins d'aide. Néanmoins, lorsqu'il nous « coache », cela me donne l'impression qu'il récite une leçon. Il ponctue souvent l'entraînement par des

¹ Berger M (2004), p1

² Cf « présentation d'Antoine » p 26

« ah oui, c'est vrai !, on peut faire ça ». La répétition vise à imprégner les mouvements et à les automatiser.

Afin de l'aider à mieux se représenter son squelette, je lui propose un puzzle. Ce dernier représente le corps humain, cinq couches se superposent : le corps habillé puis nu, les muscles, les organes et enfin le squelette. Nous visualisons toutes les articulations sur le squelette, je lui en montre une, il me la pointe sur lui et la nomme. Pour Antoine, ceci est compliqué : il ne transpose pas de façon précise, le squelette qu'il voit sur son propre corps. Je me suis alors demandée : quelle représentation Antoine a-t-il de son corps ? Apprend-il les différentes parties de son corps comme une cartographie ou ressent-il sur lui l'articulation concernée ? Ce questionnement m'amène à une réflexion plus large : comment Antoine investit-il son corps ?

Nous poursuivons l'exploration des différentes parties du corps grâce au puzzle et aux mouvements, nous complétons la représentation en ressentant les muscles de notre corps. Ainsi nous énumérons, contractons, étirons et visualisons sur le puzzle les différentes musculatures constituant notre corps. Antoine réussit désormais à mieux organiser sa motricité globale. Il se montre plus habile et stable sur ses appuis dans le mouvement. Il paraît de plus en plus à l'aise avec son corps. Au-delà de prendre possession de son corps, Antoine semble prendre plaisir à habiter et investir ce corps d'une autre manière : dans les jeux sportifs (basket par exemple), Antoine s'organise mieux et oriente ces gestes de façon plus coordonnée. Jouer en mouvements devient source de plaisir.

Nous avons tenté d'affiner la représentation corporelle d'Antoine. En effet, ses dessins sont relativement primaires, et sont souvent une juxtaposition de carrés, rectangles ou de ronds¹. Lors d'une séance, je propose à Antoine de se dessiner. Je lui passe ensuite une balle à picots sur tout le corps. Il se concentre ferme les yeux, nomme les différentes parties où je passe. Puis il se redessine². Ses deux productions sont similaires : a-t-il ressenti les messages tactiles au passage de la balle ? Antoine a des difficultés pour représenter les volumes du corps, ses deux représentations sont relativement filiformes ; Ses bras sont aussi larges que son buste, lui-même

¹ Cf Annexe E, p XVI

² Cf Annexe F, p XVII

plus long que ses jambes. Lors de cet exercice, il semblerait qu'il n'ait pas réussi à mettre à profit les sensations de volume données par la balle à picots. Les proportions du corps semblent difficilement percevables pour Antoine. Je me questionne sur sa capacité de proprioception; est-elle suffisamment fine afin d'avoir une représentation de soi adaptée?

Je propose ensuite à Antoine de dessiner les contours de ma silhouette sur le grand miroir de la salle. Cette technique permet d'utiliser un autre canal sensoriel : le visuel. Antoine a ainsi mieux perçu les volumes du corps. Il a pu dessiner, sur papier, un bonhomme plus proportionné en s'appuyant visuellement sur la silhouette dessinée sur le miroir¹.

Tous ces exercices permettent à Antoine de mieux appréhender son schéma corporel. En ayant une meilleure connaissance et organisation corporelle, Antoine pourra plus facilement appréhender ses gestes et ainsi agir sur l'environnement moins maladroitement.

- **Le schéma corporel chez les enfants dyspraxiques**

Ajuriaguerra (1970) définit le schéma corporel : « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, 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. » Les troubles du schéma corporel chez les enfants dyspraxiques seraient-ils conséquents d'un défaut d'intégration sensorielle ? Elle semble pourtant indispensable, selon Ajuriaguerra, à la construction du schéma corporel : « C'est par la perception et l'action que le corps ressenti comme entité globale devient un tout divisible en parties qui appartiennent à cette totalité. Il devient le centre de réalisation qu'il peut accomplir avec ses composantes indépendantes, objet parmi les objets mais centre de réalisations personnelles. Par rapport au monde extérieur il est celui qui réalise et celui qui reçoit, celui qui œuvre et qui manipule. »²

¹ Cf Annexe, p XVIII

² De Ajuriaguera J et al. (2009), p168

Il semblerait qu'un défaut d'intégration sensorielle et de perception empêche Antoine d'intégrer une représentation de lui cohérente et proportionnelle. De plus, le schéma corporel se construit grâce à nos expériences perceptives et motrices. Les enfants dyspraxiques présentant une fluctuance dans leur gestualité présenteraient un schéma-corporel mal intégré. L'enfant dyspraxique serait-il alors pris dans un cercle vicieux : la maladresse empêcherait le schéma corporel de s'ancrer ; lui-même mal intégré, accentuerait cette maladresse.

L'étude menée par C Seuru Dufour (2011) montre « certaines difficultés chez le sujet jeune adolescent dyspraxique à faire des liens entre ses ressentis, ses perceptions, l'expression et la symbolisation d'une certaine unité corporelle harmonieuse »¹. Nous retrouvons là, la difficulté que présente Antoine lorsqu'il ne fait pas appel aux souvenirs des sensations du passage de la balle pour ensuite dessiner sa silhouette. J Berges² parle d'un « flou [qui] caractérise la représentation des limites et des rapports concernant les différentes parties du corps. » Bergès pointerait-il ici les difficultés, pour Antoine, à se représenter un corps proportionnel ? Le flou des limites corporelles entraînerait, chez les enfants dyspraxiques, des troubles pour identifier les dimensions spatiales du corps.

Néanmoins, le schéma corporel ne se définit pas que par l'illustration dimensionnée d'un corps. Il s'agit également de localiser les stimulations sur son corps. Les enfants que je côtoie en stage, eux, sont capables de déterminer l'endroit sollicité. Ils situent très bien la balle mais manquent parfois de vocabulaire pour désigner les parties du corps. C Seuru Dufour relève dans son étude de meilleurs scores en indiquant sur soi qu'en nommant les parties du corps. Ces enfants ne présenteraient donc pas de troubles de la somatognosie puisqu'ils ont la capacité de reconnaître les différentes parties du corps. Le déficit relèverait plutôt d'un manque de vocabulaire corporel.

Je me demande alors si nous pouvons réellement parler de troubles du schéma corporel lorsque seulement certaines modalités de celui-ci sont touchées ? Je relève des troubles de la représentation des limites corporelles associées à une complexité de perception proportionnée. Le schéma corporel

¹ Seuru Dufour C (2011),

² Weissman-Arcache C (2010), p4

assure également une référence constante dans nos relations avec l'espace, le temps et l'environnement. La représentation « floue » du corps restreindrait la référence stable indispensable pour ressentir un tout cohérent. L'instabilité de cette image pourrait alors être angoissante et entraîner des troubles du comportement. Je répondrai à cette hypothèse dans la deuxième partie.

2- L'organisation spatiale

L'organisation corporelle permet l'organisation de ses déplacements et de ses actions dans l'espace. Catherine Weissman-Arcache¹ rappelle que « c'est à partir de notre corps et de ses axes verticaux et horizontaux que nous organisons le monde, nos représentations et nos actions. » Lorsque l'organisation du schéma corporel n'est pas totalement fonctionnelle il paraît difficile de s'organiser spatialement.

- Antoine : « du sol à la feuille, de la feuille au sol »

Je demande à Antoine de placer des plots, comme il le souhaite, dans le grand rectangle bleu scotché sur le sol de la salle de psychomotricité. Je lui propose ensuite de dessiner sur une feuille le rectangle et les plots. Je retrouve à ce moment-là des difficultés au niveau des proportions. Le rectangle n'est pas assez long ; les plots sont bien positionnés mais pas aux bonnes distances. Nous reprenons cela ensemble et élaborons des stratégies. Nous comparons les distances entre elles : quelle distance est la plus grande ? Celle-ci est deux fois plus grande que celle-là... Ce raisonnement, normalement automatique, Antoine doit le mettre en mot pour structurer ses perceptions et ainsi retranscrire avec précision la disposition des plots du sol sur la feuille.

La séance suivante, nous reprenons la feuille où il avait dessiné les plots et je demande à Antoine de les replacer au même endroit dans la salle. Antoine, concentré, pose les plots un à un et sans erreur. Lorsque je lui demande comment il a fait, il me répond avoir repris la stratégie de la dernière fois en comparant les distances entre chaque plot.

Puis, je dessine un trajet sur la feuille qu'il doit reproduire dans l'espace. Antoine repère les plots par où il faut passer mais ne respecte pas la

¹ *ibid*

trajectoire dessinée (courbe, ligne). Mettre en place une stratégie semble compliqué pour lui : « J'ai regardé et je suis allé de là à là. » Je lui propose alors de repérer les formes géométriques que dessine le trajet sur la feuille : un triangle, un demi-cercle... Comme pour le précédent exercice, l'appui verbal permet à Antoine de mieux réussir.

Pour finir, je propose à Antoine de dessiner un trajet sur la feuille. Il doit ensuite me guider pour que j'effectue ce parcours le plus précisément possible. Il m'indique le chemin en me donnant le nombre de pas à faire et les demis ou quarts de tours à effectuer vers la droite ou la gauche. Pour Antoine, cet exercice est compliqué, il est tenté de me dire « va vers le plot bleu ». Je lui demande alors d'imaginer que j'ai les yeux fermés et lui rappelle qu'il ne peut utiliser que les termes spatiaux. A force de répétition, Antoine gagne en précision et fait de moins en moins d'erreurs.

Nous reprenons ces exercices sur plusieurs séances discontinues. Antoine intègre les stratégies et réussit mieux et plus rapidement à exécuter les différents exercices. Aujourd'hui il peut se repérer dans l'espace et parvient à transposer ce repérage à d'autres situations.

- **L'espace et les enfants dyspraxiques**

L'organisation spatiale se définit à différents niveaux : la connaissance des notions spatiales, l'orientation et la structuration spatiale.

La connaissance des notions spatiales se développe d'abord par rapport au « MOI »¹. Elles sont ensuite appliquées aux objets mais toujours en se rapportant à l'enfant. Puis elles se détachent du moi pour être appliquées aux objets. On parle alors de référence spatiale égo-centrée puis exo-centrée. L'espace se situe à deux niveaux :

- « L'espace est **DANS** les objets : formes, dimensions ;
- L'espace est **ENTRE** les objets : proximité, éloignement, superposition, inclusion. »²

¹ Carric J.C. (1998), p 115

² *ibid*

L'enfant dyspraxique perçoit les rapports à l'espace et est capable de s'orienter sur un référentiel égocentré. Néanmoins, comme nous le montre Antoine, le référentiel exocentré s'élabore plus tardivement. Tous les enfants que je vois en stage présentent des difficultés pour se repérer par rapport à un référentiel autre que leur propre corps. Les exercices où Antoine doit retranscrire les plots sur la feuille, ou bien, me guider, le montrent. Antoine a besoin de réflexion pour ne pas se tromper. C Weissman-Arcache évoque « le sujet dyspraxique se trouve confronté à la nécessité de modifier ses perceptions en les transférant d'un registre sensoriel à un autre : du spatiovisuel au verbal ou du concret à l'abstrait. »¹ C'est bien ici la stratégie de transmodalité, que nous avons tenté de mettre en place avec Antoine, qui est décrite.

L'orientation spatiale est « la possibilité de reconnaître un lieu, de le situer dans l'espace, de se situer soi-même en rapport avec ce point de repère ». ² Elle permettrait donc, pour le sujet, de se positionner dans l'espace et d'agir dessus. C Weissman Arcache (2010) parle de l'imprécision du geste n'atteignant pas sa cible chez l'enfant dyspraxique, « il se cogne fréquemment ne semblant pas disposer de ce radar invisible que constitue l'environnement corporel, il n'évalue pas les distances à partir de sa propre place dans l'univers. » Cet auteur perçoit un trouble de l'orientation égocentrée où l'enfant ne se repèrerait pas dans son environnement. Les enfants vus en stage présentent ces difficultés surtout lorsqu'il y a un facteur de vitesse. Je pense par exemple au jeu de Badminton où les enfants dyspraxiques ont du mal à anticiper dans leur posture la réception et le renvoi du volant (ou du ballon de baudruche). Mais lorsqu'il s'agit de s'orienter dans l'environnement à leur vitesse, ils ne montrent pas de difficulté particulière. Antoine est capable d'aller d'un plot à un autre dans le bon ordre.

