



HAL
open science

Accompagnement en psychomotricité d'enfants avec des difficultés scolaires

Souad Faridi-Corbet

► **To cite this version:**

Souad Faridi-Corbet. Accompagnement en psychomotricité d'enfants avec des difficultés scolaires. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02078883

HAL Id: dumas-02078883

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02078883>

Submitted on 25 Mar 2019

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, Bd de l'Hôpital
75364 Paris cedex 14



**ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITE D'ENFANTS AVEC DES
DIFFICULTES SCOLAIRES**

Mémoire présenté par Souad FARIDI-CORBET en vue de l'obtention du
Diplôme d'État de Psychomotricien

Référent de mémoire : Sophie Roy

Session Juin 2018

Avant-propos

« ... l'ambition de faire prendre conscience à l'ensemble des intervenants auprès de ces enfants qu'on ne peut les percevoir simplement comme déficitaires, en termes de manques, de déficiences, de lacunes, de carences. Cet enfant qui, précocement, ne dispose pas du même répertoire de compétences que les autres pour se construire, fonctionner et se développer autrement, pas seulement avec des 'moins', mais fondamentalement différemment et c'est pourquoi il déroute tant ... »

Michèle Mazeau.¹

« Le concept de psychomotricité tente de mettre en évidence cette interrelation entre les fonctions motrices et la vie psychique de l'individu, le corps étant considéré comme le point d'ancrage des expériences sensorimotrices, émotionnelles et affectives, cognitives et sociales »

Julien De Ajuriaguerra²

¹ (Mazeau & Pouhet, 2014), p.5

² Julian de Ajuriaguerra, (1911- 1993), neuropsychiatre et psychanalyste français

Remerciement

Je souhaite dédier ce mémoire à ma famille, à mes trois garçons : Rayan qui a su trouver les mots justes pour m'encourager dans les moments de doute, Naël qui, du haut de ses douze ans m'a proposé de relire ce mémoire pour avis et Noam, qui n'a jamais manqué de me souhaiter bonne chance pour mes partiels et me demander s'ils s'étaient bien passés ; à mon époux Pierre qui a toujours été présent à mes côtés, et à mes parents pour leur compréhension et encouragements.

Je les remercie de leur patience et réconfort tout au long de ces études.

Je remercie mes maîtres de stage et particulièrement Emmanuelle Proffit et Sophie Roy, qui m'ont offert la possibilité d'apprendre auprès d'eux et ont su me transmettre un enseignement théorico-clinique de qualité et la passion pour ce métier

Je les remercie également pour la confiance qu'ils m'ont témoignée, leur professionnalisme et leur investissement constant dans la transmission, l'échange et l'ouverture.

Je formule mes remerciements aux enfants avec qui j'ai pu travailler dans le cadre de mes stages et je leur envoie de tendres pensées de résilience.

Je témoigne de ma gratitude à l'ensemble de l'enseignement de l'IFP, institut de formation de psychomotricité à l'université de Sorbonne.

Je remercie également le cercle élargi de ma famille et mes amis et spécialement Stéphanie HEM-Gavory, qui ont cru en moi et m'ont encouragée quand je fléchissais, qui ont vibré avec moi à l'attente des résultats et qui m'ont épaulée dans l'épreuve de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION.....	6
Première Partie	8
1 Approches	8
1.1 Approche méthodologique.....	8
1.2 Approche posturale	9
2 Apprentissage et complications d'apprentissages scolaires	12
2.1 Apprentissage et psychomotricité.....	12
2.2 De la difficulté d'apprentissage à l'échec scolaire.....	14
2.3 Diagnostic.....	23
2.4 Bilan psychomoteur	24
2.5 La réponse aux difficultés des apprentissages.....	26
2.6 Étiologie des troubles des apprentissages.....	30
2.7 Principales comorbidités.....	32
3 Approches théoriques.....	33
3.1 Théorie du développement de l'intelligence de Piaget.....	33
3.2 Théorie de Wallon.....	37
3.3 Théorie de Vygotsky.....	39
3.4 Théorie des intelligences multiples	40
3.5 Développement psychomoteur	42
3.6 Prérequis psychomoteurs aux « apprentissages scolaires »	43
3.7 Prérequis psychoaffectifs aux apprentissages.....	50
Deuxième partie	51
4 Clinique & discussion	51
4.1 La psychomotricité et les apprentissages.....	51
4.2 Cadre d'intervention.....	52
4.3 Rencontre avec Nathan.....	54
4.4 Discussion.....	60
4.5 Rencontre avec Fleur	72
4.6 Discussion.....	73
4.7 Rencontre avec Perceval.....	79
4.8 Discussion.....	85
Conclusion	89
Bibliographie.....	92

GLOSSAIRE

Terme	Définition
CFTMEA	Classification Française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent
CIM	Classification internationale des maladies
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CLIS	Classe d'Inclusion Scolaire
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le sigle DSM est un acronyme anglais : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DE	Diplôme d'État
DYS	Tous les troubles spécifiques des apprentissages : dyslexie dyspraxie, dysgraphie, dysorthographe, dyscalculie, TDA/H.
HAS	Haute Autorité de Santé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
PPRE	Programmes Personnalisés de Réussite Éducative
RASED	Réseaux d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficulté
TAC	Trouble d'acquisition des coordinations
TDV	Trouble du développement des coordinations
TDA/H	Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité
OMS	Organisation mondiale de santé

INTRODUCTION

J'ai choisi d'axer ma thématique de mémoire sur l'accompagnement en psychomotricité, des enfants avec des difficultés scolaires.

Les difficultés d'apprentissage sont un enjeu majeur de la société et au cœur des préoccupations du monde scolaire, familial, médical et politique. Elles concerneraient des dizaines de milliers d'élèves en France.

Parmi les enfants rencontrés lors de mes stages, suivis en psychomotricité pour ces motifs, certains ont un diagnostic posé de troubles spécifiques des apprentissages. Toutefois, plusieurs enfants ayant des difficultés scolaires n'ont pas de diagnostic posé. Au-delà du diagnostic, l'accompagnement et la prise en charge de ces enfants doit considérer l'enfant dans sa globalité et sa singularité.

La question de la dimension globale de la personne est primordiale dans l'accompagnement de ces enfants et doit également associer la vision des parents, du milieu scolaire et des thérapeutes.

Lors de mes stages dans différents cabinets, j'ai remarqué que les parents sont désemparés devant les difficultés scolaires de leur enfant et souvent confrontés à une certaine errance médicale.

Malgré la satisfaction de plusieurs facteurs favorisant la bonne prise en charge, comme la mobilisation de l'entourage et les compétences de l'enfant, les difficultés peuvent persister et plus elles persistent plus l'enfant perd confiance dans ses capacités, ce qui peut accentuer sa souffrance.

Ce qui m'amène à souligner l'importance de l'alliance thérapeutique avec l'enfant et ses parents et de prendre en compte à la fois les ressentis et besoins de chacun.

Comment accompagner au mieux les enfants avec des difficultés scolaires vers une meilleure prise de conscience de leurs compétences, dans le souci de leur épanouissement ?

Combien de fois certains parents lors de l'entretien d'anamnèse, mettent en avant le trouble de l'enfant « Il est dyslexique », « il est dysgraphique », au lieu de présenter l'enfant comme il est : « un être singulier ». Ce n'est certainement pas par manque d'amour pour l'enfant, mais probablement par raccourci de langage, que l'enfant prend à chaque fois de plein fouet.

Il est clair que l'enfant ne se résume pas à sa difficulté. Devant des symptômes de difficultés scolaires identiques, chaque enfant reste unique et réagit différemment selon son histoire, son milieu et sa personnalité. Il est un être pensant et agissant avec sa complexité et sa singularité.

Cela m'a amené à me questionner sur : « comment accompagner les enfants avec des difficultés d'apprentissage, en psychomotricité et comment adapter l'approche à la fois multidimensionnelle et globale ? Comment adapter ma posture dans cette approche pour un accompagnement thérapeutique ajusté, prenant en compte les éléments pouvant entraver l'accès aux apprentissages comme les problèmes émotifs ? »

Le décret de compétence³ cadre les domaines d'exercice de la psychomotricité et cite parmi les indications de rééducation du développement psychomoteur plusieurs domaines en lien direct avec les troubles d'apprentissages.⁴

Pour aborder ces questions, je m'appuierai sur des vignettes cliniques d'enfants rencontrés lors de mes stages et sur des éléments théoriques.

Ce mémoire constitue aussi une opportunité de nourrir ma propre réflexion sur les problématiques des difficultés d'apprentissage, qui peuvent conduire parfois à l'échec scolaire. Prévenir cette issue, est de la responsabilité de tous et non unilatéralement celle de l'école ou encore de la famille ou des soignants. C'est un enjeu de société, car il y va de l'avenir de nos enfants.

³ Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement des actes de rééducation psychomotrice

⁴ Les compétences référencées dans le décret sont listées en annexe E.

Première Partie

1 APPROCHES

1.1 Approche méthodologique

1.1.1 Approche clinique et non généraliste

Le sujet de ce mémoire est orienté vers la clinique : j'y aborde les difficultés scolaires à travers des cas cliniques. La finalité est de questionner l'approche de l'accompagnement et de la prise en charge en psychomotricité, avec ses spécificités et sa complémentarité dans un cadre de soin pluridisciplinaire des troubles des apprentissages.

J'ai effectivement conscience de la vaste étendue du champ des difficultés scolaires et des troubles spécifiques des apprentissages.

La complexité de cette question et la multiplicité des intervenants (école, parents, thérapeutes, société, ...) impliquent de favoriser une position d'écoute, d'interrogation et d'élaborations théorico-cliniques. Mon but ici n'est pas d'apporter des réponses universelles à ces problématiques très complexes, mais d'apporter un éclairage sous l'angle de ma propre expérience.

1.1.2 Contexte

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre de la formation du Diplôme d'Etat (DE) de psychomotricien, que j'ai entreprise dans une démarche de reconversion professionnelle.

Entamer une reconversion professionnelle est une expérience intense. Elle demande un ajustement permanent à différentes situations : à l'apprentissage en soi, aux regards des autres, à son propre regard.

Pour adopter la posture de l'étudiant ouvert à l'apprentissage malgré l'expérience, il faut savoir être humble, et accepter de changer son référentiel d'analyse. Il n'en reste pas moins que jouir de nouveaux apprentissages est une expérience nourrissante pour le corps et l'esprit.

Ce chemin franchi confirme mon choix d'orientation professionnelle vers le métier de psychomotricien. Le parcours de formation m'a beaucoup apporté dans la façon de prendre les sujets dans leur globalité et avec une sensibilité propre à la psychomotricité.

1.1.3 Structuration du sujet

Dans une première partie j'apporte des précisions sur la définition de l'apprentissage, des difficultés d'apprentissage et les troubles spécifiques d'apprentissage.

Ensuite, je présenterai les concepts de l'intelligence et du développement de l'enfant, du développement psychomoteur, ainsi que celui de la prise en charge en psychomotricité, avec sa spécificité et son adaptation au cas par cas.

J'aborderai comment le bilan peut apporter des éléments de compréhension, sur les compétences et les difficultés de l'enfant, pour mieux adapter les axes thérapeutiques de la prise en charge. Enfin, je terminerai avec une analyse et une conclusion.

1.2 Approche posturale

Je me permets dans ce mémoire de mettre un mot sur mes différents vécus lors de mon parcours de reconversion et de formation : de mon expérience professionnelle de consultant dans un cabinet de conseil et de mon expérience d'étudiante, de stagiaire et de future thérapeute.

1.2.1 Posture de consultant

Dans le domaine du conseil dans un cadre professionnel, être consultant exige à tout instant une forte capacité d'adaptation, des compétences et une démarche structurée orientée client. Il s'agit d'une expérience de rencontre avec l'autre, dans sa complexité, sa pluralité et ses particularités, mais aussi dans sa richesse. Cet aspect de la fonction de consultant nécessite un ajustement de posture pour être dans la relation professionnelle, une adaptation du vocabulaire, ainsi que de rester concentré sur la construction de plus-value pour le client et l'orientation du résultat vers la réussite de l'accompagnement ; il est nécessaire d'écouter le client pour en affiner « le besoin » et l'accompagner dans la résolution de sa problématique, en faisant preuve de professionnalisme, de créativité, et de force de proposition.

La nature du travail de consultant est d'être en capacité continue de s'adapter et de s'informer pour proposer de nouvelles technologies et méthodologies qui répondent aux attentes professionnelles.

De la posture de consultant à la posture du thérapeute, je ne peux pas dire qu'il n'y a qu'un pas, mais plutôt tout un monde, alors que beaucoup de points communs les rassemblent : l'écoute, l'empathie, l'adaptabilité,

1.2.2 Posture d'étudiant

Le DE de psychomotricité est accessible par concours ouvert aux titulaires de baccalauréat. Me mettre dans la posture d'étudiant post baccalauréat, n'est pas forcément chose évidente, ni facile. Même si dans mon introspection personnelle, j'ai fait ce travail d'accepter cette posture qui a été facilitée, certes, par mes appétences à l'apprentissage et à mes longues années d'études précédentes. Il n'en reste pas moins que cette posture n'est pas toujours facile à endosser au regard des autres jeunes étudiants, professeurs, maîtres de stages, patients et face à l'exigence, en soi, de la formation.

1.2.3 Posture de stagiaire

J'ai eu une chance inouïe, de rencontrer des maîtres de stages professionnels et passionnés par un métier qui les comble et qui ont su garder une remise en question ou une mise en perspective continue sur leur approche clinique.

La place de stagiaire est aussi un ajustement continu, à la fois à la situation, à l'approche et à la sensibilité du maître de stage ; ainsi qu'à la particularité des patients.

1.2.4 Posture de thérapeute

La finalité de ma reconversion, de la formation et des stages, est de pouvoir forger ma posture de future psychomotricienne et me sentir à l'aise dans la pratique thérapeutique, pour être disponible à accompagner au mieux les patients.

Mon expérience passée fait partie intégrante dans la construction de cette posture qui serait la mienne, enrichie par les précieux apports de la formation en psychomotricité et des stages pratiques et sera orientée vers l'intérêt du patient dans sa globalité.

1.2.5 Mes difficultés de postures

Autant dans le monde de l'entreprise, il faut arriver avec des convictions et réussir à les appliquer pour convaincre, autant dans la posture de thérapeute dans le domaine du soin, il ne faut jamais devancer le patient. Il faut plutôt savoir s'adapter à sa temporalité et être dans la posture d'écoute et de "co-création" du soin qui lui est ajusté.