La structuration spatiale est « la possibilité de reconnaître et de réaliser des ensembles organisés, de partager l'espace, de le diviser en différentes parties. Cela implique un effort de synthèse. »³ La structuration spatiale est souvent complexe pour les enfants dyspraxiques. Antoine nous le démontre lorsqu'il doit reproduire la disposition des plots sur la feuille. Il doit

¹ C Weissman-Arcache (2010), p6

² Carric JC (1998), p 115

³ *Ibid*, p 116

se représenter l'espace du rectangle bleu, synthétiser ses perceptions, organiser l'espace de la feuille et le structurer : Ceci afin de retranscrire avec précision l'espace du sol, sur l'espace de la feuille. Je perçois également cette difficulté lorsqu'il doit me guider. Projeter son propre référentiel sur le mien afin de me diriger dans la bonne direction et sur la bonne distance n'est pas évident.

Les enfants dyspraxiques mettraient plus de temps à acquérir la structuration spatiale. La synthèse et la projection de leur référentiel demanderaient plus d'efforts pour eux. L'adaptation spatiale nécessitant une capacité de structuration et d'orientation, serait déficitaire. Ainsi pourraient s'expliquer les difficultés à s'accommoder aux lignes du cahier, d'organisation des outils scolaires sur la table, de structuration d'une page de manuel...

3- La motricité globale

« La motricité globale comprend l'ensemble des gestes moteurs qui assure l'aisance globale du corps sans rechercher le raffinement d'un geste précis. [...] La motricité globale comprend : l'équilibre statique, l'équilibre dynamique, la dissociation et la coordination. »¹

Je n'ai pas observé chez les enfants dyspraxiques de trouble de l'équilibre statique. Pour travailler l'équilibre dynamique, la dissociation et la coordination, mon maître de stage utilise des jeux sportifs comme le basket, le foot, le Badminton...

- Antoine et le Badminton

Lors d'une séance, Antoine demande à jouer au Badminton. Nous prenons le ballon de baudruche pour commencer. Au départ, Antoine reste figé sur place, il n'anticipe pas l'arrivée du ballon, ne s'oriente pas spatialement et n'adapte pas sa posture. Lorsqu'il touche le ballon, la trajectoire de ce dernier est fluctuante et est rarement dirigée vers moi du premier coup. Antoine tape plusieurs fois dans le ballon, sans être précis, ses mouvements paraissent désorganisés. Il parviendra même à se retrouver sur les genoux à cause de la précipitation de son corps.

¹ *ibid*, p 105

Nous travaillons tout d'abord l'anticipation en préparant notre posture : les pieds ancrés au sol, genoux pliés, prêts à se déplacer dans l'espace pour réceptionner le ballon. Ainsi, bien stable sur ses appuis et avec une régulation tonique adaptée, Antoine trouve un équilibre moins précaire. Il s'applique davantage, prend le temps d'observer la trajectoire du ballon et de se positionner avant de taper dedans.

Nous nous concentrons ensuite, sur l'orientation de la raquette. Ceci pour qu'Antoine puisse envoyer le ballon là où il le souhaite. Nous avons affiné la préhension de la raquette et les mouvements des articulations du bras afin d'orienter la raquette dans toutes les directions souhaitées.

L'échange de ballon nécessite de coordonner les mouvements des membres inférieurs (pour se déplacer) et du membre supérieur tenant la raquette pour renvoyer le ballon.

La séance suivante, Antoine réussit du premier coup à trouver le bon ajustement tonique, l'équilibre, et à organiser son geste pour faire des échanges de ballon de baudruche avec la raquette. Nous tentons alors de jouer au badminton avec le volant. Les échanges sont plus rapides. Antoine reste stable sur ses appuis, mais se désorganise dans ses mouvements. Il se précipite de nouveau sur le volant et n'oriente pas la raquette correctement.

A force de plusieurs échanges, en lui indiquant de prendre son temps, d'anticiper et de respirer, Antoine finit par faire plusieurs échanges avec le volant.

- **La motricité globale chez les enfants dyspraxiques**

Caroline Huron¹ évoque le déficit du contrôle postural chez les enfants dyspraxiques. Il se caractérise par une hypotonie globale ou axiale ou une hypertonie axiale. Cette régulation tonique particulière amènerait les enfants dyspraxiques « à adopter une démarche particulière : pas plus petits, marche sur la pointe des pieds, pieds posés à plat, abaissement du centre de gravité, asymétrie prononcée, flexion des hanches excessive, mouvements

¹ Huron C (2011)

saccadés... »¹ afin de maintenir l'équilibre. Serait-ce à cause d'une régulation tonique inadaptée qu'Antoine a perdu son équilibre et est tombé sur les genoux ? Le travail d'ancrage et d'appuis au sol lui a, semble-t-il, permis de trouver l'ajustement tonique lui permettant une précision dans ses gestes.

Les sports de raquettes nécessitent une dissociation segmentaire. Celle-ci se définit par une autonomie de mouvements d'une partie du corps par rapport au reste du corps. Ici, les membres inférieurs sont dissociés des membres supérieurs. Les jambes assurent le déplacement et se coordonnent entre elles afin d'avancer ou de reculer. Le bras acteur (portant la raquette) assure la réception et le renvoi du volant tandis que l'autre bras joue un rôle de balancier facilitant le maintien de l'équilibre.

Ces sports font également appel à la coordination. « La coordination est cette possibilité d'associer, de façon cohérente les participations toniques de différents muscles en vue de la réalisation d'un mouvement global organisé. Elles intègrent toutes les nuances des états musculaires et le mouvement est un jeu subtil de contractions, relâchements, étirements, dans leurs versants dynamiques comme postural, de façon locale ou globale. »² Le résultat de l'enchaînement de ces coordinations est l'impact sur l'environnement. Ici, l'impact se traduit par la trajectoire donnée au volant dans le renvoi. Antoine nous montre des problèmes de coordination. La difficulté se trouve peut-être dans toutes ces nuances toniques mises en jeu lors d'un mouvement aussi précis. Le travail dissocié : d'abord l'équilibre et le placement du corps, puis la direction de la raquette a permis à Antoine d'intégrer les mouvements de chaque partie du corps avant de les coordonner.

Agnès Servant-laval et Suzanne Robert-Ouvray nous précisent que « la coordination est le fruit d'un apprentissage qui intègre la sensorialité et se déroule dans la rencontre avec l'environnement. [...] sur un plan qualitatif, leur ajustement dépend des facteurs toniques, le tonus étant lui-même régulateur de rythme et d'espace. » Comme nous l'avons vu précédemment, les enfants dyspraxiques présenteraient des difficultés d'intégration sensorielle : les complexités de coordination des mouvements pourraient

¹ *Ibid* p 21

² Robert-Ouvray S, Servant-Laval A (2011), p 164

s'expliquer ainsi. L'enfant dyspraxique, plus lent dans l'intégration sensorielle, mettrait plus de temps dans l'apprentissage de mouvements coordonnés. Le travail qu'Antoine a effectué sur ses appuis n'est-il pas un travail d'intégration sensorielle ? Prendre le temps d'intégrer les sensations des appuis de la voûte plantaire, de la régulation tonique de chaque membre, de la proprioception, permet peut-être à Antoine de faire l'analyse de sa posture et de son ajustement tonique. Ce dernier permettant, selon les auteurs cités précédemment, un aspect qualitatif du mouvement dans son rythme et son déplacement spatial.

4- Difficultés constructives

Afin d'illustrer les difficultés constructives, je vais exposer un exercice réalisé avec Ewen¹.

- Ewen et les constructions magnétiques

Un jour nous proposons à Ewen de faire des constructions avec les Géomag (jeu de construction magnétique). Je lui donne pour consigne de réaliser la construction la plus haute qu'il puisse, de la manière qu'il préfère. Ewen nous regarde avec des grands yeux, il observe les pièces et ne sait pas du tout comment les aménager les unes par rapport aux autres. Il commence une construction qui se détruit rapidement. Il n'organise pas sa construction : une base trop petite, il empile les pièces les unes sur les autres sans logique, continue de monter les étages avant de consolider ceux du dessous.

Je me mets à faire ma propre tour, il regarde et tente de reprendre ma technique. Avec le support visuel, Ewen ne réussit pas à reproduire la stratégie qu'il voit. La psychomotricienne l'aide : elle élabore avec lui une stratégie pour construire une base solide et l'aide ensuite à monter les étages en maintenant la tour au fur et à mesure. Grâce à l'étayage, Ewen réussit à monter la construction. Néanmoins, lorsque la psychomotricienne le laisse finir seul, la tour tombe rapidement.

¹ Cf « présentation d'Ewen » p27

- Les difficultés constructives chez les enfants dyspraxiques

Comme nous l'avons vu dans la première partie, la dyspraxie constructive peut constituer une entité. Tous les enfants dyspraxiques ne présentent pas ce trouble. Elle peut être isolée ou associée à d'autres formes de dyspraxie.

Selon J de Ajuriaguerra, l'« Apraxie constructive » est à associer à « l'apracto-gnosie somato-spatiale caractérisée par une désorganisation conjointe du « schéma corporel » et de l'espace »¹. On discerne donc ici que les troubles du schéma corporel et de l'organisation spatiale (décrits précédemment) seraient à l'origine des difficultés constructives. Rappelons-nous, nous nous orientons dans l'espace grâce à nos propres axes horizontaux et verticaux. Aussi, c'est grâce à l'organisation de notre corps autour de nos axes que nous tenons en équilibre. Ewen n'aurait peut-être pas intégré suffisamment ses axes afin de les projeter sur l'espace de sa tour.

S Korff-Sausse² utilise la métaphore d'un enfant qui n'aurait pas les bons outils pour agir de façon adaptée sur le monde. Ici, Ewen voit et comprend ce qu'il faut faire mais il n'a pas la technique nécessaire pour réaliser sa construction. Il voit mais ne peut peut-être pas se servir de sa perception visuelle de manière fiable.

Même en s'appuyant sur mon modèle, Ewen ne parvient pas à organiser sa tour. Existents-ils alors des problèmes visuo-constructifs ? Une difficulté à organiser et orienter son regard ? Ce trouble relèverait alors plus de l'orthoptie.

5- La motricité fine

Dans l'établissement où je suis en stage, ce sont les ergothérapeutes qui travaillent la motricité fine avec les enfants. Le psychomotricien peut toutefois travailler sur ce point indirectement et en complément de l'ergothérapie. La prise de conscience des mains est possible par de la relaxation segmentaire, par le passage de balles sur les contours de la paume et des mains, ou encore par des exercices kinesthésiques les yeux fermés.

¹ De Ajuriaguerra J et al. (2009), P148

² Korff-Sausse S (2007)

Les troubles de la motricité fine sont très fréquents chez les enfants dyspraxiques. Ils ont des répercussions sur les activités manuelles, le graphisme et l'écriture des enfants. Ces derniers sont souvent dans l'évitement des activités de motricité fine et sont rarement satisfaits de leur production.

6- Une origine? ... l'intégration sensorielle ?

Les troubles du schéma corporel, de l'organisation spatiale et de la motricité globale font tous appel à un désordre d'intégration sensorielle. Celui-ci se définit par une « difficulté voire incapacité à interpréter et à organiser efficacement les informations captées par les sens. Incapacités à organiser ses sens pour orienter son action. »¹ L'organisation des sens serait mise à mal dans la dyspraxie et impacterait sur l'organisation corporelle, spatiale et gestuelle. Mais peut-on réellement trouver une origine ? Tout ne serait-il pas intriqué ? Chaque fonctionnalité n'aurait-elle pas un impact sur les autres. J De Ajuriaguerra *et al* élaborent une réponse : « La sensori-motricité contribue à l'organisation de champs perceptivo-gnosiques, gnoso-constructifs et corporels. C'est grâce à elle que ces champs prennent une forme mais, en même temps, c'est dans leur développement que la psychomotricité prend sa forme. Il est ainsi évident que dans une organisation cohérente motricité, corps et espace sont consubstantiellement unis. »² On ne peut donc pas parler de compétences dissociables, chaque élément est inséparable des autres. Une défaillance dans un domaine entraîne des difficultés dans les autres.

7- Pour conclure

Les enfants dyspraxiques présentent des troubles qui nuisent à leur quotidien. Chaque enfant est différent, en effet les causes et leurs conséquences ne seront pas les mêmes pour tous les enfants dyspraxiques. Néanmoins, je me suis aperçue lors de ce stage, que ces enfants sont réceptifs aux rééducations et peuvent évoluer positivement. Antoine en est un bon exemple. Les apprentissages sont plus longs et laborieux mais une fois intégrés et automatisés ils sont acquis. Le plus dur pour eux reste de pouvoir transférer l'apprentissage d'une tâche sur une autre activité.

¹ Cours de seconde année de sémiologie psychomotrice, Renault-Dulong A, 2012/2013, non publié à ce jour.