Au début des stages, j'ai compris que dans un premier temps, je devais m'affranchir de plaquer les concepts théoriques aux situations rencontrées et d'adopter une attitude d'écoute pour comprendre les particularités et rester entière et engagée dans la relation. Les apports de la formation me sont indispensables pour disposer de fondamentaux et comprendre ce qui se joue dans les situations, tout en adoptant une certaine sérénité.

2 APPRENTISSAGE ET COMPLICATIONS D'APPRENTISSAGES SCOLAIRES

Avant d'aborder la question des difficultés des apprentissages, je définirai rapidement le concept des apprentissages en restant assez factuelle, car s'il convient de l'aborder en profondeur, il faudrait en dédier un autre mémoire, voir un autre apprentissage.

2.1 Apprentissage et psychomotricité

2.1.1 Apprentissage

Larousse⁵ définit l'apprentissage comme un ensemble des processus de mémorisation mis en œuvre pour élaborer ou modifier les schèmes comportementaux spécifiques sous l'influence de son environnement et de son expérience.

En psychologie du développement : « *L'apprentissage est la modification d'un comportement ou bien de la capacité à réaliser une tâche sous l'effet d'une interaction avec l'environnement (effet exogène). L'apprentissage se traduit généralement par un accroissement du répertoire des comportements qui surviennent à la suite de la maturation de l'organisme (effet endogène).* »⁶

En psychologie cognitive et c'est également le sens le plus largement répandu pour le terme apprentissage : « *L'apprentissage est une modification durable et systématique d'un comportement due à la répétition d'une même information.* »⁷.

2.1.2 Apprentissage scolaire

Savoir lire, écrire, compter et respecter autrui est la priorité de l'école parce que ces compétences conditionnent l'accès à tous les domaines du savoir. Ce sont les apprentissages scolaires fondamentaux, qui sont le socle de base pour les acquisitions des savoirs, mais ils sont loin d'être naturels. Ils nécessitent expérimentation, imitation, répétition et actions pédagogiques.

⁵ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>, consulté le 20/12/2017

⁶ Troadec B., Martinot C.(2003), p. 16

⁷ Lieury A. (2015), p. 66

Pour apprendre, l'enfant doit disposer d'un équipement biologique non altéré et d'un développement soutenu par les interactions avec un environnement qui lui offre la sécurité nécessaire et la contenance psychique pour soutenir son désir d'apprendre.

2.1.3 Le corps dans l'apprentissage

Le corps est un outil incontournable dans les apprentissages « lire, écrire et compter » et je rajouterai « comprendre ». Ces aptitudes engagent le corps, requièrent de passer par le mouvement et la manipulation par le corps, pour mobiliser la sensation et la perception, qui sont indispensables à la représentation, base des apprentissages.

L'école sollicite et mobilise les compétences cognitives et comportementales, mais elle n'intègre pas le corps dans l'approche pédagogique de manière à ce qu'il contribue au développement des compétences de l'enfant.

Renaud Pujade⁸ dans un travail novateur questionne le corps en classe à partir du point de vue des élèves. Le résultat est cinglant de vérité, il est question d'immobilisme, de passivité, d'absence et de besoin d'évasion.

« Etonnante, voire troublante, description d'un vécu corporel de 'l'absence' ! Tout se passe comme si le corps refoulé. [...] Corps en lévitation, l'élève laisse une apparence charnelle à sa place et s'offre quelque 'voyage' : une école buissonnière de dedans ? »⁹

Or pour certains enfants, il est important de passer par les expériences corporelles pour pouvoir se représenter les concepts. Le passage par les jeux corporels est indispensable pour amener l'enfant à bien intégrer les notions de l'espace et du temps, qui font partie des acquisitions attendues par l'école et qui sont des organisateurs fondamentaux pour les habilités visuo-spatiales utiles dans la lecture, l'écriture, et dans les concepts mathématiques. La motricité concerne le contrôle de la posture et du geste, qui sont fortement impliqués dans la praxie de l'écriture et de la lecture....

⁸ Pujade R. (2005), p 16

⁹ Ibid, p 18

2.2 De la difficulté d'apprentissage à l'échec scolaire

2.2.1 Difficultés d'apprentissage et psychomotricité

En cabinet libéral, les principales indications en psychomotricité relatives aux difficultés scolaires se présentent sous différents ordres. Elles concernent la motricité, la graphomotricité, les difficultés d'attention/concentration ou l'agitation motrice, le plus souvent. Il est question également des difficultés de rentrer dans les apprentissages et de suivre le rythme et les contraintes scolaires.

2.2.2 La différence entre un trouble et une difficulté d'apprentissage

Les difficultés d'apprentissage sont temporaires et contextuelles, en lien avec le vécu socioaffectif, conjectural et relationnel de l'enfant.

La principale différence entre la difficulté et le trouble réside dans la persistance, l'intensité des manifestations et l'absence d'amélioration malgré la mise en place d'adaptations.

La prise en charge de la difficulté peut relever du ressort de l'entourage et de l'éducation. Celle du trouble d'apprentissage réclame évaluation, diagnostic et prise en charge multidisciplinaire.

Qu'il s'agisse de difficultés d'apprentissage ou de troubles d'apprentissage, l'enjeu reste le même, il s'agit d'aider l'enfant à révéler ses compétences et se sentir à l'aise dans les apprentissages.

Dans ce qui suit, je m'attache à définir les termes et les concepts en lien avec les difficultés des apprentissages.

2.2.3 Difficulté d'apprentissage

Une **difficulté** d'apprentissage est **temporaire** et peut se dissiper si une intervention adaptée est entreprise. Elle peut être en lien avec le vécu actuel de l'enfant (conditions socioaffectives difficiles, des difficultés économiques, déménagement,...).

Les difficultés peuvent être **isolées** et toucher un domaine spécifique (lecture, raisonnement, ...). Elles peuvent être liées à un contexte (l'école, l'enseignement, la matière, ...), ou globales avec des résultats insuffisants, ou une dégradation des résultats.

L'étude internationale TIMMS¹⁰ révèle que le niveau scolaire des élèves en France est en dessous des moyennes internationale et européenne en mathématiques et en sciences. De même, la proportion des **élèves en difficulté** est passée de 21% en 2006 à **22%** en 2015¹¹ toutes classes confondues. Près de 15 % des élèves dans le primaire sont en grande difficulté en France¹², disparités géographiques ou sociales mises à part.

In fine, les difficultés bien que temporaires, sont des obstacles à l'apprentissage scolaire. Elles peuvent relever de troubles des apprentissages et, si elles perdurent, peuvent engendrer un retard scolaire, voire un échec scolaire et perte de confiance et d'estime de soi et en ses compétences (cercle vicieux).

2.2.4 Troubles des apprentissages

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), il s'agit d'un **trouble** permanent d'origine **neurologique qui affecte une ou plusieurs fonctions** neuropsychologiques et perturbe l'acquisition, la compréhension, l'utilisation et le traitement de l'information verbale ou non verbale.

Un trouble implique nécessairement un dysfonctionnement neurologique d'une ou plusieurs fonctions de la sphère psychique ou physiologique qui empêche l'enfant de traiter les informations. Il dispose de l'équipement nécessaire, mais ne peut l'exploiter de manière « optimale ». On peut parler de troubles structurels.¹³

Les troubles d'apprentissage peuvent être limités à une fonction spécifique : le langage, la mémoire, l'attention/concentration, le calcul, les repères dans le temps et dans l'espace ou étendus à plusieurs domaines.

2.2.5 Troubles spécifiques des apprentissages

Les troubles spécifiques des apprentissages appelés communément « troubles DYS ». Le terme « dys » est un mot grec qui signifie « difficulté ». Ils sont la conséquence de troubles

¹⁰ Etude qui mesure les performances des élèves à la fin de la quatrième année de scolarité

¹¹ <https://www.latribune.fr>, consulté le 20 mars 2018

¹² http://www.rfi.fr/france/difficulte_scolaire, consulté le 15 février 2018

¹³ Touzin M., & Vaivre-Douret, L. (1999), pp 30-37.

cognitifs spécifiques neurodéveloppementaux, sans déficience intellectuelle, sans déficit d'acuité visuelle ou auditive non corrigé, sans autres troubles mentaux ou neurologiques, sans trouble psychologique, ni carence socioculturelle grave ou d'enseignement inadéquat. Ils perdurent tout au long de la vie.

Certains de ces troubles affectent les apprentissages précoces dont le langage et le geste. D'autres affectent plus spécifiquement les apprentissages scolaires comme l'expression orale /écrite ou le calcul. Ils concernent les acquisitions scolaires et se révèlent préférentiellement dans les classes d'apprentissage (CP, CE1, CE2).¹⁴.

Les troubles spécifiques des apprentissages sont : la dyslexie, la dyspraxie, la dysphasie, la dyscalculie, la dysgraphie, la dysorthographe, le TDA/H.

- **La Dyslexie** : trouble de l'acquisition et de l'usage du langage écrit. L'enfant a du mal à identifier les mots écrits. En revanche, la compréhension orale des personnes dyslexiques est d'un assez bon niveau car ils compensent par ce biais.

On distingue trois types de dyslexies :

- La dyslexie de type lexico-sémantique, qui se manifeste par une difficulté à reconnaître et à mémoriser la forme visuelle des mots écrits.
- La dyslexie de type phonologique se manifestant par une difficulté de mise en place des correspondances grapho-phonémiques et de manipulation mentale des sons du langage.
- La dyslexie de type mixte qui est la plus fréquente et qui combine les deux précédentes.

Selon Mazeau ¹⁵ : « *Les dyslexies sont définies par une difficulté massive et persistante d'accès à la lecture, chez un enfant d'intelligence normale, scolarisé selon les normes habituelles, ne présentant ni trouble sensoriel, ni lésion neurologique patente, ni trouble envahissant du développement.* »

¹⁴ Mazet, Xavier, Cohen, Guilé, & Collectif (2016), p. 207

¹⁵ Mazeau (2015)

Au niveau de **la sémiologie psychomotrice**, on retrouve des troubles de l'équilibre, de l'orientation dans le temps et l'espace, et la lenteur. La difficulté majeure rencontrée chez les enfants dyslexiques est celle de l'accommodation au rythme, qu'il s'agisse d'un rythme frappé, perçu ou vécu.

- **La Dyspraxie** : trouble développemental de la pré-programmation des gestes complexes, intentionnels et finalisés. Il se traduit par un trouble de l'acquisition de la réalisation du geste. On distingue deux grandes catégories respectivement sur le versant d'acquisition du mouvement et sur le versant visuo-spatiale :
 - TAC : Trouble d'Acquisition de la Coordination, qui change de nomination dans le DSM-5¹⁶ pour Trouble du développement de la Coordination (TDC),
 - Dyspraxie visuo-spatiale et dyspraxie visuo-constructive.

Sur **le plan psychomoteur**, un enfant dyspraxique manque d'aisance en motricité globale, tombe souvent, se repère difficilement dans le temps ou l'espace. A l'école, l'acquisition de l'écriture est laborieuse, le geste graphique est crispé, l'enfant forme mal ses lettres, écrit successivement trop petit ou trop gros. En primaire, il a des difficultés à programmer et à exécuter des gestes complets. Les devoirs sont brouillons. L'enfant souvent à l'aise à l'oral, est en difficulté à montrer ses compétences à l'écrit.

- **La Dysphasie** : trouble structurel inné et durable de l'apprentissage et du développement du langage oral. Il existe cinq grands types de dysphasies dont les manifestations sont très hétérogènes¹⁷. La dysphasie peut être plus ou moins sévère et se présenter sous des formes diverses : paroles indistinctes, troubles de la syntaxe, discours moins construit, manque de mots, compréhension partielle du langage oral ...
- **La Dyscalculie** : trouble affectant tout ce qui a un lien avec le nombre, le chiffre, la logique mathématique, le calcul. L'enfant n'acquiert pas la notion du nombre, ne comprend pas les systèmes numériques, et la logique arithmétique.

¹⁶ DSM : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

¹⁷ <http://cogitoz.com/troubles-des-apprentissages>, consulté le 20 janvier 2018

- **La Dysgraphie** : trouble spécifique d'apprentissage de l'écriture. Elle est définie par une atteinte de la fonction graphique scripturale.

Selon Ajuriaguerra, un enfant dysgraphique est « *un enfant chez qui la qualité de l'écriture est déficiente alors qu'aucun déficit neurologique ou intellectuel n'explique cette déficience* »¹⁸

La dysgraphie se décline en trois types :

- La dysgraphie motrice est une atteinte des capacités de programmation motrice de l'enfant. L'absence de programme moteur stable et reproductible expliquerait la variabilité de l'écriture présente chez les individus dysgraphiques.¹⁹
 - La dysgraphie spatiale est une atteinte des capacités et des connaissances visuo-spatiales.
 - La dysgraphie linguistique correspond à des difficultés du choix des lettres (graphèmes) en raison d'un déficit visuo-spatial, ce qui donne lieu à des erreurs de choix et de place des lettres.
- **La Dysorthographe** : dans la CIM 10, ce trouble est défini comme : « *Altération spécifique et significative de l'acquisition de l'orthographe, en l'absence d'antécédents de dyslexie et non imputable à un âge mental bas, à des troubles de l'acuité visuelle ou à une scolarisation inadéquate. Les capacités à épeler oralement et à écrire correctement les mots sont toutes deux affectées.* »²⁰
 - **Le Trouble du Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H)** : trouble se manifestant par une impulsivité cognitive et comportementale associée à une atteinte importante des capacités d'attention. L'hyperactivité (agitation motrice constante) peut être ou non un symptôme associé.

¹⁸ Ajuriaguerra J. (1980), p.286

¹⁹ Legardeur, C. (2011)

²⁰ CIM 10 : Classification internationale des Maladies

L'impulsivité et l'hyperactivité pénalisent l'enfant fortement dans le domaine scolaire, sur le plan de ses apprentissages, du comportement ou dans ses relations sociales.

2.2.5.1 Dénominations et classifications

Une grande confusion règne concernant la définition des troubles spécifiques des apprentissages (DYS), leur nature et le champ disciplinaire auxquels ils appartiennent.

B. Jumel²¹, a entrepris un travail fondamental d'analyse des dénominations et classifications des troubles des apprentissages qui sont différentes selon les classifications médicales, bien qu'elles présentent une constante sur l'appartenance à la rubrique des « troubles du développement ».

Les troubles des apprentissages sont cités dans les rubriques suivantes dans les différentes classifications : DSM²², CIM²³ et CFTMEA²⁴-, dans leur version récente :

- DSM-5 : « Troubles spécifiques des apprentissages »
- CIM-10 : « Troubles du développement psychologique » et la sous rubrique « Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires »
- CFTMEA R2012 : « Troubles du développement et des fonctions instrumentales ».