² De Ajuriaguerra J et al. (2009), p 251

Néanmoins, les progrès étant parfois lents, certains enfants se sous-estiment avant d'essayer. Comment font-ils pour se construire une identité ?

Handicap atteignant la construction identitaire, fondement du « Moi »

Le « Moi » est un « terme psychanalytique désignant la personnalité de l'individu, dont il a conscience et qu'il affirme (par opposition au « ça » et à autrui). »¹ La dyspraxie, peut parfois atteindre le « Moi ». Au-delà de l'échec scolaire, elle se répercute sur « l'ensemble des processus de construction de la personnalité du jeune. »² En effet face aux difficultés et échecs répétés le risque permanent est l'humiliation devant les camarades. Les insultes de leur part peuvent être violentes : « t'es nul », « bébé », « gogol ». Elles peuvent fragiliser l'estime que l'enfant a de lui-même. Comment se construire une identité suffisamment solide pour faire face aux échecs et aux remarques ? Quels sont les moyens mis en place par les enfants dyspraxiques pour résister aux souffrances ?

1- Se construire une identité

« La construction de son identité, de son intelligence, de son narcissisme se fondent dans les premiers temps de la vie de l'enfant sur les interactions avec les parents, l'entourage proche et les objets environnants [...] dans cette relation avec l'extérieur, le médiateur privilégié reste le corps. »³ Comme évoqué dans la partie précédente, les enfants dyspraxiques présentent des troubles de la fonctionnalité corporelle. Sans ce médiateur, comment se développent les interactions qui forment la base de l'identité ?

¹ Carric JC (1998), p104

² Le Lostec C, Mazeau M (2010), p180

³ Seur-Dufour C (2011)

- Les interactions avec la famille

Les relations familiales sont parfois biaisées par le handicap. Selon M Berger les parents sont susceptibles de développer, face au handicap de leur enfant, deux types d'interactions : la surprotection et le déni.¹

Face aux difficultés de leur enfant, certains parents ne laissent pas agir le jeune. « Ils ressentent le besoin de lui procurer plus d'aide et d'amour. [...] Ce réflexe de surprotection s'apparente bien évidemment à celui de réparation, qui est naturel chez l'être humain. »² Cette surprotection soulève deux conséquences en lien avec la construction de l'identité :

- La première concerne la sensation d'étouffement de l'enfant. Enfermé dans cette protection, l'enfant ne peut bénéficier de l'espace de liberté qui lui est indispensable pour murir, devenir autonome et se forger sa personnalité. L'enfant dyspraxique, pour qui toute activité praxique pousse les parents à faire à sa place, n'est pas toujours en mesure de trouver des stratégies pour agir seul, devenir autonome et se construire en tant que sujet. Il peut être inclus dans une fusion à l'autre et met plus de temps à s'individualiser.

- La deuxième concerne la place que cet enfant prend dans sa fratrie. Comme nous l'avons vu avec les questionnaires, l'enfant en difficulté qui accapare (souvent malgré lui) l'attention des parents, peut parfois faire souffrir ses frères et sœurs. Ces derniers ont le sentiment d'être moins importants par rapport à leur frère ou sœur. La fonction des parents est alors d'aider l'enfant dyspraxique à « établir des rapports d'égalité avec ses proches, afin de le préparer à sortir du cercle protégé et fermé de sa famille. Elle est d'éviter que ne lui soit attribué un statut affectif privilégié, dans un sens ou dans un autre, parmi les siens, un statut qui aurait immanquablement pour effet d'exacerber les envies, les jalousies ou la culpabilité de ses frères et de ses sœurs. »³

¹ Berger M (2004)

² *Ibid*, p 94

³ *Ibid*, p 129

Une autre façon de réagir face au handicap de l'enfant peut être le déni. Selon M Berger, il existe deux formes de déni. La première est la « forme passive du déni » où les parents restent indifférents face aux progrès ou échecs de leur enfant. La deuxième est « la forme suractive du déni » où les parents veulent prouver aux autres et à eux-mêmes que leur enfant est comme les autres. Néanmoins, le déni représente une forme de non-respect de la personne et de son handicap. Ce sont souvent des enfants qui réclament le droit à la différence et aux difficultés. Si cette reconnaissance n'est pas faite, ces enfants sont souvent perçus comme fainéants, ne faisant pas d'effort.¹

La cellule familiale a un rôle fondamental dans la construction de l'identité de l'individu en devenir. « Le jeune déficient a besoin de se sentir comme tout le monde au sein de sa famille pour pouvoir se sentir, dans un deuxième temps, comme tout le monde, dans la société. La place que lui font ses frères, ses sœurs, et le reste de ses proches est déterminante dans la genèse d'une représentation positive et cohérente de lui-même. »² La famille doit alors trouver la juste distance avec l'enfant dyspraxique. Caroline Huron insiste sur le fait que le handicap ne doit pas être une excuse pour ne rien exiger de l'enfant. Toutefois, ne rien lui demander revient à le considérer comme un incapable et donc à l'exclure de la société. L'enfant doit pouvoir bénéficier d'une aide cohérente : faire tout à sa place ou le laisser se débrouiller seul n'est pas judicieux pour lui. Le but serait plutôt de trouver, avec lui, des clés lui permettant d'établir des stratégies pour accéder à l'autonomie. La nuance est alors entre faire seul ou faire par soi-même. Dans le premier, on se sent seul. Dans le second, on fait par soi-même mais accompagné.

Le diagnostic tardif représente une difficulté majeure chez ces enfants. En effet, le handicap est souvent identifié à posteriori de la phase de développement psychomoteur du jeune enfant. Or c'est pendant cette période de la petite enfance (école maternelle et primaire), là où priment les

¹ Le Lostec C, Mazeau M (2010)

²Berger M (2004), p 128

compétences manuelles et visuo-motrices, qu'ils se retrouvent le plus en échec.

Le rôle des parents est alors de préserver l'estime que les enfants dyspraxiques ont d'eux-mêmes. Ils ont souvent tendance à se dénigrer ou à se sous-estimer. Devant les échecs, les maladresses et parfois les insultes de leurs pairs, les paroles qu'ils ont envers eux-mêmes peuvent être dures : « Je suis nul », « je ne vauds rien »... L'image qu'ils ont d'eux-mêmes est alors détériorée et un manque de confiance en soi peut apparaître. « Que les parents n'hésitent pas à ouvrir la fenêtre sur l'avenir à l'enfant »¹. C Huron explique par cette phrase qu'il ne faut pas hésiter à rassurer les enfants. Je pense par exemple à la dysgraphie que présentent souvent ces enfants. Plus tard, dans les études supérieures, l'enfant pourra utiliser l'ordinateur et ceci sera considéré comme normal.

- Les interactions avec l'environnement

Le manque de confiance en eux amène parfois les enfants dyspraxiques à éviter certaines activités. Ils affirment ne pas pouvoir y arriver, avant même d'essayer. Reprenons par exemple à Ewen qui nous regardait avec de grands yeux face à la construction que je lui demandais de faire².

D Flagey avance la notion de « plaisir de fonctionnement »³ qu'elle définit par « la satisfaction qu'un individu manifeste en exerçant avec succès une activité, pour le plaisir de l'exercer et de se sentir l'agent de cette activité. »⁴ Les enfants dyspraxiques y accèdent plus difficilement que les autres. Le sentiment d'autonomie qui y est corrélé est alors atrophié. En effet avoir le pouvoir de manipuler son environnement à sa guise favorise le vécu d'être sujet. Les difficultés instrumentales instaurent donc une faiblesse des assises narcissiques et rendraient plus difficile la structuration de l'appareil psychique (difficultés de mentalisation, moyens réduits pour compenser les frustrations inhérentes au développement).

¹ *Ibid*, p113

² Cf « Ewen et les constructions magnétiques », p 41

³ Flagey D (2002), p 41

⁴ *Ibid*, p 43

La construction de l'identité se fonde sur l'expérience d'être sujet d'une action mais aussi sur « la perception passive du corps (visuelle et cénesthésique¹) »². Comme évoqué dans la précédente partie, les enfants dyspraxiques seraient susceptibles de présenter des troubles de l'intégration sensorielle. Leur construction identitaire serait-elle alors mise à mal sur ce fondement de la perception passive ?

- **L'enveloppe corporelle support du psychisme et de la construction identitaire**

Le flou des limites corporelles que présenteraient les enfants dyspraxiques m'amène à réfléchir sur la notion du « Moi-peau »³. Si ces enfants n'ont pas une représentation de leurs limites corporelles, les fonctions du « Moi-Peau » sont-elles assurées ? Dans son étude, C Seuru-Dufour s'interroge sur le « corps vécu » des adolescents dyspraxiques⁴. Selon son étude, 50% des enfants dyspraxiques présenteraient une fragilité de l'investissement corporel au niveau de la perception de l'enveloppe corporelle.

Dans son article princeps (1974), D Anzieu évoque trois fonctions du Moi-Peau⁵ : la « fonction d'enveloppe contenant et unifiante du soi » (le sac), la « fonction de filtre des échanges et d'inscription des premières traces » (l'écran), et la fonction qui rend possible la représentation » (le tamis). Il évoque aussi une quatrième fonction dans son livre *Le Moi-peau*, qui est la fonction d'individuation. Ces fonctions participant à l'élaboration du psychisme et à la construction d'un soi pourraient-être malmenées par la fragilité de l'enveloppe corporelle que présentent certains enfants dyspraxiques.

- **La relation aux pairs, indispensable pour trouver un statut**

La relation aux pairs, et particulièrement lors de l'adolescence, est vectrice de notre place dans la société. Trouver son statut social fait partie

¹ Sentiment vague que chaque individu a de la totalité ou d'une partie de son corps, indépendamment du concours des sens (*Larousse*)

² Flagey D (1988), p 48

³ Anzieu D (1985)

⁴ Seuru Dufour C (2011)

⁵ *Ibid*, p121

intégrante de la construction identitaire. Aujourd'hui, dans un monde occidental où nous prônons les compétences corporelles, comment un jeune dyspraxique peut-il se sentir à l'aise pour s'affirmer ? « Les problèmes moteurs sont corrélés à un bas niveau d'activité physique, à une baisse du plaisir éprouvé, et à une perception négative des performances motrices. »¹ Or les compétences athlétiques sont déterminantes pour les jeunes de cet âge. La perception de leurs réussites motrices médiocres, peut entraîner une image dégradée de leurs compétences sportives, scolaires, de leur apparence physique et de l'estime de soi. E Lemonnier décrit alors un « engrenage où les troubles des coordinations motrices provoquent une baisse de l'estime de soi entraînant retrait social et inhibition qui renforce encore l'échec scolaire qui, à son tour, aggrave le retrait social et la baisse de l'estime de soi. »²

- **Une image du corps susceptible d'être fragilisée**

L'image du corps est en perpétuelle évolution. Elle est influencée par nos expériences sensori-motrices, affectives, émotionnelles, nos frustrations, nos relations et par d'autres processus psychiques inconscients. Elle est la représentation que nous nous faisons de nous-même et résulte de la perception que nous avons de nous-même. « L'image du corps est l'image que l'on se fait de soi, et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres »³.

Comme évoqué précédemment, l'aspect relationnel peut parfois être biaisé chez certains enfants dyspraxiques. De plus les expériences sensori-motrices étant régulièrement vouées à l'échec, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes peut être sous-estimée. Ces enfants pourraient présenter une image du corps négative. A cause des mauvaises performances graphiques, il est difficile de l'évaluer avec le dessin du bonhomme. Néanmoins, l'image du corps influençant nos relations à autrui, certains comportements peuvent évoquer un indice positif ou négatif de l'image du corps.

¹ Lemonnier E (2010), p 1247

² *ibid*

³ Potel C (2010), p145

Les interactions familiales et environnementales, la structuration de l'enveloppe corporelle et la relation avec ses pairs sont quatre modalités participant à la construction de l'identité et d'une image du corps positive ou négative. Chez les enfants dyspraxiques, au-delà des troubles fonctionnels mis en exergue, on peut percevoir des faiblesses dans une ou plusieurs de ces modalités. Leur construction identitaire peut être mise à mal et des troubles du comportement peuvent en émaner.

Revenons à Antoine, Ewen et Agnès¹. Comment se manifestent, chez eux, ces troubles du comportement ?

2- Ewen et la provocation

Avant d'arriver à l'hôpital de jour, Ewen est décrit par le médecin comme quelqu'un de perturbateur. À la suite du bilan psychomoteur, la psychomotricienne me décrit quelqu'un de coopérant, concentré, et attentif aux consignes. Ces observations cliniques seront confirmées, en septembre, sur les premières séances que nous vivons avec Ewen. Il n'y a pas de troubles du comportement notables, on sent quelqu'un de volontaire. Il respecte le cadre et parfois même reprend Charles, son binôme, qui a des comportements inappropriés.

Au fil des séances, le comportement d'Ewen change et nous reconnaissons les traits de personnalité décrits par le médecin. Je vois un jeune garçon qui se sent de plus en plus à l'aise et avide de prendre une place de leader dans le binôme. Il entraîne ce dernier avec lui et commence dans un premier temps à tester le cadre derrière notre dos. Un jour où nous faisons de la visée avec des pistolets à fléchettes, Ewen pointe le pistolet sur Charles. Le surprenant, je lui rappelle les règles de sécurité. Ewen s'excuse mais continue malgré tout. Lors d'une autre séance les garçons, comme souvent, demandent à se défouler en jouant au badminton avec le ballon de baudruche. Au fur et à mesure de la séance, leur règle du badminton se transforme ; le but devient alors de taper le plus fort possible dans le ballon. En les regardant je ressens comme un besoin de décharge tonique chez Ewen. Une autre séance, nous décidons de nous rendre au gymnase. Nous pensions

¹ Cf « présentation des enfants », p 27

qu'ils auraient plus d'espace pour se défouler et que nous pourrions les canaliser sur une activité de grande motricité. Ewen et Charles souhaitent jouer au basket. Ils nous expliquent les règles du « Air Ball ». Nous avons chacun un numéro. Le premier tente de marquer un panier, le deuxième doit récupérer le ballon là où il retombe et tenter de mettre un panier de là où il est, le troisième enchaine *etc...*. Ce jeu demande à être attentif afin de courir récupérer le ballon lorsque c'est son tour. Au départ Ewen et Charles sont concentrés et le jeu se déroule bien. Petit à petit Ewen commence à s'éloigner du terrain de jeu. Nous le reprenons, Ewen revient dans le jeu, puis s'éloigne de nouveau pour aller s'asseoir sur les physio-ball. Il refait ainsi des allers et retours.

Dans tous ces exemples Ewen met à mal le cadre à différents niveaux : sécurité, matériel, règle du jeu, présence. Étant suivi de près par Charles, Ewen se sent meneur et je pense que cette place lui plait. Un jour, Ewen va un peu plus loin dans la provocation.

Lors d'une séance, où la psychomotricienne s'était absentée, je propose à Ewen et Charles de construire un parcours psychomoteur. Puis, un se place au début du parcours en fermant les yeux et l'autre le dirige oralement jusqu'à la fin du parcours. Cet exercice met en difficulté Ewen. Il ne parvient pas à projeter son référentiel spatial sur Charles pour le guider. Il s'énerve lui dit « tu vas de là à là » en haussant la voix et en oubliant que Charles a les yeux fermés. Je ressens alors un malaise et un recrutement tonique. Serait-ce son propre malaise qu'Ewen projette sur moi ?

À la fin de cette séance, Ewen teste de nouveau les limites. Au moment où je leur dis au revoir, Ewen prend une balle dans la main et la jette dans la salle en partant. Je le rattrape et lui demande de la ramasser pour la ranger. Il le fait, puis d'un geste brusque la reprend, la relance et part en courant ne me laissant pas le temps de le rattraper.

La séance suivante, Charles est absent. Je reprends avec Ewen la fin de séance précédente. Il manifeste des réactions de prestance : il sourit, se frotte les mains, ne me regarde pas dans les yeux. Je lui demande s'il sait pourquoi il vient là. Il me répond « parce que je suis obligé ». Je lui explique que nous sommes là pour l'aider et qu'il a le droit de nous dire ce qui ne lui

convient pas. Il acquiesce mais n'ajoute rien. Nous reprenons le cadre et les règles à respecter ensemble. Il demande ensuite à jouer au badminton : le reste de la séance se déroulera très bien.

Les séances qui suivent, les garçons expriment leur besoin de se décharger toniquement, mais le cadre est respecté.

Cette situation m'a posé plusieurs questions. La provocation pourrait expliquer chez Ewen une façon d'exprimer un désaccord, un mal-être, une quête identitaire... Il semble que ce soit une façon pour lui de s'imposer face à son binôme et ainsi trouver une place pour s'affirmer. Faire le « cancre », exprimerait aussi une façon de masquer ses difficultés. Me tester directement, pourrait être une façon de tester la solidité du cadre pour se rassurer.

3- Agnès et sa personnalité inhibée

Lorsque je rencontre Agnès en janvier, très vite, je ressens un sentiment de malaise. Agnès rentre dans la salle le regard baissé, la tête rentrée dans les épaules, les ceintures scapulaire et pelvienne sont en antépulsions. Cette typologie serait liée à la chaîne musculaire antérolatérale de B Lesage renvoyant à « un certain recueil, un mouvement d'intériorisation qui peut devenir préservation. »¹ Agnès serait dans un repli sur soi et dans une sorte de protection. Elle s'installe au bureau pour que nous puissions faire connaissance. Je pose des questions à Agnès sur sa famille, ses loisirs... À chaque question Agnès se cache derrière sa grande frange, nous regarde du coin de l'œil, et ne répond pas. La psychomotricienne cherche les réponses dans le dossier et les dit à voix haute. Nous entendons alors dans un souffle à peine audible un « oui » pour confirmer ce qui est dit. J'ai parfois la sensation d'une jeune fille qui se protège d'une carapace.

Je propose à Agnès de faire du step pour travailler la coordination et le rythme. Cette médiation permet d'avoir une chorégraphie, ainsi Agnès est cadrée et peut s'appuyer dessus pour se mettre en mouvements. Après lui avoir montré plusieurs pas possibles, nous choisissons ensemble six pas pour

¹ Lesage B (2012), p 95

faire notre chorégraphie. Nous la répétons, Agnès mémorise les pas et les enchaîne correctement. Néanmoins, lorsque nous accélérons, elle perd le fil et s’emmêle les jambes. Nous continuons alors sur un rythme plutôt lent. Je demande à Agnès de compter les temps seule. J’entends à peine sa voix, comme si tout le canal vocal était bloqué.

Je lui propose des exercices d’expression, nous comptons en nommant de plus en fort, chacune notre tour, un numéro. Mais Agnès ne monte pas le son de sa voix très haut. Je lui propose alors de se faire des passes avec le gros ballon physio ball. La consigne est de faire sortir le son [a] quand le ballon touche le sol. Nous faisons rouler et rebondir le ballon pour changer le rythme du son. Prendre la physio-ball oblige Agnès à ouvrir sa posture. Le son augmente mais reste retenu.

Nous travaillons sur la prise de conscience du ventre et du diaphragme pour tenter de donner de la puissance à sa voix. Je propose à Agnès de s’allonger sur le tapis et lui passe la balle à picots en insistant sur le buste. J’espère qu’en relaxant le thorax, Agnès puisse ouvrir sa cage thoracique et donner un peu plus de puissance. Mais pour l’instant, Agnès est toujours hypertonique et la carapace semble rester présente. Cette dernière représente peut-être son mode de défense. Face à une image du corps qui pourrait être considérée comme négative, Agnès aurait du mal à s’ouvrir à une relation et à se sentir sécurisée. L’hypertonie serait, pour elle, une façon de se construire une enveloppe corporelle tel un bouclier. Peut-être que la relaxation serait une médiation plus adaptée à son rythme. Elle lui permettrait de prendre conscience de ses limites corporelles dans la détente plutôt que dans l’hypertonie.

Lorsque nous demandons à Agnès de choisir une activité pour la séance elle semble perdue. Je lui propose de se lever pour observer tout ce qui est dans la salle et pour prendre ce qu’elle veut. Agnès se lève, mais reste figée au milieu de la salle. Finalement, la psychomotricienne viendra l’aider à choisir en lui expliquant ce que nous pouvons faire avec chaque matériel et en lui demandant au fur et à mesure si oui ou non cela lui plait.

Cette voix qui ne sort pas traduirait un blocage tonique. Agnès semble s’être forgé cette forteresse au fil des années. L’hypertonie ne serait-elle pas

une protection de son identité si difficile à acquérir ? L'inhibition apparente révèle-t-elle une faille narcissique ? D Flagey évoque « l'inhibition narcissique »¹ qui surgit quand « une activité met en cause l'investissement du moi en provoquant une confrontation douloureuse avec les limites de la maîtrise et met en cause les fantasmes de toute-puissance. » Agnès se restreint-elle alors aux activités qu'elle connaît et maîtrise ? Toutes ces activités inconnues dans la salle la figeraient dans une « inhibition narcissique ».

4- Antoine et son ouverture à la relation

La psychomotricienne me raconte qu'au début des prises en charges, Antoine était un adolescent très réservé et avec beaucoup de déficiences au niveau de la fonctionnalité corporelle. Lorsque je le rencontre en septembre, Antoine me paraît encore très replié sur lui. La psychomotricienne me précise qu'il y a déjà du progrès. Comme vu dans la partie précédente, au cours de cette année, l'évolution d'Antoine, sur le plan fonctionnel, est impressionnante. Et au fur et à mesure qu'il gagne en capacité d'aisance motrice, j'ai pu voir Antoine s'ouvrir. D'un adolescent peu bavard en début d'année, Antoine nous raconte aujourd'hui ce qu'il a fait dans la semaine. Il nous parle de sa famille, de ses copains, de l'école et il en est fier. Le style vestimentaire d'Antoine s'est aussi modifié. Il a demandé à ses parents d'aller choisir ses vêtements en magasin et de moins porter les vêtements de ses frères qui ne sont pas ajustés à sa taille. Je vois actuellement Antoine se forger son identité.

Je me suis aperçue, au contact de ces enfants, que les difficultés pratiques peuvent entraîner des difficultés de constructions du « Moi ». Ceci peut influencer leurs relations avec l'entourage mais aussi avec l'environnement créant ainsi un cercle vicieux. C'est sur ce terrain qu'est susceptible de se développer les troubles du comportement. « Les modalités

¹ Flagey D (2002), p 35

de réactions, que ce soit sur le mode du retrait ou du passage à l'acte plus ou moins provocant s'inscrivent fatalement dans des interactions plus ou moins pathogènes avec l'entourage. »¹

Face aux faiblesses fonctionnelles liées aux difficultés d'inscription identitaire, je m'interroge sur le rôle de la psychomotricité auprès des enfants dyspraxiques. Comment les accompagner dans cette quête d'identité ?

¹ Flagey D (1988), p52

Discussion :
***Être psychomotricien auprès des enfants
dyspraxiques***

La prise en charge psychomotrice des enfants dyspraxiques

Mes premiers pas dans le centre de rééducation ont été timides. Après avoir fait beaucoup de stages avec des psychomotriciens dirigés vers un versant plus thérapeutique, je me suis sentie un peu perdue dans la prise en charge proposée sur mon actuel lieu de stage. J'étais focalisée sur l'aspect rééducatif. J'avais l'impression qu'il s'agissait d'un entraînement visant la performance de l'enfant. Après avoir pris du recul, et voyant l'évolution de certains enfants, je me rends compte de la richesse des prises en charge. Cependant, la justesse d'une séance n'est pas toujours évidente à cerner et à appliquer. Comment peut-on définir une séance porteuse de mieux-être pour l'enfant ?

1- Attention aux prises en charge qui ne fonctionnent pas

Lorsque je rencontre Agnès, je prends conscience de tout le travail à effectuer. Par où commencer ? Face à tous les blocages que je perçois en elle, je me demande comment instaurer une relation et quelle clé utiliser pour débiter le travail sur l'investissement de la fonctionnalité corporelle.

C Huron s'interroge sur l'efficacité des prises en charge et reprend les résultats d'une étude comparant deux catégories d'approches thérapeutiques¹. La première concerne l'intervention directe sur les processus ou les fonctions perturbées (tels le schéma corporel, la régulation tonique, l'équilibre...). L'espoir est alors qu'en travaillant une fonction spécifique, toutes les activités la mettant en jeu soient améliorées. Par exemple un travail sur l'équilibre permettrait à l'enfant de mieux courir, sauter ou faire du vélo. Les résultats de cette étude démontrent une absence d'amélioration chez l'enfant car il semblerait qu'il ne transfère pas les compétences acquises dans un autre domaine. La deuxième approche consiste à faire travailler une aptitude motrice à l'enfant, aptitude qu'il aura lui-même choisie en fonction de ses besoins (par exemple marquer des paniers de basket). L'étude montre des résultats encourageants pour cette démarche, mais sans réelle preuve de

¹ C Huron (2011)

leur efficacité. En effet, tant que nous ne connaissons pas l'origine des mécanismes sous-tendant les déficits des enfants dyspraxiques, nous ne saurons pas comment les aider au plus près de leurs besoins.