Dans chacune de ces classifications, les troubles des apprentissages sont classés par catégorie : troubles du langage pour la dysphasie, trouble de la lecture pour la dyslexie, troubles des apprentissages (ou des acquisitions scolaires), troubles des habiletés motrices (ou du développement moteur) pour la dyspraxie.

²¹ Jumel,B. (2015)

²² DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) est un ouvrage de référence en psychiatrie

²³ CIM : Classification internationale des Maladies

²⁴ CFTMEA : Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

La classification des troubles des apprentissages dans la CIM 10, reconnue par l'OMS est la suivante :

Classification internationale des maladies (CIM 10)	
F80-F89	Troubles du développement psychologique
F81	Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires <i>Troubles dans lesquels les modalités habituelles d'apprentissage sont altérées dès les premières étapes du développement</i>
F81.0	Trouble spécifique de la lecture
F81.1	Trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe
F81.2	Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique
F81.8	Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires
F81.9	Trouble du développement, des acquisitions scolaires, sans précision
F82	Trouble spécifique du développement moteur
F82.XX-001	Débilité motrice de l'enfant
F82.XX-002	Dyspraxie de développement
F82.XX-003	Trouble de l'acquisition de la coordination
R27	Autres troubles de la coordination

Dans la classification française CFTMEA, les troubles des apprentissages sont regroupés sous la catégorie « Troubles du développement et des fonctions instrumentales », qui se divisent en 3 grandes catégories et sous catégories :

Classification française (CFTMEA Révisé en 2012)	
6	Trouble du développement et des fonctions instrumentales
6.0	Troubles de la parole et du langage
6.01	Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires
6.02	Troubles psychomoteurs

La correspondance entre les différentes sous catégories de la classification CIM et CRTMEA se trouve en annexe.

2.2.5.2 Critères de diagnostic des troubles spécifiques des apprentissages

Le DSM et la CIM sont des classifications descriptives basées sur les symptômes et la sémiologie des troubles, alors que la CFTMEA est une classification psychopathologique.

Le **DSM-5**²⁵ définit ainsi les troubles spécifiques des apprentissages :

- Ils sont affirmés par des outils d'évaluation standardisés révélant des scores déficitaires en référence aux normes attendues pour l'âge ;
- Ils sont spécifiques, ne pouvant pas être entièrement expliqués par une autre pathologie sensorielle (surdité, vision), neurologique (lésions cérébrales innées ou acquises), intellectuelle ou psychiatrique (troubles du développement de la personnalité, de la sphère émotionnelle et/ou comportementale.), ni par un manque d'apport socioculturel ;
- Ils sont durables, persistant depuis au moins 6 mois en dépit d'une prise en charge individualisée et d'une adaptation pédagogique ciblée ; ils persisteront tout au long de la vie ;
- Ils sont présents dès les premières étapes du développement, mais ils peuvent se manifester plus tardivement (lorsque l'enfant n'arrive plus à mettre en place des stratégies de compensation de son (ses) trouble(s) ;
- Ils interf rent de façon significative avec la réussite scolaire, le fonctionnement professionnel ou les activités de la vie courante.

2.2.6 Retard scolaire

Les difficultés d'apprentissage peuvent engendrer un retard scolaire, qui est un décalage entre les acquisitions de l'élève et les apprentissages attendus, compte tenu de son âge et de son niveau scolaire. Le contexte pèse effectivement dans l'appréciation de ce retard, car les attentes peuvent varier selon le niveau d'élitisme de l'organisme éducatif ou de l'exigence du milieu social et familial.

²⁵ HAS. (2017, Décembre), p 6

Les retards scolaires peuvent être :

- Isolés et fonctionnels : retards simples d'acquisition dans un domaine, ou retards se situant dans le cadre des variations de la normale, sans autre anomalie ni antécédent significatif dans la famille.
- Isolés et structurels : il s'agit des troubles spécifiques, dont l'origine est supposée développementale, affectant un ou plusieurs domaines des apprentissages.
- Associés ou secondaires à des carences multiples (socioculturelles, éducatives, affectives), à des dysfonctionnements ou des événements familiaux ou scolaires, à une déficience intellectuelle, des déficits sensoriels, des troubles instrumentaux, des troubles psychiques, ou une maladie somatique.
- Un fléchissement scolaire si les difficultés apparaissent secondairement après une période initiale sans difficulté.

2.2.7 De l'échec scolaire au décrochage scolaire

On peut parler d'échec scolaire lorsque l'enfant ne peut plus surmonter les difficultés et lorsqu'il se sent écrasé sous le poids de celles-ci.

Placé en situation d'échec, l'enfant perd confiance en lui, en ses capacités et dans son « estime de soi », ce qui a d'importantes conséquences sur sa qualité de vie.

L'échec induit une souffrance psychologique et peut conduire au décrochage scolaire et condamner l'enfant à un futur incertain.

Le décrochage est **un processus** qui conduit chaque année un grand nombre de jeunes à quitter le système de formation initiale sans qualification équivalente au baccalauréat ou un diplôme à finalité professionnelle, de type certificat d'aptitude professionnelle (CAP) ou brevet d'études professionnelles (BEP).

Tout l'enjeu, est de prévenir ces situations d'échec et d'accompagner l'enfant dès les premières difficultés et auparavant, dans son développement psychomoteur et affectif.

Ainsi, la lutte contre le décrochage constitue un enjeu majeur humain, social et économique.

2.3 Diagnostic

Les difficultés et les troubles spécifiques des apprentissages ne constituent pas en soi un diagnostic. Ils ne sont que le constat de difficultés hors normes, dans l'apprentissage et dans un domaine précis (lecture écriture, praxie, orthographe, ...). Ce ne sont que des symptômes qui selon l'intensité peuvent être qualifiés de pathologiques. Le diagnostic de troubles d'apprentissages ne peut être posé, que si le décalage représente plus d'un an de retard par rapport à la norme.

Le diagnostic se fait par exclusion. Il s'agit d'une étape et non d'une finalité. Une fois le diagnostic posé, cela peut être le début du parcours du combattant pour l'enfant et ses parents. Parfois, il peut être vécu comme un soulagement, ou il peut aussi entraîner du découragement et un certain fatalisme.

Un diagnostic fiable est la première étape pour une prise en charge et un accompagnement adéquat, avec les aides nécessaires et appropriées pour combler au mieux tout retard naissant.

La prise en charge précoce et adaptée d'un enfant atteint de ces troubles vise à prévenir ou atténuer leurs conséquences fonctionnelles et parfois psychologiques. Elle nécessite une démarche diagnostique et thérapeutique le plus souvent pluridisciplinaire.

Dans le cadre des troubles des apprentissages, le diagnostic est clinique, basé sur l'observation, l'entretien et les bilans objectifs des différents soignants. Il doit prendre en compte le retentissement du trouble dans les différentes dimensions inter et intra-personnelles de la vie quotidienne de l'enfant : familiale, sociale, psychique et scolaire.

L'absence de diagnostic et de prise en charge adaptés peut engendrer un risque de souffrance de l'enfant avec apparition de troubles émotionnels (anxiété, faible estime de soi, dépression, ...), voire un décrochage scolaire aboutissant à l'échec scolaire.

2.4 Bilan psychomoteur

Le **bilan psychomoteur** s'inscrit donc dans une **perspective d'évaluation pluridisciplinaire** permettant de souligner et d'évaluer, les compétences et les difficultés de l'enfant, dans les domaines psychomoteurs. L'objectif étant d'affiner les perceptions cliniques en vue de poser un diagnostic et d'envisager une prise en charge.

Le premier acte qui figure dans le **décret** du psychomotricien est la réalisation du bilan psychomoteur, qui permet d'explorer les différents prérequis psychomoteurs.

La réalisation du bilan outre le diagnostic, permet d'élaborer le projet thérapeutique et d'adapter la prise en charge. L'évaluation psychomotrice se base sur des épreuves de tests standardisées ou de l'observation en s'appuyant sur la connaissance des stades de développement de l'enfant et son fonctionnement affectif.

Le bilan revêt un caractère particulier dans le contexte des troubles des apprentissages. Ingrid Zammouri, psychomotricienne, précise : « *Le bilan psychomoteur, dans ce cadre de consultation, s'inscrit dans une démarche d'évaluation pluridisciplinaire son objectif principal est d'évaluer l'organisation psychomotrice de l'enfant d'une manière globale, tout en recherchant un TAC, une dyspraxie ou une dysgraphie de manière plus précise.* »²⁶

2.4.1.1 Principe de précaution

Il reste important de prendre des précautions pour ne pas plaquer une étiquette sur l'enfant, en l'occurrence DYS ou TDA/ H avant le diagnostic, ni précipiter le diagnostic selon les symptômes, un enfant qui bouge n'est pas forcément TDA/H.

De même, il faut attendre un âge développemental et de réponse aux conditions d'inclusion avant de poser le diagnostic. Un trouble spécifique du langage oral (dysphasie) ne peut être évoqué avant l'âge de 5 ans.

Les troubles spécifiques du langage écrit (dyslexie) et l'écriture (dysgraphie) ne peuvent être posés avant 1 an et demi, voire deux ans de confrontation à l'apprentissage respectivement de la lecture et l'écriture en primaire et donc pas avant l'âge de 7/8 ans.

²⁶ Jutard C. et Zammouri I. in (Mazet et al., 2016), p. 168

2.4.1.2 Reconnaissance de handicap

Les troubles spécifiques d'apprentissage sont considérés comme un handicap invisible, en raison d'absence de déficit intellectuel et sensoriel. Ils sont reconnus par la loi de 2005 comme des handicaps se répercutant sur le quotidien et les apprentissages scolaires.

La reconnaissance de ces troubles en handicap nécessite de faire la démarche de la demande de reconnaissance auprès de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), une fois que le diagnostic a été posé.

Les parents sont souvent perdus devant la complexité des démarches à réaliser et la reconnaissance n'est pas systématique. Certains parents ne sont pas informés de cette possibilité et d'autres font le choix de ne pas faire cette reconnaissance pour ne pas stigmatiser l'enfant.

La reconnaissance par la MDPH permet selon des conditions :²⁷

- D'attribuer un taux d'incapacité (de 1% à plus de 50%- rarement plus de 80%),
- D'obtenir une éventuelle AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé), si le taux attribué est supérieur à 50%. (Jusqu'à l'âge de 20 ans.),
- D'obtenir un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) avec les aménagements nécessaires à la scolarité de l'enfant jusqu'à l'âge de 20 ans.

²⁷<https://precoedysetserein.com/2015/11/22/mdph-tout-sur-les-demarches>, consulté le 12/02/2018

2.5 La réponse aux difficultés des apprentissages

2.5.1 Le parcours de soins

Un plan d'action interministériel réévalué en 2007 a été mis en place et a recommandé la création de centres de référence dans les troubles des apprentissages. Il en existe une quarantaine en France, rattachés à des services de neuropédiatrie ou de pédopsychiatrie au sein de centres hospitaliers universitaires.

Le psychomotricien fait partie des intervenants de premier niveau²⁸. Il intervient à la fois dans le parcours de diagnostic et d'orientation de l'enfant et de sa famille selon le degré des troubles et le projet de soin qui peut s'inscrire dans un cadre pluridisciplinaire.

2.5.2 La prise en charge psychomotrice

La prise en charge précoce et adaptée des troubles des apprentissages vise à prévenir ou atténuer leurs conséquences fonctionnelles ou psychologiques. Elle nécessite à la fois une démarche diagnostique et thérapeutique pluridisciplinaire dans la plupart des cas.

« On peut avoir recours à la psychomotricité à chaque étape de la maturation, à chaque fois que les conduites d'adaptation ne sont pas fructueuses, que les apprentissages sont freinés, que le développement n'est pas harmonieux, que l'activité corporelle est en jachère. »²⁹

La psychomotricité permet d'établir des relations avec l'espace, le temps, la conscience de soi, dans sa relation avec les autres. Elle peut jouer le rôle de catalyseur dans l'émergence de la représentation de la fonction imaginaire et l'accueil des émotions.

Ajuriaguerra nous éclaire sur l'approche psychomotrice spécifique et complexe : *« Le concept de psychomotricité tente de mettre en évidence cette interrelation entre les fonctions motrices et la vie psychique de l'individu, le corps étant considéré comme le point*

²⁸ Cf Annexe A.

²⁹ Potel C. et Saint-Cast, (2013). p. 26

*d'ancrage des expériences sensorimotrices, émotionnelles et affectives, cognitives et sociales. »*³⁰

Dans les difficultés d'apprentissage scolaires, on retrouve : des difficultés d'ordre psychomoteur, avec en premier lieu, l'écriture, qui est un geste moteur complexe en lien avec la régulation tonique. Les difficultés dans l'organisation spatiale peuvent impacter les capacités d'abstraction et de géométrie.

L'accompagnement psychomoteur a pour but d'aider la personne à trouver ou retrouver un équilibre psychocorporel ainsi qu'une meilleure prise de conscience de son corps et de ses potentialités afin d'en faire un instrument pour mieux appréhender et se représenter l'environnement, en vue d'interagir de manière plus adaptée avec celui-ci. Ses objectifs sont, entre autres et selon les cas :

- De renforcer les capacités d'adaptation et d'apprentissage moteur et scolaire,
- D'améliorer le repérage spatio-temporel,
- De limiter les retards de développement,
- De consolider le schéma corporel et améliorer la connaissance et l'image de soi.
- De diminuer les troubles du comportement (instabilité, agitation, inhibition),

2.5.3 Le dilemme de l'école

L'école est avant tout un lieu de transmission du savoir et de la construction des capacités d'apprentissages, et également un lieu de socialisation où s'élaborent notamment les structures cognitives et les apprentissages. Elle joue un rôle majeur particulièrement efficace dans le développement affectif, moteur et cognitif de l'enfant.

Le devoir d'inclusion et d'individualisation s'impose à l'école, mais il peine à couvrir les besoins des élèves en situation de handicap, en difficulté scolaire ou qui ont simplement des nécessités éducatives particulières. L'hétérogénéité des classes pose à l'école, la double injonction de veiller à appliquer la même norme pour tous et en même temps, offrir l'individualisation, voire la personnalisation des apprentissages à chacun.