Il s'agit, pour chaque psychomotricien d'adapter avec l'enfant sa prise en charge. Le risque est parfois de tomber dans « toujours plus de ce qui ne marche pas » (P Watzalick)¹. Dès lors, l'enfant peut se décourager, perdre confiance, se sentir responsable de l'échec et culpabiliser. Les compétences de l'enfant sont susceptibles d'être négligées et de ne pas être utilisées pour compenser les difficultés. Les décisions d'orientation scolaire peuvent alors être biaisées et mettre l'enfant face à des obstacles chroniques. Un enfant peut par exemple être maintenu dans un cursus normal, sans auxiliaire de vie scolaire. Il peut alors être mal organisé, en échecs dans les exercices de géométrie, de lecture, d'écriture, d'activités manuelles et devient souvent la risée de ses camarades.

En ce début de prise en charge avec Agnès, je me demande alors comment peut-on mettre en place des séances efficaces. L'inhibition l'amène à un repli sur soi. Je ne sais pas si elle-même ressent ses difficultés et ce dont elle a besoin. Si elle les percevait, comment les mettrait-elle en mots ? Je décide alors pour elle, de commencer par du step pour travailler la coordination et lui permettre de prendre plaisir dans une courte chorégraphie. Celle-ci lui permet de mémoriser des mouvements et la soulage de l'aspect créatif qui pourrait être compliqué pour elle. Mais n'était-ce pas trop ambitieux de ma part ? N'est-ce pas prétendre améliorer son organisation corporelle par le biais de la coordination ?

Sa personnalité introvertie me met mal à l'aise. Je m'aperçois que son silence m'incite à combler le vide : je parle, j'enchaîne les chorégraphies. Mais ne suis-je pas en train de lui imposer mon propre rythme au lieu de m'adapter au sien ? Je me rends vite compte de la nécessité d'aller chercher Agnès là où elle en est. « S'adapter au rythme de son patient, donne la possibilité de solidifier l'alliance thérapeutique nécessaire pour toute prise en charge. »² A son rythme,

¹ Le Lostec C, Mazeau M (2010), p 4

² Fléchar J (2012), P 40

j’entrevois le besoin d’apprendre à se faire entendre : s’exprimer est une des clés pour s’affirmer et forger son identité.

Je perçois la complexité de la prise en charge des enfants dyspraxiques. Au premier abord ce sont les difficultés fonctionnelles qui priment. Cependant, la fragilité des assises narcissiques peut déstabiliser les capacités de l’enfant.

Chez Agnès l’inhibition semble prégnante. Elle ne prend pas d’initiatives, ne s’oppose jamais à ce que nous proposons. Je me dis alors qu’il faut dans un premier temps lui permettre d’accéder à une relation où elle puisse exprimer ce qu’elle désire. A l’heure actuelle, je n’y suis pas parvenue mais Agnès semble s’ouvrir un peu plus. D’une voix à peine plus audible qu’au début elle est capable de nous raconter quelques mots sur ses week-ends. Cependant, exprimer ses ressentis reste encore très difficile pour elle.

Je me demande alors quel versant (thérapeutique ou rééducatif) peut aider ces enfants? Je me questionne sur l’agencement d’une séance entre les versants thérapeutiques et rééducatifs afin d’aider au mieux l’enfant ?

2- Attention au clivage thérapie / rééducation

Comment peut-on définir ces deux termes ? Quelles seraient leurs applications avec les enfants dyspraxiques ?

La rééducation psychomotrice s’axe sur les notions psychomotrices : schéma corporel, organisation spatiale, motricité globale (équilibre, coordination, dissociation), praxies constructives et motricité fine ; cette liste n’est pas exhaustive, mais comporte selon moi, les domaines principalement abordés avec les enfants dyspraxiques.¹ Le bilan psychomoteur réalisé préliminairement permet d’évaluer les objectifs thérapeutiques et de déterminer un projet thérapeutique. Les compétences du sujet seront réévaluées régulièrement afin de rendre compte de ses progrès et de ses faiblesses persistantes. Les séances de rééducation sont essentiellement

¹ Chapitre 2 : « Un handicap touchant le corps dans sa fonctionnalité psychomotrice »

basées sur l'amélioration des fondamentaux psychomoteurs du patient et chaque exercice ou jeu se fera dans cette optique.

Comme évoqué avec Antoine¹, cette application avec les enfants dyspraxiques consisterait à choisir un jeu en fonction des objectifs établis. Si l'enfant propose une activité, c'est au psychomotricien de l'adapter pour travailler la notion psychomotrice visée. Les résultats sont attendus par l'équipe pluridisciplinaire, la famille et l'enfant.

La thérapie psychomotrice met en exergue l'expression et l'émotion. Elle utilise des médiations psychomotrices classiques comme support de ces dernières. Selon C Potel, « Ce ne sont pas les fondamentaux en tant que repères à structurer qui vont être au cœur du projet thérapeutique, mais bien leur inscription dans un registre symbolique : »²

- Soit, les repères fondamentaux sont acquis par l'enfant mais leur utilisation n'est pas fonctionnelle. Cela peut-être dû à une construction identitaire fragile.
- Soit, le trouble fonctionnel peut être la traduction d'une souffrance psychique qui ne peut s'exprimer autrement.
- Soit, les repères fondamentaux sont acquis et maîtrisés, mais le sentiment de sécurité interne est défaillant. L'enfant exprime ses angoisses par l'expression corporelle : instabilité, violence, inhibition.

« Le psychomotricien, par son « écoute poly sensorielle »³ doit faire prendre conscience de sa disposition à entendre, comprendre, sentir, ressentir, partager, vivre avec l'individu. Il s'agit alors des corps en relation capables de co-crée ensemble un nouveau mode de fonctionner par l'expression. »⁴

Les enfants dyspraxiques peuvent présenter des troubles de l'expressivité. Ewen et Agnès expriment, par la provocation, ou l'inhibition, quelque chose semblant être de l'ordre d'un sentiment interne. Est-ce dû à

¹ *ibid*

² Potel C (2010), p 312

³ Potel C : 11eme journée de l'AFPUP : être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir.

⁴ Fléchar J (2012), p 47

une fragilité identitaire ? À une défense ? À un nuancier des deux ? Ou à autre chose ? Je n'ai pas assez de recul pour pouvoir esquisser une réponse. Néanmoins, je ressens une souffrance en eux. Certes une psychothérapie peut être mise en place, mais l'expression de cette souffrance est corporelle. Déceler ce mal-être par la mise en corps en thérapie psychomotrice semblerait intéressant en amont ou en parallèle d'une mise en mots en psychothérapie.

Les enfants dyspraxiques s'ancrent dans un tableau pouvant nécessiter une prise en charge multimodale : rééducative pour assurer les progrès praxiques et thérapeutiques pour soutenir leur quête identitaire. C'est en libérant les blocages ou en comprenant les provocations, l'hyperactivité, l'instabilité..., que nous pourrions aider l'enfant à avancer sur le chemin lui permettant de contourner les obstacles.

« Le développement de l'individu, son harmonie, son épanouissement, sont une marche vers l'unité impliquant une parfaite harmonie entre l'esprit et le corps. L'esprit a besoin du corps pour s'exprimer, le corps n'aurait rien à exprimer si l'esprit n'était pas là pour l'animer. L'Homme est un tout indissociable et hiérarchisé ; toute fissure de cette intime cohésion est à l'origine de désordres qui peuvent se manifester de manières très variables, mais qui rompent obligatoirement l'équilibre indispensable à toute vie organisée. »¹

L Vaivre-Douret évoque l'intrication entre le soma et la psyché et l'influence que l'un a sur l'autre. Nous ne connaissons pas l'origine de la dyspraxie : lorsqu'un trouble du comportement est présent, est-ce lui qui influe sur les praxies ou est-ce les difficultés praxiques qui provoquent les troubles du comportement.

Chez Agnès, est-ce son inhibition qui l'empêche d'acquérir une aisance praxique ? Ou ses échecs répétés dans le domaine praxiques ne favoriseraient-ils pas cette inhibition ?

¹ Vaivre Douret L, (2009)

Je me rends compte, au fur et à mesure de ces lignes, de l'importance à établir une prise en charge psychomotrice mixant thérapie et rééducation. Mais comment cela peut-il s'établir ?

3- Comment instaurer un juste milieu ?

La psychomotricité, qu'elle soit rééducative ou thérapeutique, a pour objectif le mieux-être de l'enfant. Cet objectif ne doit pas être perdu de vue afin de ne pas vaciller vers l'échec répété décrit par Paul Watzalick.

Chez les enfants dyspraxiques, le versant rééducatif se joue sur la répétition d'exercices, d'activités, de jeux. En répétant les stratégies, l'enfant acquiert les clés lui permettant d'accéder à la réussite. Néanmoins, ce chemin peut parfois être long. L'enfant peut se décourager et les troubles du comportement peuvent resurgir. Il s'agit alors de choisir avec l'enfant ce à quoi il veut jouer. Rendre l'enfant acteur de sa prise en charge est indispensable afin qu'il investisse les séances et se sente concerné. C'est ensuite à nous, psychomotricien, avec nos objectifs en tête, d'adapter l'activité à l'enfant. Il faut être à la fois assez proche des capacités de l'enfant pour ne pas le mettre en échec et s'en éloigner suffisamment pour qu'il trouve en lui la motivation de surmonter la difficulté. Le psychomotricien est soutenant de la démarche de l'enfant et réceptacle des frustrations que son patient peut ressentir face aux premiers échecs. Par ses encouragements, sa disponibilité, son empathie et sa bienveillance le thérapeute devient un tremplin permettant à l'enfant de s'appuyer pour mieux rebondir.

Nous réalisons une compétition de badminton Ewen, Charles, la psychomotricienne et moi. Ewen gagne le premier match contre Charles, puis perd les suivants. Il a du mal à gérer la frustration, se décourage. Par manque de motivation il joue moins bien de match en match. Nous l'encourageons, nous le revalorisons. Nous lui rappelons que perdre n'est pas grave, qu'il peut encore remonter dans le classement. Nous l'aidons à se reconcentrer, à trouver une posture et un ajustement tonique plus adaptés. Au fur et à mesure, Ewen reprend confiance, est plus attentif et réussit à regagner un match.

Les enfants dyspraxiques présentent des difficultés à verbaliser leurs ressentis corporels. Le jeu devient un sas permettant d'éprouver et de prendre du recul sur ses ressentis. « L'utilisation du jeu est également très précieuse si l'on voit la rééducation psychomotrice comme, à la fois un perfectionnement des possibilités motrices et une découverte du « vécu » affectif du corps »¹. L'objectif visé serait « un recul par rapport à sa motricité qui devrait devenir, en quelque sorte « naturelle ». Or jouer avec son corps c'est prendre du recul par rapport à lui. »²

Tous les jeux mis en place dans la salle de psychomotricité avec les enfants visent à leur faire vivre leur corps. Certains y prennent plaisir, d'autres sont plus réticents. Nous avons chacun une façon particulière de nous exprimer corporellement. Chez ces enfants, j'entrevois une extériorisation par des décharges ou des retenues toniques, par des timbres de voix plus ou moins marqués, par des amplitudes de mouvements plus ou moins grandes. Le jeu, vise à leur faire ressentir leur corps et à en éprouver une émotion de plaisir, de déplaisir, de tristesse, de joie, de toutes les nuances existantes. Le juste milieu pourrait-il se définir par vivre son corps, l'éprouver et mettre des mots sur les sensations ou les émotions perçues ?

Chez les enfants dyspraxiques, mettre en mots leur vécu reste compliqué. Après un temps de conscience corporelle avec le passage de balles à picots, ces enfants ont du mal à verbaliser leurs ressentis. Ils s'arrêtent souvent à « c'était bien », ou « c'était bizarre ». L'affinement de la sensation et l'élaboration du vocabulaire émotionnel doit être étayé.

Le plus important dans une prise en charge psychomotrice reste la relation. Elle est elle-même thérapie. Une confiance s'instaure entre le psychomotricien et son patient. Chacun doit pouvoir accepter les propositions de l'autre et se laisser surprendre par ce qui peut en émaner. Il est parfois difficile de s'attendre à quelque chose, alors n'attendons rien et laissons-nous la liberté de la surprise qui parfois peut dépasser les espérances. « C'est donc une question de subtiles nuances, déterminées par la co-créativité : cette construction érigée tour à tour ou simultanément, à la fois par le patient et le psychomotricien, selon l'alchimie de leur rencontre. [...] Il existerait cet

¹ Masson S (1985), p 155

² *ibid*

espace partagé, n'appartenant ni à l'un ou à l'autre, mais à chacun d'entre eux, à l'intérieur duquel tout est possible : il se construira peut-être quelque chose, dont ils ignorent encore l'existence. »¹

Comment trouver sa place de psychomotricien dans une institution à versant rééducatif ?