³⁰ (Ajuriaguerra, 1980)

2.5.4 L'aspect réglementaire

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées impose que le service public d'éducation veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction. Une approche nouvelle est consacrée : quels que soient les besoins particuliers de l'élève, c'est à l'école de s'assurer que l'environnement est adapté à sa scolarité.³¹

La loi d'orientation du 23 avril 2005, sur l'avenir de l'école, crée le socle commun de connaissances et de compétences indispensables. Elle est également à l'origine des programmes personnalisés de réussite éducative (PPRE), dispositif de pure remédiation qui vise à prendre en charge la difficulté scolaire.

La loi du 8 juillet 2013 officialise le changement de modèle d'individualisation et généralise l'aide aux seuls élèves en difficulté à l'accompagnement pour tous. Le principe de l'« inclusion » est explicitement reconnu. « Le service public de l'éducation reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. Il veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction. »³².

2.5.5 L'aménagement face aux troubles des apprentissages

Les enfants avec des troubles des apprentissages ont besoin d'être aidés dans l'organisation de leurs travaux et dans la prise en compte de leur fatigabilité et de leur lenteur. Ils ont besoin de temps pour assimiler le contenu scolaire et d'un soutien pédagogique important.

L'article L.321-4 du Code de l'éducation modifié par la loi du 8 juillet 2013, précise les modalités des aménagements pour les élèves en difficulté. « *Dans les écoles, des aménagements particuliers et des actions de soutien sont prévus au profit des élèves qui éprouvent des difficultés, notamment les élèves atteints de **troubles spécifiques du langage***

³¹ <http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation>, consulté le 05/03/2018

³² Ibid

écrit et/ou oral, tels que la dyslexie. Lorsque ces difficultés sont graves et permanentes, les élèves reçoivent un enseignement adapté. »³³

Au titre de cette inclusion, l'école doit s'assurer de l'adhésion de l'élève au projet pédagogique, prendre en compte leurs spécificités et mettre en place des aménagements qui s'appuient sur les points forts de l'enfant.

Les **adaptations et aménagements** consistent donc à **éviter les situations de double tâche** et à favoriser l'émergence de compétences de haut niveau : s'exprimer, analyser, argumenter, résumer, démontrer, déduire, expliquer, en contournant la difficulté d'accès aux compétences de bas niveau que sont lire, écrire, orthographier.

³³ <http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation>, consulté le 05/03/2018

2.6 Étiologie des troubles des apprentissages

Il n'y pas de consensus sur l'étiologie de chacun des troubles, encore moins une étiologie commune valable pour les troubles des apprentissages. Néanmoins, leur origine est multifactorielle, à la fois neuro-développementale, génétique, mais également affective et environnementale.

Pour les troubles spécifiques des apprentissages, il est néanmoins admis que l'origine de ces troubles neuro-développementaux est multifactorielle. Elle implique la participation de facteurs de vulnérabilité génétique et neurobiologique, ainsi que des facteurs environnementaux et psychoaffectifs.

Mazeau³⁴ met en avant schématiquement trois situations des troubles des apprentissages, qui sont non exclusives :

- La performance insuffisante de l'enfant est assimilée à du « retard », en lien avec l'immaturité et la lenteur d'acquisition ;
- L'enfant n'est pas « disponible » pour les apprentissages en raison de problèmes psychoaffectifs et/ou socioculturels, d'un désintérêt, d'une inhibition intellectuelle, d'un « blocage » en lien avec des conflits inconscients non résolus, ou encore de troubles de personnalité ;
- L'enfant présente une pathologie neuro-développementale qui touche spécifiquement tel ou tel aspect de la cognition, ou tel aspect des apprentissages.

2.6.1 Macro spécialisation du cerveau

Les hémisphères et les zones du cerveau sont spécialisés et schématiquement, nous pouvons représenter de façon assez macro la spécification des lobes et hémisphères comme suit :

- Le lobe frontal : l'attention, la concentration, l'inhibition, l'impulsivité.
- L'hémisphère gauche : le langage, la lecture, l'orthographe.

³⁴ Mazeau, M, Pouhet, A. (2014)

- L'hémisphère droit : le visuo-spatiale, l'orientation dans l'espace, la motricité fine et la coordination.

2.6.2 Les facteurs physiologiques

Des facteurs génétiques sont évoqués dans les troubles spécifiques des apprentissages, notamment pour la dyslexie et le TDA/H, du fait de l'existence de cas familiaux et de la concordance des troubles chez les jumeaux homozygotes.

Des causes neuro-anatomiques et anatomiques sont également évoquées. L'étude de deux chercheurs français Albert Le Floch et Guy Ropars(2017)³⁵ invoque dans la dyslexie, une origine anatomique localisée dans une zone de l'œil « tâche de Maxwell », mise en cause dans la confusion des lettres comme b/d.

M. Habib³⁶, dans le cadre d'une étude sur des enfants « dys » fait la conclusion qu'il existe un ensemble croissant et convergent d'arguments montrant que les troubles d'apprentissage sont associés du point de vue anatomique à des anomalies de connectivité entre des zones fonctionnelles de modalités différentes (en particulier hémisphériques gauches) et que l'entraînement rééducatif (en particulier phonologique) s'accompagne de remise en place des circuits anormalement connectés.

2.6.3 Les facteurs affectifs

Le développement psychoaffectif est une construction qui naît dans les interactions précoces. Il est en forte interdépendance avec le développement moteur et cognitif.

Pour des raisons de problèmes psychoaffectifs et/ou socioculturels, l'enfant peut ne pas être « disponible » pour les apprentissages, ou peut les freiner par opposition. Cette inhibition intellectuelle, peut être en rapport avec des conflits inconscients non résolus, une immaturité, ou des troubles de comportements ou de personnalité.

Les troubles émotionnels, de type dépendance affective et immaturité, sont fréquents dans les troubles des apprentissages. Ces derniers ont souvent une conséquence sur l'estime de soi et une répulsion de l'école, qui aggrave les troubles.

³⁵ <https://www.sciencesetavenir.fr/une-nouvelle-cause-de-la-dyslexie>, consulté 18 janvier 2018

³⁶ Habib, M. (2014)

« ... L'origine psychologique est vaste, elle étend ses préjudices du plus simple au plus compliqué. Les différents facteurs de trouble agissent tous azimuts. Ils peuvent insidieusement bloquer la pensée et ainsi entraver les processus des apprentissages. »³⁷.

2.6.4 Épidémiologie

L'estimation de la prévalence des troubles spécifiques des apprentissages est difficile. Selon le rapport de la HAS³⁸, les estimations globales pour l'ensemble des troubles, issues d'études internationales révèlent une fréquence de **6 à 8 %** des enfants par classe d'âge. L'association de plusieurs troubles est fréquente.

2.7 Principales comorbidités

L'association de plusieurs troubles spécifiques des apprentissages est fréquente chez le même enfant. Un enfant dyslexique peut présenter souvent une dysgraphie et un enfant dyspraxique peut cumuler une dyscalculie et dysgraphie.

Il est également fréquent de retrouver des troubles des apprentissages chez les enfants Haut Potentiel Intellectuel (HPI). Entre 10 à 12 % des enfants TDA/H sont des enfants HPI.

Michèle Habib précise : « Est-il possible aujourd'hui d'utiliser les termes dyslexie, dyspraxie, dyscalculie, quand on sait que la grande majorité des enfants 'dys' ne souffrent pas d'un seul trouble 'dys' mais de l'association de plusieurs troubles associés : linguistique, attentionnelle, moteur, ... ? D'où l'idée de la constellation des 'dys'. »³⁹.

³⁷ Revol, O. (2007)

³⁸ Haute Autorité de Santé (2017), disponible sur www.has-sante.fr

³⁹ Habib, M. (2014), p117

3 APPROCHES THEORIQUES

Après avoir clarifié les difficultés, les troubles des apprentissages et leurs évolutions, je propose de préciser le développement de l'intelligence chez l'enfant, car celui-ci est en lien étroit avec les apprentissages.

Les conceptions et théories du développement de l'enfant influencent la façon de concevoir l'articulation entre les processus développementaux de l'enfant et l'apprentissage.

3.1 Théorie du développement de l'intelligence de Piaget

La théorie de Jean Piaget (1896-1980) fait référence dans le domaine du développement de l'enfant. Elle est innovatrice dans son approche proposant que l'enfant ait des modes de pensée spécifiques le distinguant entièrement de l'adulte.

L'apport de Piaget peut facilement être mis en parallèle avec celui de Freud dans la psychanalyse et le développement psychique chez l'enfant. Freud a décrit les étapes et stades du développement affectif et sexuel de l'enfant, tandis que Piaget a décrit les étapes cognitives et stades du développement de l'intelligence chez l'enfant.

Piaget, dès 1923, développe sa théorie, en réaction au béhaviorisme qui, d'après lui, réduisait l'apprentissage à l'association stimulus-réponse, il se démarque ainsi des courants théoriques de son époque en proposant une approche « constructiviste » loin de la dualité du tout « inné » (innéisme) et du tout acquis (empirisme).

Selon Piaget, la pensée humaine n'est pas innée, elle se développe non par copie du réel, mais à travers l'expérience. La pensée se construit progressivement par interaction de l'enfant avec son monde et évolue tout au long de la vie, en passant par différentes étapes caractéristiques au cours de son développement.

La construction des structures cognitives assurant le progrès intellectuel est possible, dans l'interaction de l'enfant avec son environnement, grâce à trois processus dynamiques et complémentaires : l'assimilation, l'accommodation et l'adaptation.

- L'assimilation : le sujet reçoit les informations nouvelles dans son interaction avec le milieu. A chaque fois que le sujet perçoit un objet réel ou en pensée, il essaie de

l'assimiler et l'intègre dans des structures cognitives préexistantes. Dans l'assimilation, le sujet incorpore un nouvel élément dans une structure cognitive déjà en place.

- L'accommodation : Si cette intégration de l'objet aux structures préexistantes échoue alors commence un processus de modification de structures cognitives pour absorber, comprendre et appliquer des informations nouvelles. L'accommodation contribue à différencier et à enrichir les conduites disponibles du sujet.
- L'adaptation est un processus d'équilibration dynamique des deux mécanismes distincts et complémentaires : l'assimilation et l'accommodation.

La citation suivante résume la genèse de la pensée de Piaget mettant en relation les différents processus :

« Dans une perspective biologique, l'intelligence humaine doit être considérée comme la forme la plus poussée, sur le plan mental, de l'adaptation qui permet les échanges entre l'homme et son milieu. L'adaptation est un processus d'équilibre entre deux mécanismes complémentaires : l'assimilation et l'accommodation qui assurent les échanges avec le milieu. »⁴⁰.

Piaget se défend d'être un innéiste, un empiriste et un approximatif. Dans le documentaire de Raymond Catteau⁴¹, où il précise que la connaissance n'est reformatée, ni dans les objets, ni dans le sujet, mais qu'elle est affaire continue de construction nouvelle par interaction avec le réel. Ce n'est pas une copie fonctionnelle, mais une assimilation et interprétation par intégration de l'objet dans des structures intérieures du sujet, comme le montre le dessin chez l'enfant. L'enfant ne dessine pas ce qu'il voit, mais l'idée de ce qu'il s'en fait.

⁴⁰ Mazet et al, (2016) p. 49-50

⁴¹ <http://raymondcatteau.com/ref-2/annexes/452-documenatairejeanpiaget>, visualisé le 25/02/2018

3.1.1 Le concept de stades dans la théorie de Piaget

Le fonctionnement de la théorie de Piaget avec sa conception structurale des stades, est fondé sur trois « systèmes » successifs : les actions, les représentations et les opérations.

L'enfant vit d'abord dans un univers de sensations immédiates qu'il va progressivement organiser en perceptions d'objet à partir du repérage des constances (dedans/dehors, loin/proche, petit/grand, lourd/léger, ...).

La perception de l'objet sert d'appuis pour se construire des représentations mentales qui progressivement se détachent de sa réalité pour assimiler les symboles abstraits.

Le mouvement de l'intelligence, selon Piaget, commence par la sensation, qui s'organise en perception, pour aboutir à une représentation qui constitue la pensée.

3.1.2 Les stades du développement cognitif

Piaget différencie quatre stades dans le développement cognitif de l'enfant qui se succèdent dans un ordre linéaire et continu de la naissance jusqu'à l'adolescence :

1. Stade de l'intelligence sensori-motrice, de 0 à 2 ans.
2. Stade de l'intelligence préopératoire, de 2 à 6/7 ans.
3. Stade des opérations concrètes, de 6 à 11/12 ans.
4. Stade des opérations formelles, de 11/12 à 16 ans.

3.1.2.1 Stade de l'intelligence sensori-motrice (0-2 ans)

Dans ce stade, l'intelligence est essentiellement celle de l'action du sujet sur les objets de son entourage et en présence de l'objet. Il n'y a ni pensée, ni représentation, ni langage, ni concept. Il s'agit d'une intelligence pratique, qui fait intervenir la perception, le tonus, le mouvement et l'émotion.

3.1.2.2 Stade de l'intelligence préopératoire ; de 2 à 6/7 ans

L'enfant passe de l'action à la représentation. Il agit sur son environnement. Il est désormais capable de se représenter des objets même quand ils ne sont pas présents, ainsi que des actions passées ou futures. Cette représentation peut se faire par l'intermédiaire du langage, du dessin, ou par l'imitation. L'enfant accède ainsi à la fonction symbolique.

3.1.2.3 Stade des opérations concrètes ; de 6/7 à 11/12 ans

L'intelligence devient de plus en plus mobile, l'enfant peut faire des opérations concrètes, autrement dit des actions exécutables en pensée et réversibles. Il ne peut pas encore raisonner dans l'abstrait ou faire des hypothèses. Dans ce stade l'enfant acquiert la réversibilité de la pensée, d'où la possibilité de réaliser des opérations de classification et de sériation.

3.1.2.4 Stade des opérations formelles ; de 11/12 à 16 ans

Il s'agit de la dernière étape du développement de l'intelligence dans la théorie piagétienne. Dans ce stade, l'adolescent commence à établir des hypothèses, des raisonnements hypothético-déductifs pour mieux appréhender le monde.

3.1.3 Théorie de Piaget et apprentissage

Le modèle constructiviste repose sur l'apprentissage dans l'interaction du sujet et de son environnement. L'enfant apprend en s'adaptant et en agissant sur le monde. C'est donc un apprentissage par l'action. L'apprentissage se fait par un équilibre entre l'accommodation et l'assimilation⁴².

Les apprentissages sont dépendants du développement. C'est à partir d'un certain niveau de développement, que l'enfant peut entreprendre un nouveau type d'enseignement à l'école. Les constructions individuelles fournissent des compétences pour interagir avec l'autre. C'est lorsque sa pensée devient opératoire, que l'enfant va pouvoir accéder à la conservation du nombre, de la quantité et donc le respect des règles, base de l'interaction avec les autres.