Être psychomotricien c'est trouver sa propre place au sein de différents courants existants : psychanalyse, thérapie cognitive, comportementale, neurosciences.... Cela peut mettre des années, choisir sa place n'est pas toujours facile. Notre orientation psychomotrice ne dépend pas que de nous, elle est aussi influencée par les patients que nous rencontrons, l'équipe pluridisciplinaire avec laquelle nous travaillons, et par l'institution elle-même.

Le centre rééducatif où je suis en stage demande à la psychomotricienne d'évaluer régulièrement les enfants. Des résultats objectifs sont attendus. En tant que stagiaire, observer l'enfant avec un regard évaluateur me paraissait difficile. J'avais l'impression que ce biais tronquait la relation. Ces contraintes obligent le thérapeute à se situer dans le versant rééducatif. Toutefois, par la relation qui se crée, la psychomotricienne réussit à instaurer un versant thérapeutique. Par sa disponibilité corporelle et d'écoute, l'enfant se sent en sécurité. Bien souvent, les enfants sont amenés à nous livrer des événements personnels parfois difficiles. En réunion de synthèse, nous nous apercevons que l'enfant ne s'est livré qu'en séance de psychomotricité : les autres thérapeutes sont rarement au courant.

Je pense que ceci est possible grâce au cadre posé par le psychomotricien. Laisse-t-il du temps à l'enfant pour parler ? Répond-t-il aux interpellations de l'enfant ? Par le manque de temps et les résultats attendus ceci n'est pas toujours facile. Je pense toutefois qu'il est important de le permettre, cela participe à la relation. Si l'enfant se confie à nous c'est aussi parce que la salle de psychomotricité reste un lieu de liberté d'expression

¹ Fléchar J (2012), p 92

corporelle. Le thérapeute ressent, par le dialogue tonique, le mal être de l'enfant. Son écoute et sa disponibilité étant toujours présentes, il est, à tout moment, prêt à recevoir les confidences de l'enfant. En partageant ceci avec l'équipe, la décision de la mise en place ou non d'une psychothérapie sera prise.

Je ne sais pas quelle sera ma position en tant que future psychomotricienne. Bien que je me sentirai plus à l'aise dans un entre deux, ma posture dépendra de mon lieu de travail. La diversité et la richesse de mes différents stages, m'ont permis d'observer plusieurs positionnements. Beaucoup de psychomotriciens jouent avec un nuancier où les couleurs représentent les différents courants. Je ne sais pas qu'elle teinte je prendrai, mais je sais qu'elle sera influencée par les rencontres passées et futures.

Conclusion

Quelques mois seulement se sont écoulés et voilà qu'il faut conclure. Une courte période pourtant si riche de rencontres et d'apprentissages.

Au côté de ces enfants, je peux confirmer l'idée que l'individu ne se définit pas par son handicap. L'enfant dyspraxique est un enfant qui doit, comme tout être, trouver sa place au sein du groupe et se trouver une identité. J'ai parcouru un bout de chemin avec Antoine, Ewen et Agnès, j'espère qu'ils sauront se saisir de cette prise en charge pour avancer et s'identifier. Lorsqu'ils se retourneront et observeront leurs pas, je souhaiterai qu'ils soient fiers du chemin parcouru et des progrès effectués. En continuant leur marche, j'espère qu'ils gagneront l'estime d'eux-mêmes leur permettant de s'affirmer dans l'avenir.

La complexité de la prise en charge des enfants dyspraxiques est venue me questionner sur la place de la psychomotricité. Je réalise à quel point la relation est importante. Au-delà de la médiation et du versant psychomoteur, l'alliance thérapeutique permet ce lien indispensable qui favorise la confiance du sujet en nous, et en lui-même. Cette assurance autorise l'enfant à avancer par lui-même.

Pour ma part, lorsque je me retourne et réalise le chemin parcouru, je me rends compte de la distance réalisée. Ce mémoire a affiné mon regard psychomoteur. Il m'a aussi appris à établir des liens théorico-clinique, et m'a guidée dans la prise en charge d'Antoine, Ewen et Agnès. Bien souvent, mes pas se sont arrêtés, ont fait marche arrière ou ont tourné en rond, mais les séances, les lectures, et les dialogues avec les personnes m'accompagnant m'ont toujours permis d'aller de l'avant. Je prends conscience que la richesse du psychomotricien s'élabore au gré de ses rencontres, de ses pratiques, de ses formations et de ses lectures.

Lorsque je regarde devant moi, j'aperçois le chemin qu'il me reste à parcourir. Mais je ne pars pas les mains vides, j'emporte avec moi le bagage de ce mémoire mais aussi de ces trois années de formation.

Bibliographie

Albaret J-M (1999), *Evolutions psychomotrices*, Troubles de l'acquisition de la coordination : perspectives actuelles des dyspraxies de développement

American Psychiatric Association (2004), *Mini DSM-IV-TR - critères diagnostiques*, Elsevier Masson, Paris

Anzieu D (1995), *Le Moi-peau*, Dunod, Paris

Berger M (2004), *Les troubles du développement cognitif*, Dunod, Paris

Bloch O, Wartburg W, (1996), *Dictionnaire étymologique de la langue française*, Presses universitaires de France

Carric JC (1998), *Le lexique du psychomotricien*, Vernazobres-Grego, Paris

Costini O, Faure S, Le Gall D, Roy, A, (2013) La dyspraxie développementale : actualités et enjeux. *Rev Neuropsychol*

De Ajuriaguerra et al (2009), Les dyspraxies chez l'enfant in *Julien de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, tome 2*, Joly F, Labes G, éditions du papyrus, Noisiel, p 147-252

Flagey D (1988), Le mal être de l'enfant dyspraxique, *thérapie psychomotrice et recherches*, p 47-53

Flagey D (2002), *Mal à penser, mal à être : troubles instrumentaux et pathologies narcissiques*, érès, Ramonville-Saint-Agne

Flechard J (2012), *Psychomotricien ! Psycho quoi ? Ou comment définir l'identité du psychomotricien*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, Institut de formation de psychomotriciens R. Leclercq, Lille

Huron C (2011), *L'enfant dyspraxique: mieux l'aider, à la maison et à l'école*, O. Jacob, Paris

Korff-Sausse S (2007), « Quand les perceptions vacillent... » Quelle vision du monde chez l'enfant dyspraxique, *Champ psy*, n° 46, p 37 à 50

Le Lostec C, Mazeau M (2010), *L'enfant dyspraxique et les apprentissages, coordonner les actions thérapeutiques et scolaires*, Masson, Issy-Les-Moulineaux

Lemonnier E (2010), Psychopathologie de l'enfant dyspraxique, *archives de pédiatrie*, p 1243-1248

Lesage B (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, érès, Toulouse

Masson S (1985), *Rééducations et thérapies dynamiques* », PUF, Paris

Mathe J, (2012) *Quand la dyspraxie et la dysgraphie se mêlent, les mots s'emmêlent* » Les troubles de l'écriture chez l'enfant dyspraxique scolarisé, mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, université pierre et marie curie

Mazeau M (2010), Les dyspraxies : points de repères, *Archives de pédiatrie*, n°17, p 314-318

Piaget J (1960), *Les praxies chez l'enfant*, *Fondation Jean Piaget*

Potel C (2010), *Etre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*, Eres, Toulouse

Quevauvilliers J (2009), *Dictionnaire médical*, 6^e édition, Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux

Ringler M (2004), *Comprendre l'enfant handicapé et sa famille*, 2^e édition, Dunod, Paris

Robert-Ouvray S, Servant-Laval A (2011), Le tonus et la tonicité in *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Albaret JM, Giromini F, Scialom P, Solal, Marseille, p 145-177

Seuru Dufour C (2011), *Le corps vécu des adolescents dyspraxiques*, Mémoire de DU Psychomotricité, Initiation à la recherche clinique en psychomotricité, Paris 6

Vaivre Douret L (2009), *Apports à l'examen psychomoteur*, Vernazorbres-grego

Weissman-Arcache C (2010), La dyspraxie un objet neuroscientifique pour la psychanalyse ? in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*.

Annexes

Table des Annexes

Annexe A : Questionnaire	III
Annexe B : Bilan psychomoteur d'Antoine	VII
Annexe C : Bilan psychomoteur d'Ewen.....	X
Annexe D : Bilan psychomoteur d'Agnès	XIII
Annexe E : Dessin du bonhomme d'Antoine, le 27 septembre 2013	XVII
Annexe F : Dessin du bonhomme d'Antoine, avant et après le passage de la balle à picots, 14 novembre 2013	XVIII
Annexe G : Dessin du bonhomme d'Antoine, après avoir dessiné les contours de ma silhouette sur le miroir, le 21 novembre 2013	XIX

Annexe A : Questionnaire

Bonjour,

Étudiante en 3^e année de psychomotricité. Je souhaite réaliser mon mémoire sur la dyspraxie. Je tente, par ce questionnaire, de comprendre les différents enjeux qui tournent autour de ce handicap, l'aspect rééducatif, corporel, ainsi que les ressentis face à ce handicap... Merci d'y répondre le plus spontanément possible. Ce questionnaire est anonyme.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous y accorderez.

Questionnaire aux Enfants dyspraxiques

Fille Garçon

- Quel âge as-tu ?

- En quelle classe es-tu ?

- Comment définirais-tu ta dyspraxie ? (comment l'expliques-tu ?)

- Peux-tu donner 3 mots qui te viennent à l'esprit quand on te dit dyspraxie ?
 -
 -
 -

- Quelles sont les principales difficultés que tu rencontres ?

- Comment te sens-tu dans ton corps ?

- As-tu l'impression d'être à l'aise dans ton corps ? oui, non ? pourquoi ?

- Fais-tu du sport ?
 - Si oui lequel ? et aimes-tu cela ?
 - Si non, pourquoi n'en fais-tu pas ?
- As-tu des copains copines ? Comment penses-tu qu'ils perçoivent tes difficultés?
- Te sens-tu différent ? oui, non, pourquoi ?
- As-tu des séances de psychomotricité ?
 - Si oui, aimes-tu ces séances ?
 - Peux-tu expliquer ce qu'est pour toi la psychomotricité et ce que tu y fais pendant les séances ?
 - Est-ce que la psychomotricité t'aide ? Si oui en quoi penses-tu que la psychomotricité t'aide dans tes difficultés ?
- Remarques à ajouter :

Questionnaire aux Parents, Frères et sœurs...

- Comment expliquez-vous la dyspraxie ?

- Pouvez-vous donner 3 mots clés que vous évoque la dyspraxie ?
 -
 -
 -

- Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez face à la dyspraxie de votre enfant?
 - Dans les activités de la vie quotidienne :

 - A l'école :

 - Dans ses loisirs :

- Pour vous, en quoi la psychomotricité aide votre Enfant ?

- Y a-t-il des frères et sœurs ? si oui combien ? quel âge ont-ils ?
Comment vivent-ils le handicap de leur frère/sœur ?

- Votre enfant à t-il des troubles associés ? (TDAH, autres dys...) si oui, lesquels ?

- Remarques à ajouter :

Questionnaires aux enseignants

(Instit ou professeur principal)

- Comment définiriez-vous la dyspraxie ?

- Quelles sont, selon vous, les difficultés que rencontre un enfant dyspraxique ?

- Comment vivez-vous la prise en charge d'un enfant dyspraxique dans votre classe ?

- Que mettez-vous en place pour aider l'enfant ?

- Quelles sont les éventuelles difficultés auxquelles vous êtes confrontés dans l'accueil d'un enfant dyspraxique dans votre classe ?

- Remarques à ajouter...

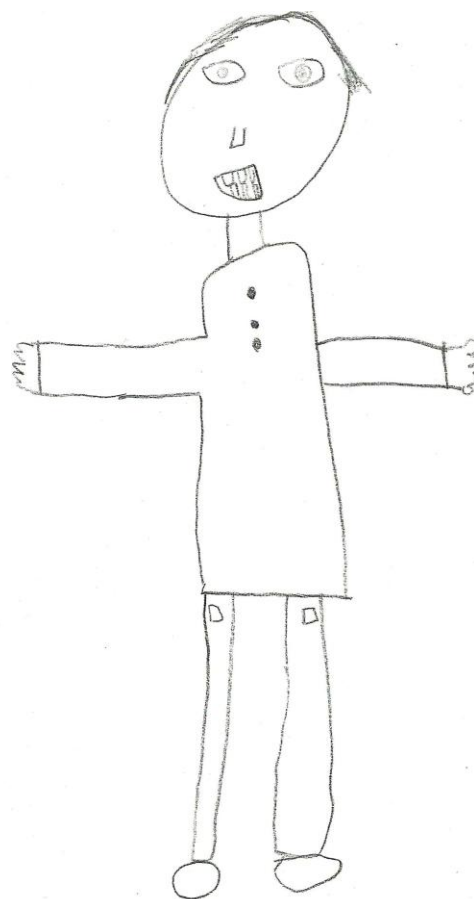
Annexe B : Bilan psychomoteur d'Antoine

Antoine est âgé de douze ans et trois mois lors de la passation du bilan psychomoteur.

Schéma corporel :

Antoine obtient 30/46 à l'épreuve des somatognosies de Bergès. Il connaît certaines parties de son corps jusqu'au niveau six ans mais les autres parties restent floues notamment les articulations (il ne sait pas nommer ou montrer les genoux, les chevilles, les poignets...)

Le dessin du bonhomme : est coté à 22/51, note attendue pour les enfants de huit ans. Antoine s'applique et se concentre. Il réalise son dessin de la main droite avec trois doigts en appui mais avec le crayon entre l'index et le majeur.



A l'épreuve d'imitation de gestes complexes, il obtient 14/16.

La latéralité :

La latéralité est droite homogène : œil, pied, main.

Organisation spatiale et temporelle :

Espace

Les notions spatiales de bases sont acquises ainsi que l'orientation droite-gauche sur lui. La réversibilité n'est pas encore automatique. Antoine prend beaucoup de temps et hésite encore pour montrer sa main gauche ou droite lorsque je suis face à lui.

L'épreuve de Head et Piaget : est échouée au niveau de neuf ans.

L'épreuve de Marthe Vyl : montre des difficultés à subdiviser un espace pour Antoine. Par contre, il parvient à mémoriser 4 repères, à s'orienter et s'organiser en fonction des consignes données pour l'épreuve du jeu des voyages.

L'épreuve constructive de Butters et Barton montre des résultats corrects pour la première partie, c'est-à-dire lorsque la construction est en côte à côte (il obtient 28/30 \approx dix ans). Par contre, pour la deuxième partie (construction en face à face), Antoine a plus de difficultés. Il a besoin de beaucoup de temps pour réussir les mêmes modèles avec parfois plusieurs essais. 17/30 moyenne obtenue pour les enfants de neuf ans.

Temps

Antoine semble bien se repérer dans le temps. La lecture de l'heure est acquise.

A l'épreuve de **Mira Stambak** : Antoine obtient 13/20 à la reproduction par frapper de structures temporelles.

Les résultats sont beaucoup plus faibles pour la transcription de ces structures ou pour la symbolisation par le dessin de structures spatiales.

Au total, Antoine obtient 25/40, résultat attendu pour les enfants de neuf ans et demi.

Coordination – Equilibre :

Les différentes épreuves de **Lincoln Oseretsky**, du **M- ABC** et des mouvements combinés des membres montrent :

- Des difficultés importantes d'équilibration que ce soit en statique ou en dynamique ;
- Des difficultés à associer ou à dissocier les membres inférieurs et les membres supérieurs lors des enchaînements de mouvements ;
- Un mauvais contrôle postural et une mauvaise régulation tonico-motrice lors des épreuves de motricité globale ;
- Des difficultés également pour les coordinations oculomotrices avec une mauvaise appréciation de sa force de lancer, un manque de fluidité dans ses mouvements, un mauvais ajustement de la position de son corps et un manque d'anticipation.

Conclusion

Antoine est resté très discret durant la passation du bilan. Il était soucieux et s'appliquait pour faire de son mieux. Il s'est montré coopératif et volontaire même si son attitude laissait paraître peu d'enthousiasme.

Le bilan psychomoteur montre un schéma corporel encore flou, des difficultés d'organisation spatiale mais aussi des difficultés de coordination et d'équilibration.

Une prise en charge en psychomotricité serait nécessaire.

Mme X, Psychomotricienne.

Annexe C : Bilan psychomoteur d'Ewen

Ewen est âgé de onze ans et sept mois au moment du bilan.

Le schéma corporel

Ewen a une connaissance tout à fait satisfaisante des différentes parties du corps.

Le dessin du bonhomme est réalisé avec la main droite avec une prise tri-digitale. Le tracé manque de précision, Ewen montre de la maladresse. Il ne semble pas à l'aise pour organiser son tracé et les différentes parties du corps les unes par rapport aux autres. Son dessin est très immature ; il manque de détails et les proportions ne sont pas respectées. Il obtient 17/51 (résultat moyen des enfants de sept ans)



Au test d'imitation de gestes complexes, Ewen est assez rapide dans la réalisation. IL procède en miroir. Il obtient 15/16

La latéralité

La latéralité est droite, non homogène (droite pour le pied et la main et gauche pour l'œil).

Organisation spatiale et temporelle

Le temps :

Ewen a quelques repères mais qui ne sont pas très solides. Il connaît la date actuelle, les jours de la semaine. Il sait qu'il y a douze mois mais il ne peut en restituer que neuf. De même, il sait qu'il y a quatre saisons mais ne peut en citer que trois. La lecture de l'heure est acquise.

Au test de Mira Stamback : Ewen obtient 13/20 à la reproduction par frapper de structures temporelles. La mémorisation de cinq tempos est difficile et le met en échec. De même, la transcription de structures temporelles en dictée le met en difficulté dès qu'il y a plus de trois tempos. Il obtient 25/40 ce qui correspond à la moyenne obtenue pour les enfants de neuf ans et demi.

L'espace :

Les repères de base relatifs à l'espace sont connus et bien maîtrisés.

Les notions « droite-gauche » sont acquises sur lui, sur autrui et par rapport aux objets.

L'épreuve de Head et Piaget est réussie jusqu'au niveau huit ans. L'item des neuf ans montre que la réversibilité « droite-gauche » n'est pas encore acquise. Les épreuves d'imitation sont réalisées en miroir même si j'insiste fortement en réexpliquant les consignes plusieurs fois.

L'épreuve de Guilmain montre de bonnes capacités à s'orienter dans un plan lorsque celui-ci est placé dans le même sens que lui. Par contre, si le plan est orienté dans le sens inverse, Ewen fait des erreurs à chaque changement de direction.

L'épreuve de Marthe Vyl montre de bonnes capacités d'orientation spatiale mais une structuration parfois difficile pour la transposition de plan.

Sur le plan constructif, à l'épreuve de **Butters et Barton**, Ewen obtient vingt-six points dans la partie n° 1, c'est-à-dire lorsque le modèle est à côté de lui... Il obtient douze point dans la partie n° 2, c'est-à-dire lorsque le modèle est en face de lui. Ces notes correspondent à celles attendues pour les enfants de sept ans.

Coordination – Equilibre

Les épreuves du **M-ABC** et le **facteur 3 de Lincoln Oseretsky**, montrent :

- Des difficultés d'équilibration que ce soit en statique ou en dynamique ;
- Des difficultés à dissocier les mouvements des bras et des jambes lors des épreuves ;
- Des résultats moyens pour les épreuves de maîtrise de balles avec un score de dégradation égal à 3. Ewen suit bien la trajectoire de la balle des yeux mais n'ajuste pas toujours la position du corps, et le contrôle de la force est variable ;
- De grandes difficultés de dextérité manuelle.

CONCLUSION

Ewen est un enfant de bon contact et participatif.

Les différentes épreuves du bilan psychomoteur mettent en évidence un schéma corporel peu élaboré, des difficultés d'organisation et de structuration spatiale, mais également un équilibre instable et des difficultés de coordination.

Une prise en charge en psychomotricité est nécessaire.

Mme X, Psychomotricienne

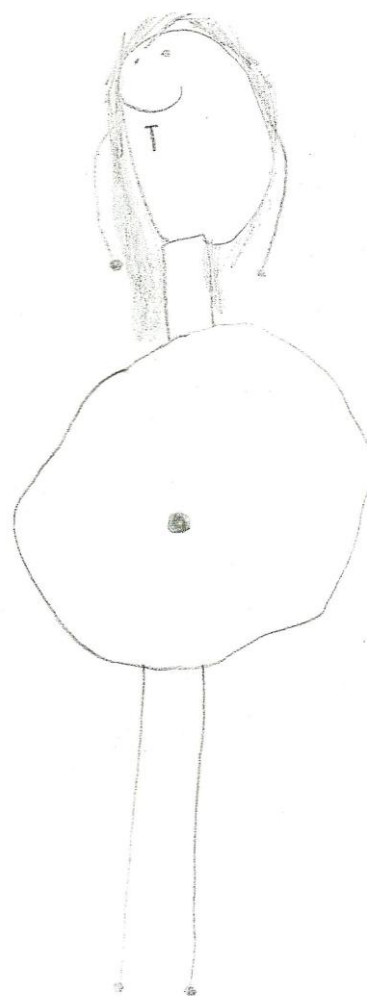
Annexe D : Bilan psychomoteur d'Agnès

Agnès est âgée de dix ans et sept mois lors de la réalisation du bilan psychomoteur.

Le schéma corporel

Au test d'imitation des gestes. Agnès se montre très hésitante. Elle a beaucoup de mal à positionner ses mains et ses doigts correctement dans l'espace : signe de difficultés d'organisation spatiale et de troubles praxiques. Agnès obtient 6/16 à ce test, résultat attendu pour des enfants de quatre ans.

Le dessin du bonhomme est réalisé de la main droite avec quatre doigts en appui. Le tracé est imprécis, la pression exercée sur le crayon est modérée. Son dessin est très immature et montre une mauvaise représentation spatiale de son corps (les bras sont attachés à la tête et le nez est réalisé sous la bouche). Il montre également un schéma corporel peu élaboré (absence de détails : il manque les doigts, les oreilles, les sourcils et aucun vêtement). Son dessin est coté 12/51, résultat attendu pour les enfants de cinq ans et demi.



La connaissance du corps est correcte jusqu'au niveau six ans. Agnès obtient 30/46 au test des somatognosies.

La latéralité

La latéralité est hétérogène (œil gauche, main droite et pied droit).

Organisation spatiale et temporelle

L'espace :

Les notions spatiales de base sont connues et bien intégrées ainsi que l'orientation droite/gauche.

L'épreuve de **Head et Piaget** est réalisée dans sa totalité avec réussite. L'axe corporel est bien intégré.

L'épreuve de **Guilmain** : l'orientation droite/ gauche dans un plan est réussie pour le trajet « A » vers « B », c'est-à-dire lorsque le tracé est orienté dans le même sens qu'Agnès. Dans l'autre sens, Agnès est en échec.

L'épreuve de **Marthe Vyl** montre des capacités à subdiviser un espace mais également des difficultés à se transposer dans un plan (les chemins angulaires ou circulaires sont complètement transformés).

A l'épreuve « **jeu des voyages** », Agnès a des difficultés à se repérer avec les grands chiffres. Elle inverse les dizaines et les unités pour chaque voyage : « 123 devient 132 » « 213 » devient « 231 ». Je dois lui décomposer les chiffres à chaque fois.

A l'épreuve de **Reversal test**, Agnès effectue douze erreurs (neuf en symétrie droite : gauche et trois en symétrie haut/bas). Ces résultats sont attendus pour les enfants de six ans et demi. Agnès met quinze minutes pour réaliser ce test. Elle est lente et semble fatigable (les erreurs augmentent à mesure de l'avancée dans l'épreuve).

L'épreuve de **Bender** montre des difficultés grapho-perceptives.

Le temps

Agnès a de bons repères temporaires.

Le test de Mira-Stamback est réussi. La symbolisation et la transcription de structure temporelle sont bien comprises. La lecture de l'heure est acquise.

La motricité globale

Contrôle postural et équilibre statique :

Les équilibres « pieds joints » et sur la pointe des pieds sont stables. L'équilibre unipodal est mieux maîtrisé sur le pied gauche et peut être tenu vingt secondes mais sur le pied droit, Agnès perd très vite l'équilibre (maintenu trois secondes). A noter qu'Agnès ne parvient pas à prendre la posture de la cigogne. La perte d'équilibre se fait d'emblée, que ce soit à droite ou à gauche. L'épreuve d'équilibre sur la planche du **M-ABC** donne un score de dégradation de 3.

L'équilibre dynamique :

La marche et la course ne sont pas harmonieuses. Agnès bloque ses bras au corps. Elle n'investit pas beaucoup l'espace.

Les sauts sur le pied gauche, sont bien maîtrisés. Agnès parvient à bien réguler son tonus musculaire. Par contre, sur le pied droit, c'est plus difficile. Agnès ne parvient à faire que quelques sauts.

Coordination - Dissociation :

Les épreuves des mouvements combinés des membres et de la tête et celle du **facteur 3 de Lincoln Oseretsky** montrent des difficultés de coordination et de dissociation de mouvements. Le mouvement a besoin d'être décomposé et l'enchaînement n'est pas possible.