Piaget a critiqué l'enseignement à dominance verbale et met l'accent sur l'activité des élèves lors de l'appropriation de connaissances nouvelles. Il estime que le dispositif pédagogique et les situations d'acquisition des connaissances ne sont pas toujours adaptés à l'âge du développement de l'enfant.

⁴² Piaget, J. (1936)

Dans la perspective de Piaget, l'apprentissage suit le développement, sans forcément le déterminer. La dynamique de l'apprentissage est orientée depuis les processus intrapsychiques et les prérequis structuraux, vers les fonctionnements inter-psychiques.

« Mais là s'arrête selon nous cet apport fondamental de Piaget à l'étude des processus d'apprentissage. Sa théorie cognitiviste et constructiviste fonde une psychologie ou une épistémologie génétique, mais en aucune façon, elle ne peut inspirer une psychologie des apprentissages, une psychologie de la socialisation et de l'éducation telles que celles qui ont émergé à la suite des travaux de Wallon, Vygotsky ... »⁴³

3.2 Théorie de Wallon

Henri Wallon (1879-1962), psychiatre et psychologue français, est l'un des plus grands fondateurs de la psychologie de l'enfant. Il intègre l'articulation entre l'aspect affectif et l'aspect cognitif (les émotions et l'intelligence) dans le processus de développement.

Henri Wallon met en avant le tonus comme source de l'émotion et de l'intelligence.

« L'émotion quelle que soit sa nuance, a toujours pour conditions fondamentales, des variations dans le tonus des membres et de la vie végétative. »⁴⁴.

3.2.1 Le concept de la théorie de Wallon

Contrairement à Piaget qui a une conception structurale du développement de l'enfant, Wallon propose une approche dynamique du développement, définit des stades de développement qui se chevauchent dans une intrication complexe.

Wallon distingue des stades qui sont une alternance entre des périodes de latence relatives et des périodes de plus grande activité, d'exploration du monde extérieur, de maturation et d'exercice fonctionnel, bien que dans un stade peuvent coexister les deux types de phases.

⁴³ Larroze-Marracq, H. (1999)

⁴⁴ (Wallon H. (1934) p. 55

« Ces mutations exigent pour se produire des périodes de latence, elles rendent la croissance discontinue. [...] Cependant le chevauchement des progrès suivant les niveaux de la fonction parait à certains effacer la distinction des périodes. »⁴⁵

3.2.2 Les stades dans la théorie de Wallon

Wallon définit six stades du développement de la personnalité chez l'enfant.

Chaque stade apparait comme « un moment de l'évolution mentale et un type de comportement »⁴⁶ :

- **Le stade de l'impulsivité motrice**, de la naissance à six mois, après la phase utérine, où les besoins du bébé sont satisfaits automatiquement, le bébé éprouve des sensations auxquelles il répond par des décharges motrices. L'enfant a des activités réflexes (respiration, succion, ...).
- **Le stade émotionnel**, de trois mois à un an, qui est le stade de la symbiose affective, des expressions émotionnelles et des fonctions tonico-émotionnelles dans l'interaction de l'enfant avec son entourage. Les gestes deviennent utiles et l'émotion devient organisatrice du comportement de l'enfant. Ce stade est riche par les grandes fonctions psychiques comme le sourire social. Pour Wallon, les origines du caractère émanent de ce stade. « *L'enfant est tout entier dans son émotion.* »⁴⁷
- **Le stade sensori-moteur et projectif**, de un an à trois ans, où l'enfant rentre dans une activité relationnelle avec le monde extérieur et fonctionne moins sur le mode tonico-émotionnel du stade précédent.
- **Le stade du personnalisme**, de trois ans à six ans, qui est la période où la construction du moi se renforce, avec la conscience de soi-même. L'enfant entretient des relations affectives avec son entourage. Ce stade se décompose lui-même de 3 importantes périodes de subjectivation :

⁴⁵ Wallon (1941), pp.211-212

⁴⁶ Wallon (1941), p.33

⁴⁷ Wallon H. (1941). p.33

- Période d'opposition et d'inhibition (attitude de refus et conscience de soi),
 - Période de grâce (âge de narcissisme et de déduction de l'entourage),
 - Période d'imitation (l'enfant accède à l'imitation de rôle et de personnage).
- **Le stade catégoriel**, de six à onze ans, ce stade est à prédominance intellectuelle. Il est marqué par des activités de conquête et de découvertes par curiosité du monde extérieur. L'entourage de l'enfant s'élargit à d'autres groupes (famille, école,...).
 - **Le stade de la puberté et de l'adolescence** : Wallon le définit comme une étape importante et mouvementée qui sépare l'enfant de l'adulte, où les exigences de la personnalité passent de nouveau au premier plan. L'enfant découvre les valeurs sociales, morales et culturelles, qui deviendront ses propres valeurs.

3.2.3 Théorie de Wallon et Apprentissage

Le nom d'Henri Wallon est associé également au plan Langevin-Wallon, projet global de réforme de l'enseignement et du système éducatif français élaboré par le programme du Conseil National de la Résistance en date du 15 mars 1944.⁴⁸

Ce projet global fut élaboré par les membres de la « Commission ministérielle d'études pour la réforme de l'enseignement » qui a été successivement présidée par deux grands intellectuels Paul Langevin puis Henri Wallon. Ce plan projetait pour la France un grand système éducatif démocratique pour lui permettre de rattraper son retard dans ce domaine décisif de la compétition avec les autres pays développés.

Le projet proposait la structure et l'organisation de l'enseignement, qui est toujours applicable à l'école de nos jours.

3.3 Théorie de Vygotsky

Dans la théorie de Vygotsky, l'apprentissage est le fondement du développement, contrairement à celle de Piaget pour laquelle, le développement est le fondement de l'apprentissage. Le niveau de développement et les compétences de l'enfant ne peuvent

⁴⁸ https://fr.wikipedia.org/wiki/Plan_Langevin-Wallon, consulté le 15 mars 2018

pas simplement s'évaluer à partir de ses performances en situation individuelle mais il faut aussi tenir compte de compétences cognitives et sociales qui apparaissent dans la relation à l'autre et qui constituent des connaissances potentielles que l'enfant pourra actualiser ensuite.

« Le développement mental, du point de vue vygotkien, consiste alors en la maîtrise progressive de produits de l'histoire et de la culture. »⁴⁹

3.4 Théorie des intelligences multiples

3.4.1 Le concept de la théorie des intelligences multiples

L'école privilégie principalement l'intelligence linguistique et l'intelligence logicomathématique, mais est-ce vraiment les seules qui existent ?

Dans la perspective de changer de regard sur les compétences de l'enfant, il me semble intéressant d'évoquer l'existence des différentes formes des intelligences à travers la théorie des intelligences multiples d'Howard Gardner (1943) psychologue cognitiviste, qui rompt la tradition avec la vision de l'intelligence mesurable par le test de QI⁵⁰.

Son succès dans le monde anglo-saxon depuis sa parution en 1983 a été considérable, en particulier dans l'éducation, la formation permanente et le développement personnel.

Ces différents types d'intelligence me semblent en adéquation avec l'approche psychomotrice et en lien avec les fondamentaux organisateurs de la coordination motrice, les capacités visuo-spatiales et visuo-constructives. Nous disposons a priori, tous d'une ou plusieurs de ces formes d'intelligences.

Gardner définit 7 intelligences, puis une 8^{ème} en 1996, citées ci-dessous dans l'ordre d'édition dans son livre sur les intelligences multiples⁵¹, bien qu'aucune hiérarchie ne soit recherchée entre elles :

⁴⁹ Troadec B, Martinot, C. (2003). p.86

⁵⁰ Quotient Intellectuel

⁵¹ Gardner H. (1996)

- **Intelligence Kinesthésique** : faculté d'accomplir des mouvements volontaires, à utiliser son corps d'une manière fine et élaborée et d'être habile avec les objets. Elle est particulièrement développée chez les danseurs, les acteurs, les athlètes, ...
- **Intelligence logico-mathématique** : aptitude à compter, à tenir un raisonnement logique et à résoudre des problèmes abstraits de nature logique. Gardner précise : *« la solution d'un problème peut être tout à fait construite avant d'être articulée [...] avec son pendant langagier, le raisonnement logico-mathématique constitue la base des tests QI. »*⁵².
- **Intelligence linguistique** : aptitude à utiliser efficacement les mots oralement ou par écrit, avec une capacité à manipuler la syntaxe, la phonétique et la sémantique.
- **Intelligence spatiale** : aptitude à percevoir correctement le monde spatio-visuel et à apporter des transformations à ces perceptions.
- **Intelligence musicale** : aptitude à percevoir, transformer et exprimer les formes musicales.
- **Intelligence interpersonnelle** : aptitude à percevoir l'humeur, l'intention, la motivation et les sentiments des autres personnes.
- **Intelligence intra-personnelle** : aptitude à agir en fonction d'une conscience de soi bien développée.
- **Intelligence naturaliste** : aptitude à discerner l'organisation du vivant. Elle fait appel à une sensibilité aux modifications de l'environnement et une perception sensorielle élevée, en rapport avec la nature, les animaux et les phénomènes naturels.

3.4.2 Théorie des intelligences et apprentissage

L'approche des intelligences multiples peut être adaptée au contexte d'apprentissage pour offrir les avantages d'une pédagogie différenciée où l'enfant y est vu à travers ses richesses liées à ses formes d'intelligence et non à travers ses difficultés. Les apprentissages passeraient par les modalités diverses comme la reformulation, la conscience corporelle, le sport, la musique, le rire, humour, ...

⁵² Gardner, H. (1996), p. 42

En France, seuls deux établissements d'enseignement en maternelle, se sont lancés dans l'expérimentation d'une pédagogie basée sur les intelligences multiples.

3.5 Développement psychomoteur

Le développement est un processus dynamique qui dure toute la vie. Il est en lien avec les principes de maturité, bien que les compétences évoluent à des rythmes différents et propres à chacun.

*« Plusieurs théories expliquent le développement psychomoteur de l'enfant. Les principales sont celles qui font appel à la maturation neurologique et celles qui font appel à l'apprentissage et à l'expérience. »*⁵³

Le développement psychomoteur⁵⁴ est le développement de l'enfant dans les domaines :

- De la motricité,
- De la prise de conscience de soi, de son corps,
- De la relation à l'autre,
- De la prise de conscience de son environnement spatio-temporel et des possibilités de s'y adapter.

Il est souvent présenté par des étapes, ou stades définis par des tranches d'âge pour donner des repères de normalité. C'est en 1965, qu'Irène Lézine⁵⁵ et Odette Brunet mettent en place l'échelle de développement psychomoteur Brunet-Lézine, qui porte sur 4 domaines : la coordination oculo-manuelle, la posture, la socialisation et le langage.

A chaque étape de son développement, l'activité de l'enfant, les expériences et les jeux stimulent directement ses capacités intellectuelles, motrices et son affect, tout en résonnant sur son développement psychomoteur dans sa globalité.

⁵³ <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/POLY.Chp.1.html>, consulté le 23/03/2018

⁵⁴ Lièvre, B. D., Staes, L. (2012)

⁵⁵ Irène Lézine, psychologue, élève de Wallon, collaboratrice d'Ajuriaguerra

3.6 Prérequis psychomoteurs aux « apprentissages scolaires »

Les expériences psychomotrices mettent en jeu pour l'enfant les dimensions de la sensorialité et de la motricité dans l'interaction relationnelle. Elles permettent l'intégration de prérequis nécessaires à une entrée dans une dynamique « d'apprentissage scolaire ». Ils permettent à l'enfant de mobiliser ses capacités cognitives et affectives (attentionnelles, mnésiques, relationnelles, ...).

L'enfant agit sur son monde et c'est progressivement qu'il sera capable de se représenter les choses par la pensée. Il passera de l'action immédiate et du concret, à des conduites plus élaborées. Le moteur aide l'intelligence à se construire et inversement.

« Ces notions fondamentales, auxquelles s'adosse la pratique psychomotrice, sont celles sur lesquelles va se construire la structure identitaire du sujet. Nous retrouvons ces fondamentaux sous le terme d'items dans le bilan psychomoteur ... »⁵⁶

« La psychomotricité se conçoit comme facilitateur du développement cognitif en agissant sur les compétences transversales, instrumentales et relationnelles. »⁵⁷

Je présente ici les prérequis psychomoteurs, qui sont fortement impliqués dans les difficultés et troubles des apprentissages et qui sont sollicités dans les cas cliniques que je présente.

3.6.1.1 Régulation tonique et ajustement postural

La fonction vitale et physiologique du tonus permet de tenir la posture, se redresser en contrant l'effet de la pesanteur et soutenir les actions musculaires. Il est également vecteur de communication et la tonicité est un baromètre corporel naturel qui nous renseigne sur l'état affectif et émotionnel.

Selon Suzanne B. Robert-Ouvray⁵⁸ le tonus est une forme sensorielle de communication à travers une réalité visuelle et tactile. Il est à la jonction du corps propre et du corps dans la

⁵⁶ Potel & Collectif, (2010). p 112-113

⁵⁷ Aude Valentin Lefranc in (Collectif et al., 2015), page 123

⁵⁸ Robert-Ouvray, (2010). p. 43

relation à l'autre. Les assises corporelles sont les appuis de la construction affective et psychique.

« La tonicité est directement liée à l'affect par l'intermédiaire de la sensation et ces trois éléments participent à la fonction 'sémiotique' du système émotionnel. Ce système lie deux fonctions, 'une fonction d'orientation' par rapport au corps propre et 'une fonction sociale de communication' par rapport à l'autre. »⁵⁹

Le tonus représente l'interface entre d'une part la signature génétique, l'histoire psychique et affective de la personne, ses besoins et d'autre part son environnement dans une dynamique tonico-émotionnelle.

« Les attitudes, la forme du corps dans l'espace nous imposent d'emblée une vision de l'état tonique de l'autre et nous met dans un état affectif particulier. »⁶⁰

Le travail sur le tonico-émotionnel et sur la régulation tonique est essentiel dans la thérapie psychomotrice car *« le tonus est la toile de fond des émotions »*, comme le souligne Wallon et que la composante émotionnelle est capitale dans les apprentissages.