Maîtrise de balles :

Agnès montre des difficultés dans ce domaine. Elle n'anticipe pas et n'adapte pas son geste à la situation. Elle obtient un score de dégradation de 5 pour

l'épreuve « attraper à deux mains » et un score de 3 pour l'épreuve « jeter les sacs lestés » du **M-ABC**, ce qui est un résultat faible.

CONCLUSION

Agnès s'est montré à l'écoute et coopérante. Elle semble volontaire.

Son attitude corporelle lors de l'entretien et des épreuves du bilan laisse apparaître une enfant inhibée, mal à l'aise dans la relation à l'autre. Agnès semble manquer beaucoup de confiance en elle.

Les épreuves du bilan montrent :

- Un schéma corporel mal intégré
- Des difficultés d'organisation et de structuration spatiale
- Des troubles d'organisation praxique
- Des difficultés de coordination et de dissociation

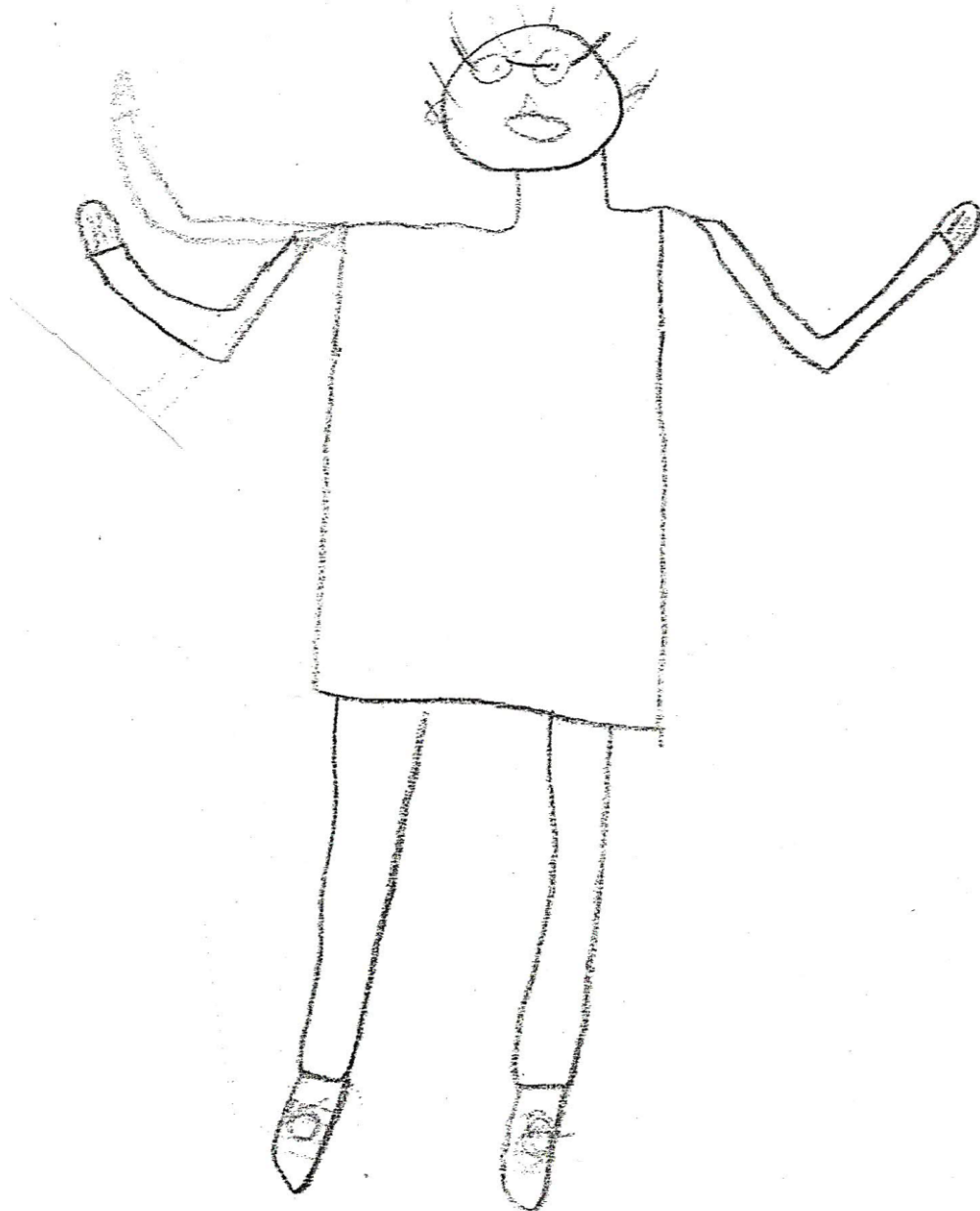
Une prise en charge serait nécessaire.

Dans un premier temps, un travail autour de l'intégration du schéma corporel me paraît important pour permettre à Agnès d'améliorer sa connaissance et son vécu du corps par des exercices qui lui permettraient de faire des expériences motrices en passant par des jeux favorisant l'expression et l'aisance corporelle globale.

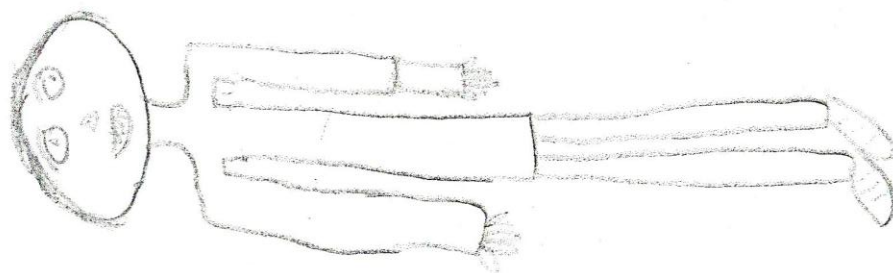
Dans un deuxième temps, il serait important de travailler sur l'organisation spatiale.

Mme X, psychomotricienne

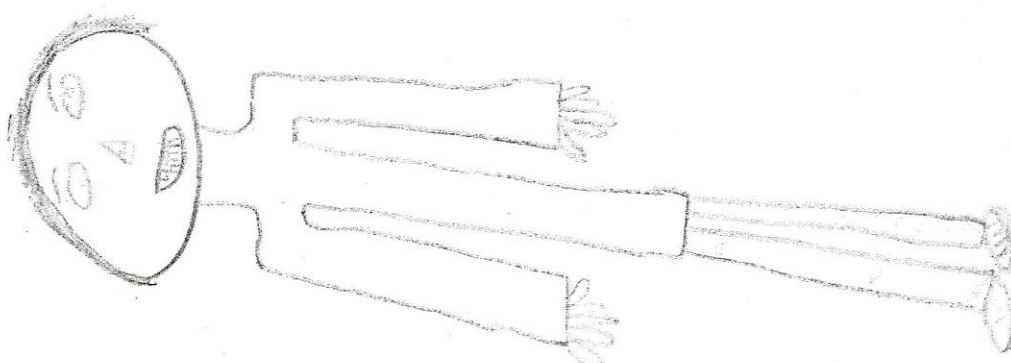
*Annexe E : Dessin du bonhomme d'Antoine, le 27
septembre 2013*



Annexe F : Dessin du bonhomme d'Antoine, avant et après le passage de la balle à picots.
14 Novembre 2013

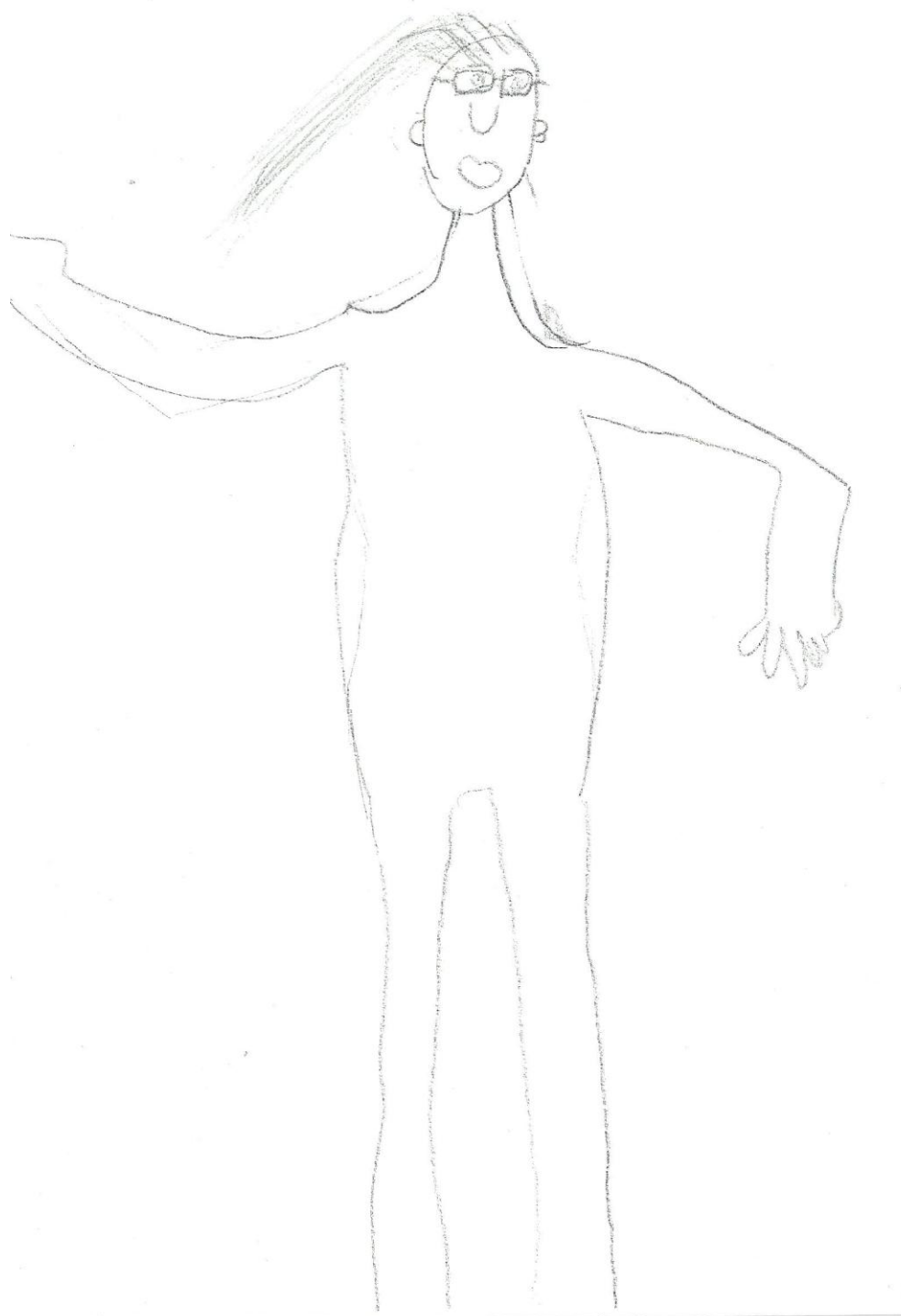


Après le passage de balle



Avant le passage de balle

Annexe G : Dessin d'Antoine, après avoir dessiné les contours de ma silhouette sur le miroir.
21 Novembre 2013



Résumé

La dyspraxie est un handicap perturbant l'automatisation, la conceptualisation et la réalisation de gestes orientés vers un but. La rencontre de trois enfants dyspraxiques permet d'éclairer les fondamentaux psychomoteurs perturbés. Elle met aussi en avant la construction identitaire pouvant être fragilisée chez eux. La maladresse et l'estime soi s'impactent l'une et l'autre. La dimension psychomotrice est alors indispensable chez ces enfants. Par la relation qu'instaure le psychomotricien, les sphères motrices, cognitives, psychiques, affectives et émotionnelles sont prises en compte permettant ainsi à l'enfant dyspraxique de grandir en acquérant l'autonomie pour avancer par lui-même.

Mots clés : dyspraxie - schéma corporel - organisation spatiale - motricité globale - construction identitaire - trouble du comportement - relations - écoute psychomotrice

Summary

Dyspraxia is a handicap impairing the automation of gestures aimed at a specific goal, as well as their conceptualization and their performance. I have worked with three dyspraxic children which threw light on their disturbed psychomotor cores. I have noticed that the development of their identity was weakened and that clumsiness and self-esteem have an impact on each other. They really cannot do without the help of a psycho-motor therapist. By creating a special relationship with a dyspraxia child, the therapist takes into account the motor dimension, as well as the cognitive, psychic, affective and emotional ones, and enables the child to grow up and become autonomous.

Key words : dyspraxia - body diagram - space organization - global motricity - personal development - behavior disorder - psychomotor care