3.6.1.2 Schéma corporel

Le schéma corporel est la connaissance que l'on a de soi en tant qu'être corporel⁶¹. Il passe par un vécu corporel, dans une adéquation entre motricité, perception de soi et de ses mouvements dans l'espace. L'aspect perceptif va permettre de représenter ce corps grâce à la connaissance que le sujet a de lui et de ses limites morphologiques. L'enfant va ensuite être en mesure de reconnaître et d'identifier les différentes parties de son corps.

La construction de sa propre représentation et du schéma corporel va suivre cette progression : sensation-perception-représentation.

3.6.1.3 Latéralisation

La latéralisation est un processus progressif qui repose sur la notion d'asymétrie fonctionnelle hémisphérique.

⁵⁹ Robert-Ouvray, (2010). p. 42

⁶⁰ Robert-Ouvray, (2010). p. 43

⁶¹ Lièvre, B. D., Staes, L. (2012).

L'utilisation d'un membre ou d'une partie du corps d'une façon préférentielle ou plus performante, induit une asymétrie « instrumentale », appelée la latéralité.

L'enfant utilise les deux mains, sans que cela soit pathologique jusqu'à 5 ans.

Vers 5/6 ans, la latéralité neurologique s'installe, pour devenir définitive entre 5 et 8 ans.

Il existe deux types de latéralité : l'innée et l'acquise. L'innée correspond à la dominance au niveau neurologique d'un hémisphère et se manifeste au niveau du tonus. La latéralité acquise correspond à l'utilisation prédominante d'un côté dans les gestes du quotidien. Pour que la latéralité se mette en place correctement, il faut que l'enfant ait pris conscience de son axe corporel.

Sami-Ali⁶² affirme que la latéralisation sous-tend les troubles instrumentaux.⁶³

*« Les difficultés de latéralisation [...] sont originellement liées à l'espace et à la genèse de l'espace. Car ce qui est en jeu avant tout ici, c'est la projection inhérente au corps, transformant l'espace corporel en espace de la représentation. »*⁶⁴

3.6.1.4 Espace

L'espace est un organisateur fondamental à l'adaptation de tout être à son environnement. Sa perception chez l'enfant est progressive et dynamique. Elle dépend de l'équipement neuro-moteur et neurosensoriel, des expériences et de la construction affective. L'enfant intègre la notion d'espace par son corps. Son axe corporel est son premier repère spatial.

A la naissance, l'enfant a une perception morcelée de l'espace.

Vers 4/5 mois et jusqu'à 2 ans, ses progrès moteurs et la manipulation d'objets, lui permettent d'interagir dans l'espace. Dans cet espace vécu, l'enfant intègre des rapports spatiaux de voisinage, d'ordre, de continuité et la permanence de l'espace.

A partir de 2/3 ans et jusqu'à 7/8 ans l'enfant s'oriente dans l'espace et oriente les objets dans l'espace. La connaissance spatiale est intimement liée au vécu corporel. L'enfant peut

⁶² Psychologue contemporain (né en 1925) fondateur du « Centre international de psychosomatique »

⁶³ (Sami-Ali, 1990), page 32

⁶⁴ (Sami-Ali, 1990), page 18

s'orienter à partir de sa gauche ou de sa droite. Il connaît des formes géométriques simples : rond, carré, rectangle, losange.

A partir de 8/9 ans, l'espace devient projectif. L'enfant prend des repères extérieurs au corps propre. Il est capable d'utiliser la droite en tant que droite d'un objet. Il est capable d'intérioriser des formes et les projeter sur l'espace. Il commence à maîtriser l'espace euclidien. Il accède à la réversibilité sur soi et sur autrui. Les praxies et l'organisation spatiale s'élaborent.

L'espace est pluridimensionnel : interne ou externe, il participe à l'organisation du corps en permettant l'intégration des repères essentiels à la structuration spatiale.

Pour Sami-Ali, l'espace se constitue à travers le corps propre et ce qu'il nomme l'espace imaginaire se situe aux confins du dedans et du dehors, de la représentation et de l'expression, de l'affect et de la perception. Il identifie les espaces relevant de la dimension de la psychosomatique : l'espace de la vision binoculaire, l'espace primitif, l'espace du fantasme et l'espace du rêve.

En psychomotricité, travailler l'espace, c'est avant tout travailler sur le corps, premier repère spatial.

3.6.1.5 Temps

Le temps est indissociable de l'espace, en effet toute action ou mouvement se font à un laps de temps donné et dans un espace.

La notion du temps est abstraite. Il est difficile de la faire percevoir à un enfant. Le temps présente plusieurs caractéristiques qui sont intégrés progressivement par l'enfant au cours de son développement. Ses composantes sont : l'ordre, la succession, la durée, l'irréversibilité, la vitesse, l'intervalle, la périodicité et le rythme.

Il y a une part subjective dans l'évaluation de l'écoulement du temps selon que l'on s'ennuie ou qu'on savoure un moment agréable. Cette impression subjective du temps dépend donc des émotions ressenties par la personne qui l'évalue. Mais le temps a sa réalité physique celle de l'horloge.

« Le temps est un organisateur fondamental qui permet à l'enfant d'organiser sa perception du monde, de son corps propre, de son environnement, d'agir et de penser. »⁶⁵

3.6.1.6 Temps et apprentissage

Le temps fait partie des notions qui sont considérées comme des catégories fondamentales de la connaissance attendue par l'école.

Dans la scolarisation, l'enfant doit apprendre à connaître les concepts temporels conventionnels (jours, semaine, mois, saisons). Il devra apprendre à s'orienter dans le temps, il devra également apprendre à lire l'heure, à localiser des événements dans le temps, à structurer le temps (passé, présent, futur) et à estimer et concevoir des durées. L'enfant devra également apprendre à utiliser correctement les temps des verbes et les termes permettant de se situer dans le temps (hier, demain, ...).

3.6.1.7 Organisation temporo-spatiale

On parle de structuration temporo-spatiale, car les notions du temps et de l'espace sont intimement liées. Ils sont indispensables à la motricité globale, fine, aux praxies, à la communication verbale et non-verbale, au graphisme et aux apprentissages scolaires.

La structuration temporelle est fondamentale à l'enfant, elle repose sur des caractéristiques particulières du temps.⁶⁶

Pour percevoir, se mouvoir, comprendre, mémoriser, penser, communiquer, nous nous référons à des données spatiales et temporelles.

3.6.1.8 Rythme

Le rythme forme une répétition d'une structure qui vient nous apporter des repères. De ce fait, il représente un véritable facteur de structuration temporelle soutenant l'adaptation au temps.

⁶⁵ Galliano A-C., Pavot C., Potel C., in Manuel d'enseignement de psychomotricité (2014), p224

⁶⁶ Galliano A-C., Pavot C., Potel C., in Manuel d'enseignement de psychomotricité (2014), p227

In utéro puis dès sa naissance, le nourrisson est confronté à de nombreux rythmes, tant internes (rythme cardiaque, rythme respiratoire, digestion, ...) qu'externes (présence/absence du parent, une journée, une semaine, les saisons, ...).

Progressivement, l'enfant se rend compte de ses propres rythmes et s'ouvre à l'exploration et l'intégration des rythmes externes. Dans les rythmes sociaux, il commence à comprendre les notions de succession, de durée, d'intervalles, de silence, ...

Marcelli⁶⁷ introduit la notion de macro-rythmes pour la rythmicité des soins et la notion de micro-rythmes pour les moments de surprise et d'interactions ludiques. La répétition et le changement dans ces deux modes s'accompagnent de variations au niveau de l'état tonico-émotionnel de l'enfant. La rythmicité qui s'opère entre les opposés toniques et émotionnels, mais aussi sensoriels et représentatifs, correspond à ce que S. Robert-Ouvray appelle l'ambivalence. Elle facilite le cheminement de l'enfant vers une construction de son unité psychocorporelle.

En psychomotricité, aborder le rythme revient à mobiliser la tonicité par la mise en jeu de de différenciations perceptives. Elle permet d'expérimenter différentes situations psychocorporelles variant les états toniques et émotionnels. Elle conduit ainsi à inscrire l'individu dans le temps et à l'ancrer dans le ressenti pour l'accompagner vers le représenté.

Par ailleurs, le rythme peut être choisi comme médiation corporelle, qui peut se nourrir de structures rythmiques marquées à l'aide de percussions par exemple en amenant un travail sur la pulsation et sur le respect du tempo.

Actuellement, la société vit à un rythme accéléré, celui du rendement et de la vitesse. Au lieu de vivre les choses, nous nous contentons de les regarder à travers les médias, la télévision ou les réseaux sociaux. Ce qui a pour conséquence, l'apanage des sentiments comme représentations au détriment des ressentis comme sensations. Il est de notre ressort en tant que psychomotricien de sensibiliser nos patients à prendre le temps de sentir le vécu d'ici-maintenant.

⁶⁷ Marcelli D. (2007). p.123-129.

Le temps scolaire institutionnel est à la fois linéaire et circulaire, il a pour unité la journée, divisé en heures de cours et séquence de travail, alors que l'unité de temps pour l'élève se situe d'avantage au niveau de la semaine scolaire, avec une attente du week-end.

Cette contrainte des rythmes scolaires peut être l'origine ou un facteur aggravant des difficultés scolaires d'apprentissages.

Jean-Luc Chabanne souligne le paradoxe du rythme en institution, entre ce qui est affiché et ce qui est réellement mis en place.

*« On constate que les rythmes individuels se développent dans le cadre d'une organisation du temps géré le plus souvent à la mesure du rythme institutionnel d'enseignement. Les difficultés scolaires que peuvent rencontrer les élèves sont éventuellement dues à une situation rendue paradoxale entre les intentions déclarées par l'institution et les pratiques. »*⁶⁸

⁶⁸ Chabanne, J.L (2003) p 54

3.7 Prérequis psychoaffectifs aux apprentissages

La construction psychique commence dans les interactions précoces et les relations affectives de la petite enfance. Elle est en étroite imbrication avec le développement moteur et cognitif. Le processus d'apprentissage commence tôt dans la vie de l'enfant, avant même les exigences de l'apprentissage scolaire.

De nombreux psychanalystes soulignent l'importance de la construction affective dans les stades de développement. Ils évoquent différents stades qui intègrent la vie émotionnelle dans les étapes du développement de l'enfant. Les organisateurs psychiques de Spiltz (le sourire, la peur de l'étranger, la phase du « non »), les stades freudiens, le narcissisme primaire, le complexe d'Œdipe, le stade du miroir de Lacan sont des stades par lesquels passe l'enfant afin de se construire psychiquement. Ces étapes font parties du développement de l'enfant dans la petite enfance et doivent être acquises afin qu'il puisse se construire.

Certes les tâches scolaires mettent en jeu les fonctions cognitives, mais entrer dans les apprentissages et réussir des activités complexes (lecture, écriture, calcul, ...) implique une réactivité considérable du cerveau et une disponibilité psychique basée sur des assises et prérequis psychomoteurs, psychiques et cognitifs.

Catherine Potel cite : *« ... le développement de l'enfant est tel que l'on ne peut pas segmenter le plan cognitif des autres secteurs du développement psychique. Très tôt la genèse de l'appareil psychique est globale, comprenant plusieurs plans interdépendants : le plan psychomoteur, psychosomatique, affectif et intellectuel. On ne peut pas séparer ces différents secteurs intriqués et étroitement liés les uns aux autres. »*⁶⁹

⁶⁹ Chabanne, J.L (2003) p. 183

Deuxième partie

4 CLINIQUE & DISCUSSION

4.1 La psychomotricité et les apprentissages

Les champs de pratiques de la psychomotricité se diversifient et deviennent incontournables, dans les domaines de l'éducation, de la rééducation et de la thérapie. Ces pratiques ont pour objectif la prévention, l'adaptation, la réadaptation, la stimulation ou le renforcement des fonctions psychomotrices.

La thérapie psychomotrice dans le cadre des apprentissages, intervient dans l'étayage et le renforcement des prérequis psychomoteurs, nécessaires au développement de l'enfant. Elle intervient dans un cadre thérapeutique contenant, soutenant la relation et **mobilisant le corps dans l'espace à travers le temps, le rythme et l'imaginaire.**

Devant l'essor de l'exercice de la psychomotricité et la diversification de ses champs d'application, le **décret de 1998** a amené des évolutions au décret de 1974. Il reconnaît la psychomotricité comme profession axillaire de la médecine, légalise son exercice en libéral et référence les actes relevant de la compétence du psychomotricien :

- 1. Bilan psychomoteur.**
- 2. Education précoce et stimulations psychomotrices.**
- 3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur.**

Dans le champ du soin, de rééducation ou de thérapie, le décret précise les différents domaines d'intervention⁷⁰ et les troubles concernés qui relèvent des prérequis psychomoteurs en lien direct avec les prérequis des apprentissages.

Les champs de la prévention et de l'éducation sont certainement les champs qui peuvent avoir une portée fructueuse sur l'accompagnement des enfants, en utilisant des approches

⁷⁰ Cf annexe E : décret de compétences

multisensorielles, corporelles, ou cognitives adaptées à leurs stades de développement, leur permettant une sérénité devant les apprentissages.

La psychomotricité aide donc les enfants à revenir à l'expérimentation et à la manipulation par le corps et le jeu, pour repasser par la sensation, la perception, indispensables à la représentation et à la compréhension.

4.2 Cadre d'intervention

Avant de présenter ma rencontre avec les patients, je souhaite présenter le lieu et le cadre spatial et temporel du déroulement de la prise en charge thérapeutique en psychomotricité, où j'ai pu relever des situations en lien avec les vignettes cliniques présentées ci-après.

J'effectue mes stages de troisième année dans deux cabinets libéraux qui reçoivent des enfants allant de 3 à 13 ans, ayant des besoins de prise en charge différents. Parmi la patientèle, il y a des enfants qui viennent soit sur recommandation de l'école, soit par une démarche des parents, ou sur indication médicale. Les premiers symptômes mis en avant sont : la question de l'écriture, les difficultés scolaires, l'agitation motrice, ou un retard de développement.

Un des deux cabinets est situé en banlieue parisienne, il est partagé par deux psychomotriciennes travaillant sur des jours de présence disjoints. La salle de psychomotricité est assez grande, bien équipée avec plusieurs matériels de parcours moteur, sensoriels et jeux ludiques qui invitent à l'exploration et l'expérimentation.

Le deuxième cabinet est situé dans Paris, il est partagé par deux professionnels du paramédical, une psychomotricienne et une ostéopathe. La psychomotricienne est présente un seul jour par semaine dans le cabinet.

Parmi les enfants que j'ai pu suivre en cabinet lors de mon stage, j'ai choisi de parler de : Nathan⁷¹ un enfant de 8 ans, scolarisé en CM1 ; de Fleur, une fille de 10 ans en classe de CM2 et de Perceval, un garçon de 9 ans actuellement CM1.

4.2.1 Posture des enfants

J'ai été surprise de voir comment les enfants avec difficultés scolaires sont durs avec eux-mêmes. Ils portent un regard exigeant sur leurs propres progrès et leurs réelles compétences. Ils sont souvent conscients de leur difficulté et de l'hétérogénéité de leurs capacités. Ils en souffrent et c'est pour beaucoup parmi eux une blessure narcissique.

J'ai été aussi séduite par leurs potentiels dans leurs domaines de confort. Je vois encore le regard pétillant d'un enfant, en classe adaptée, qui malgré ses difficultés généralisées, a une habilité hors du commun dans le sport et l'organisation visuo-spatiale.

Certains se sentent écrasés par le poids des devoirs et des attentes scolaires, d'autres oscillent entre motivation et découragement.

J'ai vu aussi des sourires de satisfaction et des progrès.

⁷¹ Les prénoms des patients sont modifiés pour préserver leur anonymat.

4.3 Rencontre avec Nathan

Je rencontre Nathan le premier jour de mon stage de troisième année, en cabinet libéral, dans la petite couronne de la région parisienne, un samedi après-midi, début septembre.

Ce qui a le plus retenu mon attention, lors de cette première rencontre avec Nathan, c'est son regard, un regard pétillant et expressif, qui est, en soit, un mode de communication, permettant d'interagir et d'être en relation en se passant des mots.

La psychomotricienne me présente à la fois à Nathan et aux parents qui tous les deux l'accompagnent, ce jour, pour la reprise des séances de prise en charge en psychomotricité après l'interruption des vacances scolaires d'été.

Cela me confère la place de stagiaire comme tiers dans le dispositif thérapeutique, à la fois vis à vis de Nathan et de ses parents. Ceci m'a permis d'intégrer, de cette place, les différentes étapes de déroulement des séances, allant de l'accueil des parents et du patient, au débriefing à la fin de séance avec les parents et d'être, également, actrice dans les échanges et propositions lors des séances.

Par la suite, j'ai pu participer à la réalisation de bilans psychomoteurs et être actrice dans les séances avec Nathan. J'ai également pu participer à la cotation et la rédaction de certains bilans et axes thérapeutiques, dans une relation d'échanges constructifs avec ma maître de stage.

4.3.1 Contexte d'indication

La préconisation de la prise en charge en psychomotricité pour Nathan vient initialement de la maîtresse de l'école à la rentrée de Nathan au CP en 2015, pour difficultés d'écriture et de concentration.

4.3.2 Présentation

Nathan est un garçon de 9 ans (né le 26 décembre 2008), scolarisé dans une école privée, en CM1. Il est très agréable, souriant, avec un regard rieur. Il vit avec ses deux parents et ses deux demi-frères maternels de 12 et 17 ans.

Nathan est né en fin d'année et la rentrée au CP a été difficile pour lui. Les parents rapportent que Nathan comprenait les leçons et les exercices à l'école, mais ne voulait pas

travailler. Il préférerait que ses parents l'aident le soir à la maison, à revoir le travail qu'il ne réussissait pas à produire dans sa journée d'école.

En 2015, il commence les prises en charge après un bilan psychomoteur dans le cabinet où il est suivi actuellement en séance individuelle hebdomadaire en psychomotricité, hors vacances scolaires et ce depuis 2015.

En 2018, Nathan est en CM1, il rencontre des difficultés scolaires liées à la lenteur de production d'écrits, impactant la faculté de suivre le rythme scolaire. Il continue la prise en charge en psychomotricité et les parents préoccupés par la situation scolaire, ont mis en place en parallèle de la psychomotricité, une prise en charge en ergothérapie, ainsi que quelques séances de kinésiologie.⁷²

Nathan se montre disponible dans les séances de psychomotricité, prend les initiatives pour certaines activités, mais il est beaucoup dans le jeu et il est rapidement distrait, bien qu'il puisse mieux se mobiliser sur une activité qu'il trouve intéressante.

4.3.3 Anamnèse

Nathan est né à terme, la grossesse et l'accouchement se sont bien passés. La deuxième échographie révèle une agénésie rénale gauche. Il a marché vers 15 mois, a commencé à parler vers 18 mois. La propreté de jour comme de nuit a été acquise vers 2 ans et demi.

Nathan fait plusieurs activités extra-scolaires depuis son l'âge de 3 ans, il a fait de l'éveil musical. A la maison il joue du piano et de la guitare. Il a fait du tennis et du dessin en 2015.

4.3.4 Bilan psychomoteur

4.3.4.1 Comportement

Nathan est un enfant agréable, volontaire, mais il est souvent en recherche du regard de l'adulte pour une réassurance. L'ensemble du bilan sera ponctué par des difficultés attentionnelles et une agitation psychomotrice quasiment incessante.

⁷² La kinésiologie est une discipline scientifique qui étudie les mouvements et postures du corps d'un point de vue biomécanique, articulaire et musculaire.

Lors du premier entretien avec ses parents, il est intéressé et attiré par plusieurs jeux différents, qu'il découvre, sans arriver à se poser dans une activité.

Pendant le bilan, il est plutôt coopératif, souriant mais néanmoins intimidé. Au début, il souhaite que sa mère reste pendant les épreuves mais accepte assez facilement qu'elle l'attende dans la salle d'attente. Il parle beaucoup. Il ne peut rester en place lors de la prise des notes à l'issue des épreuves, il part immédiatement à l'autre bout de la salle pour jouer. Il accepte de revenir à la demande mais repart aussitôt dès que l'adulte le quitte des yeux. Dans les épreuves où il est assis au bureau, il bouge beaucoup.

Lors de la réalisation des épreuves présentant une difficulté pour lui, Nathan cherche à se rassurer dans le regard de l'adulte. Son discours lorsqu'il se trouve en difficulté montre une dépréciation de soi et une mauvaise estime de lui-même. A plusieurs reprises, il dit : « *Je suis nul.* » ou « *Je ne suis pas doué.* », en cherchant du regard, une réaction rassurante. Il montre des signes d'anxiété et il porte très souvent ses doigts à sa bouche.

4.3.4.2 *Tonus*

Nathan présente des difficultés de relâchement musculaire volontaire des membres supérieurs : il accompagne, par moment, le mouvement des mobilisations passives dans la flexion et résiste dans l'extension. Il présente également des difficultés de régulation tonique en particulier dans l'écriture. A contrario, à la fin d'une activité, il peut s'effondrer sur le sol.

4.3.4.3 *Motricité dynamique générale*

Coordinations dynamiques générales : Nathan présente des difficultés de contrôle moteur et de précision dans les coordinations et dissociations. Il présente un manque de fluidité et une certaine raideur dans la marche. Ses difficultés de régulation tonique peuvent être en lien avec la réaction émotionnelle.

Équilibre : il présente un équilibre statique plutôt bon.

4.3.4.4 Latéralité

Nathan présente une latéralité manuelle dominante à gauche sur le plan neurologique. Elle est mal établie sur le plan fonctionnel, mais à dominante à gauche. Sa latéralité pédestre est dominante à droite et sa latéralité oculaire est dominante à gauche.

4.3.4.5 Motricité fine

Qualité du geste : Nathan présente un manque important de contrôle moteur, ainsi qu'une certaine impulsivité et des difficultés de régulation tonique provoquant un manque de précision dans la motricité fine plus particulièrement dans les gestes sans manipulation d'objet (en lien avec un manque de concentration). Il manifeste par moment, dans la manipulation d'objets, un manque d'aisance, des difficultés de stratégie, une lenteur ou une impulsivité et tient un discours négatif sur lui-même.

La coordination oculo-manuelle semble plutôt bonne. Il regarde souvent l'adulte. Cela pouvant être lié à un besoin de se rassurer.

Graphisme : Nathan présente des difficultés de déliement digital et de précision, il a une préhension incorrecte de l'instrument scripteur. Il utilise sa main gauche. Il présente une hypertonie importante du membre scripteur. Le tracé est irrégulier, trop appuyé. Les gestes prescripturaux manquent de régularité et ne sont pas encore maîtrisés. Il présente une lenteur importante : 5 minutes et 17 secondes (en dessous des attentes scolaires d'un élève de CP). Il perd du temps lors de la copie car il a des difficultés pour se repérer dans le texte. Il oublie une ligne et s'en rend compte. Les lettres sont très grosses et de tailles irrégulières. Les lignes ne sont pas planes. La coordination est déficiente entre la translation de l'avant-bras et les mouvements des doigts. Pendant cette épreuve il présente une agitation particulièrement importante, se lève et se penche en avant pour lire le texte, se rassoit pour écrire. Il porte le crayon à sa bouche à plusieurs reprises. Il se plaint de douleurs dans la main et les doigts à l'issue de l'épreuve.

4.3.4.6 Schéma corporel & image du corps

Nathan présente une intégration plutôt bonne de son schéma corporel. Son niveau de connaissance des somatognosies (connaissance du nom des parties du corps) est adapté.

Concernant le dessin du bonhomme : sur le plan quantitatif, Nathan obtient un score de 15, correspondant au niveau attendu à son âge.

Au niveau qualitatif : les membres du dessin du bonhomme sont tracés en traits simples ainsi que le tronc ; les mains sont représentées par de simples traits perpendiculaires au bras, les pieds sont absents. Sur le visage, les traits sont représentés de façon très simplifiée.

4.3.4.7 Organisation tempo-spatiale et organisation rythmique

Organisation temporo-spatiale : les notions spatiales et temporelles de base sont acquises. Il peut réciter les jours de la semaine mais ne maîtrise pas leur ordre. Pour les mois, il ne peut nommer que « mai », « juin » et « mars ». Il peut citer les quatre saisons.

Le test de la Figure de Rey A met en exergue des difficultés dans l'organisation visuo-spatiale et visuo-constructive. Son score est de 20/72 pour la copie ce qui le place entre le 10^{ème} et 25^{ème} percentile et à -1 écart type. Son score pour la reproduction de mémoire est de 21/72 ce qui le place dans le 50^{ème} percentile, à + 0,25 écart type. Il a mis 350 secondes pour la copie (entre le 25^{ème} et 50^{ème} percentile : la moyenne étant à 399 secondes) et 56 secondes pour la reproduction de mémoire (10^{ème} percentile). Sa construction lors de la copie est très singulière. Il a reproduit la figure à l'envers en plaçant les éléments situés à droite de la figure, vers le haut et ceux situés en haut, vers le bas à droite de la feuille.

Lors des épreuves des pas comptés et des voyages de Marthe Vyl, Nathan manifeste des difficultés d'orientation et d'adaptation spatiale. Il présente également des difficultés de transposition de l'espace tridimensionnel à l'espace graphique.

Organisation rythmique : Nathan présente des difficultés à reproduire un rythme en lien avec des difficultés de concentration et d'attention auditive. Les résultats au test Mira Stamback sont chutés et Nathan s'impatiente.

4.3.4.8 Attention & concentration

Nathan présente des difficultés d'attention sur les plans auditif et visuel ainsi que des difficultés de concentration. Il a des difficultés pour faire abstraction des stimuli extérieurs ainsi qu'à inhiber et canaliser son agitation psychomotrice.

4.3.4.9 Conclusion du bilan

Nathan manifeste un manque de confiance, une impulsivité et une agitation importante lors de la passation du bilan entravant l'expression de son réel potentiel, en effet, l'ensemble de son bilan sera marqué par des difficultés attentionnelles et une agitation psychomotrice permanente.

Il présente des difficultés dans différents domaines : difficultés de régulation tonique, de motricité fine, de graphomotricité, d'organisation visuo-spatiale et visuo-constructive, d'orientation et d'adaptation spatiale. Il a également du mal à garder une distance relationnelle adaptée avec l'adulte, recherchant activement le contact visuel avec l'adulte, pour une réassurance, une approbation ou un étayage.

Un suivi hebdomadaire en psychomotricité est proposé et vise à renforcer les domaines en difficultés et pour travailler sur les prérequis psychomoteurs. Nathan présente une impulsivité, une agitation motrice, ainsi que des difficultés de concentration et d'attention. Il convient de l'accompagner à passer par la mentalisation à travers des situations de respect de règles.

4.3.5 Prise en charge psychomotrice initiale

La prise en charge s'attache à proposer à Nathan des expériences corporelles le valorisant et le rassurant, tout en travaillant sur ses difficultés dans les différents domaines dans un cadre contenant et sécurisant.

Les axes thérapeutiques visent à travailler la régulation tonique, le graphisme, ses difficultés d'organisation spatiale et la canalisation de son agitation psychomotrice et sa concentration. Ce suivi visera également à aider Nathan à avoir une meilleure confiance en lui et une meilleure estime de lui-même.

4.4 Discussion

4.4.1 Approche de précaution appliquée à la prise en charge

Nathan présente de l'impulsivité et des troubles d'attention, ainsi qu'une agitation motrice, qui le pénalisent dans ses apprentissages, en plus d'une tonicité en lien avec un surplus d'émotion et de l'anxiété.

Ce tableau symptomatique évoque facilement, le trouble de déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité (TDA/H) ; mais comme nous l'avons évoqué précédemment, il ne faut pas plaquer d'étiquette sur l'enfant, ni poser un diagnostic sans fondement et évaluation objective et pluridisciplinaire.

Il n'y a pas de consensus sur l'étiologie de la TDA/H mais il est admis que c'est un trouble neuro-développemental, défini comme tel dans le DSM-5.

Pour les psychanalystes, l'agitation motrice est une adaptation de réponse à une insécurité, bien qu'elle ne soit pas la seule cause. C'est une manière d'auto-assurance, mais qui malheureusement entrave l'entrée dans les apprentissages scolaires.

« L'instabilité montre cette importance du regard, commune à tous les troubles psychomoteurs, c'est-à-dire dans sa dimension relationnelle, [...]. Intrication du fonctionnel et du neurologique, l'instabilité un paradigme de la psychomotricité par l'adéquation à laquelle répond la définition de ce trouble oscillant entre neurologique et psychiatrique, entre support organique et signe de communication. »⁷³

Pour Nathan, le diagnostic de TDA/H n'est pas posé. En effet c'est un enfant qui a des grandes capacités d'adaptation et son environnement est stimulant et bienveillant ; Il compense par un suivi rapproché de sa scolarité.

Par ailleurs, le fait que le diagnostic ne soit pas tranché est appréciable dans certains cas pour ne pas réduire l'enfant dans un entonnoir de champs de possibles ou le regarder à travers un prisme le réduisant aux symptômes plaqués du trouble.

⁷³ Ballouard, C. (2011). p.68

Ce qui apporte dans la thérapie psychomotrice, est d'abord de garder en perspective le projet de soins élaboré sur la base de l'évaluation des compétences et des difficultés de l'enfant, de privilégier la relation et l'alliance thérapeutique, tout en offrant à l'enfant un espace relationnel thérapeutique contenant où il peut se libérer de son statut d'élève, pour exprimer ses potentialités et progresser.

4.4.2 Imbrication apprentissage, développement et maturité

Nathan est le cadet de sa famille, avec deux frères adolescents beaucoup plus grands que lui. De ce fait, il bénéficie d'une situation particulière dans le cercle familial qui le maintient en permanence, en quelque sorte, dans la position du « petit ».

Il est né fin décembre, ce qui fait de lui, un des plus jeunes de sa classe et de toutes les classes qu'il a pu fréquenter. De la même manière, dans les activités culturelles et sportives, il se retrouve être un des plus jeunes, voire le plus jeune. Malheureusement, l'école ne peut pas toujours tenir compte du différentiel de maturité entre les élèves.

Une étude de Julien Grenet (2010)⁷⁴, chercheur au CNRS⁷⁵, montre que les natifs du mois de décembre ont plus de risques de connaître une scolarité difficile que leurs camarades nés en janvier. En effet, les enfants de fin d'année, plus jeunes, seraient intellectuellement moins mûrs. Dès lors, ils obtiennent des résultats scolaires moins bons. En effet, l'école française n'adapte pas toujours l'approche éducative. Malheureusement, les difficultés de ces enfants peuvent perdurer au-delà du primaire.

« En primaire, 34% des élèves nés en décembre redoublent contre 17% des natifs de janvier. Deux fois plus. Voilà comment la machine infernale de l'école ferme la porte de son lycée général à toute une frange d'élèves pour cause d'anniversaire tardif. »⁷⁶

⁷⁴ <http://www.lemonde.fr/societe>, consulté le 15/02/2018

⁷⁵ CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

⁷⁶ Ibid

Les apprentissages sont dépendants du développement. C'est parce que l'élève a atteint un certain niveau de développement qu'il peut entreprendre un nouveau type d'enseignement à l'école.

La transition de la rentrée en primaire est toujours impressionnante pour beaucoup d'enfants. A sa rentrée en CP, Nathan a probablement manqué d'assurance affective pour supporter de manière sécurisée la séparation avec sa mère ou le cercle familial au sein duquel il se sent entouré, confortable et protégé. Cette angoisse de séparation est source d'anxiété et concourt à une immaturité dans son développement psychomoteur. La construction psychique de l'enfant est ponctuée par des renoncements et des séparations. Ce sont des épreuves au cours desquelles l'enfant doit quitter son nid douillet pour accepter d'aller vers l'inconnu, se confronter aux autres. L'enfant se coupe d'une chose pour en acquérir une autre, ce que les psychanalystes appellent « castration symbolique » : accepter de grandir, de se séparer et d'exister en tant que soi. Renoncer aux tensions pulsionnelles, brutales et immédiates, laisse une place à la pensée. Mais cela n'est possible que lorsque l'enfant se sent sécurisé et possède des assises narcissiques qui lui permettent de se détacher et rentrer dans les apprentissages.

« Aussi, la peur de grandir, de se séparer, l'immaturité et l'insécurité affectives imaginaires ou réelles sont parfois des freins à l'apprentissage et à la construction de soi en tant qu'élève et sujet. Cette peur se manifeste dans le corps, dans la tête et dans les mots, sous des formes variées. Cette question du regard de l'autre se pose, celui qui nous construit mais aussi celui qui nous détruit. »⁷⁷

4.4.3 L'évolution de la prise en charge psychomotrice

En 2017/2018, Nathan étant en CM1, les exigences en termes de représentation et manipulation des chiffres et concepts arithmétiques sont également devenus plus importants. Ses résultats scolaires sont en chute et ne reflètent pas ses réelles capacités. Il n'apprécie pas la maîtresse qui lui renvoie une image d'enfant paresseux et immature.

⁷⁷ Valentin-Lefranc A. in (Collectif et al., 2015), p. 126

De ce fait, la prise en charge a évolué progressivement. Par ailleurs, Nathan a fait des progrès dans les domaines psychomoteurs du schéma corporel, des coordinations motrices et de l'équilibre. Il a également bien progressé sur la gestion de la frustration, ainsi que sur la concentration, dans un cadre de suivi stable avec une relation établie et nourrie au fil des séances passées.

Dans la prise en charge en psychomotricité de Nathan, il convient de l'accompagner à davantage se poser afin de mieux appréhender les apprentissages :

- Proposer des expériences visant la mobilisation de l'attention et de la concentration, ainsi que l'utilisation de stratégies d'organisation.
- Proposer des expériences pour affiner l'organisation temporo-spatiale.
- Travailler la graphomotricité, avec la reproduction de gestes prescripturaux afin d'automatiser la coordination et l'inscription sur la feuille.

4.4.3.1 Déroulement des séances de psychomotricité

Pour apporter un cadre favorable à la prise en charge et contenant pour Nathan, nous avons repensé différents aménagements, pour délimiter l'organisation du temps et de l'espace. Les rituels de déroulement de la séance viennent marquer concrètement les différents temps l'inscrivant dans une continuité et dans une constance.

Rituel début de séance : pour inscrire la séance dans une continuité temporelle, un rituel de début de session a été instauré. Ce rituel permet aussi un repérage et ancrage dans le temps, pour une meilleure disponibilité pendant la séance.

Structuration du temps : Nathan peut ne pas prêter attention à la notion du temps, par exemple quand une activité lui plait, il n'aime pas l'interrompre.

De ce fait, lors chaque début de séance, nous définissons à l'avance les activités, souvent deux, qui se déroulent sur deux temps distincts de la séance. La première activité est orientée vers le vécu corporel et les manipulations (parcours, activité de modelage, jeux ludiques, ...) et en second, un temps de graphomotricité ou un prérequis psychomoteur comme l'organisation spatiale avec reproduction de la représentation spatiale du parcours. Il est parfois nécessaire de rappeler le temps restant à Nathan pour l'aider à se repérer et s'inscrire dans l'ancrage du temps pour focaliser son attention.

Structuration de l'espace : La salle de psychomotricité est organisée avec des espaces bien déterminés et fonctionnellement séparés : un grand espace pour les activités motrices et l'expression corporelle (foot, parcours, danse, mime, jeux moteurs, ...) ; le bureau pour la graphomotricité, les activités sensorielles et les jeux à consignes ; un espace aménagé pour la relaxation et la lecture de contes.

Rituel Fin de séance : un rituel de fin de séance est instauré, par un jeu ludique, qui prend tout son sens dans un travail axé sur la mémoire. Il consiste à un jeu de lancer de balles (avec des petits coussins lestés).


4.4.4 Vignette de régulation tonique et écriture

4.4.4.1 Mobilisation du corps dans l'écriture

Nathan présente des difficultés de déliement digital et de précision dans l'écriture. Il convient de travailler sur le graphisme, afin de le soutenir sur un plan scolaire.

Il ne s'agit pas d'attaquer un travail direct sur le geste graphique de l'écriture mais plutôt de passer par des étapes préalables nécessaires pour l'aisance motrice dans l'écriture. L'objectif est de l'aider à développer ses capacités de modulation tonique, de viser l'amélioration des positions segmentaires, de renforcer ses repères corporels. Il convient de travailler sur la pression de l'écrit. Pour obtenir la détente en cours de mouvement, il convient de chercher à l'atteindre en suivant un ordre proximo-distal tout en demandant à l'enfant de prendre conscience de sa posture et des segments utilisés.

Nathan n'aime pas les activités qui font appel au graphisme, y compris celles qui demandent de mobiliser une compétence autre que l'écriture. Pour l'amener à ce travail qui reste en lien avec ses axes thérapeutiques. Je lui propose de travailler au tableau. Il s'agit de travailler la fluidité du geste, avec mobilisation de l'axe corporel et l'amplitude du mouvement graphique, au niveau des poignets, des coudes et des épaules.

Le travail consiste à dessiner des ronds pour former une grande chenille et des ponts pour former ses pattes. Je fais en parallèle le même dessin et j'interviens juste ponctuellement pour corriger la posture ou lui faire prendre conscience d'une zone du corps, qui serait trop ou pas assez engagée. A travers des bulles  nous entamons une discussion et un

échange. Nathan trouve un malin plaisir à complexifier les questions de l'échange et retrouve une spontanéité d'expression.

Dans ces moments, Nathan est concentré et moins distrait par les quelques bruits qui peuvent parvenir de l'extérieur.

4.4.4.2 *L'écriture comme expression d'échange*

Les difficultés à écrire relèvent de différents facteurs : toniques, praxiques, affectifs, perceptifs, mais aussi symboliques.

Le travail de l'écriture avec Nathan prend deux objectifs fondamentaux :

- Travailler sur la posture et la régulation tonique pour l'amélioration du geste graphique,
- Développer la représentation mentale, l'organisation et la structuration de la pensée par l'expression graphique.

Le travail autour du graphisme et du « dessin raconté » s'apparente à de l'expression sans verbalisation. Il s'agit de transposer une pensée en graphisme, amorcer une histoire et un dialogue, tout en étant libéré de la contrainte calligraphique.


*« Spontanément, l'écriture, transposition symbolique de la parole des protagonistes, s'inscrit dans des bulles (style bande dessinée). »*⁷⁸

*« Les jeux graphiques [...]. Ils stimulent les capacités neuromotrices, instrumentales, attention et cognitives. Le professionnel guide le patient vers l'acceptation des contraintes du cadre structuré par des règles (la calligraphie, la syntaxe, etc.). »*⁷⁹

Un jour Nathan, arrive essoufflé à la séance, car il a dû se dépêcher. Après un échange rapide avec le parent accompagnateur, nous recevons Nathan. Je lui demande, comment il va et s'il a vu les animations qui ont lieu ce jour dans le centre-ville qu'il traverse pour venir au cabinet.

⁷⁸ Dieuleveult (De), M. A. in (Scialom, Giromini, Albaret, & Collectif, 2011), p. 454

⁷⁹ Ibid

Nathan, qui s'est installé sur la chaise, face au bureau, au lieu de me répondre verbalement, prend une feuille disposée sur le bureau et dessine une chenille, trace une bulle dans laquelle, il écrit,  « Bonjour, j'ai vu ».

Je prends une feuille, je dessine une chenille, je lui réponds et un dialogue s'entame ainsi sur plusieurs pages.

D'ordinaire, Nathan est réticent à écrire au bureau, mais ce que je peux relever à travers cette vignette, --en toute prudence-- : il a choisi un mode d'expression graphique spontanément avec une conceptualisation de la pensée comme mode de communication, au lieu d'opter pour une agitation motrice. Ce jeu graphique ouvre à l'échange par trace interposée.

J. Ajuriagerra, dans le cadre de la rééducation de l'écriture, souligne l'importance de donner le goût de l'écriture comme mode d'expression et d'échange.

« Petit à petit, pour donner ou redonner le goût d'écriture, [...] faire comprendre à l'enfant que l'écriture est un mode d'expression personnelle et de communication. Nous avons éprouvé que si l'enfant prend plaisir à s'exprimer par écrit, s'il réalise vraiment ce que représente l'écriture, il parvient beaucoup plus facilement à s'intéresser au mouvement graphique et il parvient à une écriture plus libre, plus aisée, plus lisible, donc plus communicable. »⁸⁰

4.4.4.3 L'écriture et estime de soi

Structurer son écriture, c'est se socialiser et accepter les contraintes du monde extérieur et c'est également apprendre à maîtriser ses émotions. Écrire implique de mobiliser son corps, son attention et accepter de s'inscrire dans le temps et non dans l'immédiateté. Lorsque l'écriture devient mode d'expression, elle est source de satisfaction et participe à renforcer l'estime de soi.

⁸⁰ Joly F, Labes G.,(2009)

4.4.5 Vignette d'affirmation de soi

La maman, lors de la dernière séance (en avril), nous rapporte que Nathan se montre davantage opposant et que les devoirs sont devenus très difficiles. Elle projette de prendre une aide scolaire à domicile, avec un (une) étudiant(e), pour ne pas avoir à se retrouver en conflit ouvert avec Nathan.

Nathan s'en défend en disant qu'il n'aime pas faire les devoirs le matin alors que d'ordinaire, il n'intervient pas dans la discussion qui peut se dérouler parfois entre les parents et la psychomotricienne, en fin de séance. Souvent, il préfère mettre à profit ce temps pour continuer à jouer à des jeux de Lego-train par terre à quatre pattes, ou allongé sur le ventre. Nous avons évoqué avec la maman d'instaurer un contrat morale avec lui respectant certaines termes définis en accord avec lui, tout en restant ferme sur l'objectif (préférences, heures, objectifs).

Nathan, par ce comportement d'opposition, manifeste un souhait, qui peut être un premier pas vers l'affirmation de soi et l'autonomie, ou une simple marque de l'excès de pression qu'il peut éprouver en ce moment.

Dans tous les cas, ce comportement, renseigne sur l'évolution de Nathan et son souhait à faire évoluer sa relation avec son entourage et notamment avec sa mère. Il cherche ainsi à s'affirmer en attaquant directement le cadre de la sphère.

Nathan manifeste, maintenant, un point de vue verbalement sur un mode oppositionnel. Il passe par la parole, l'expression de ce qu'il pense de la situation et à sa symbolisation.

4.4.6 Vignette de travail sur la mémoire

Avec Nathan, nous avons instauré un jeu de balle, comme dernier temps de la séance, l'ancrant dans une temporalité et préparant la séparation. Nous nous lançons, à tour de rôle, un petit sac lesté et, en même temps, il faut citer un mot. Au début du jeu, nous avons défini une lettre et celui qui reçoit le sac, dit un mot commençant par cette lettre. Puis nous avons fait des variantes en limitant le choix des mots parmi des villes, ou des pays. Au fil du jeu, il devint difficile de trouver de nouveaux mots, car la consigne requière de ne pas répéter un mot déjà prononcé par soi ou par l'autre. Cela se répercute sur la cadence du jeu, nous passons plus de temps à réfléchir pour trouver un mot, que de jouer et être en interaction et en relation. Nous étions même bloqués à certains moments aussi bien l'un que l'autre.

Ma maîtresse de stage me demande de simplifier la consigne, pour gagner en fluidité.

L'adaptation de la consigne après quelques essais fut celle-ci :

Le premier qui lance la balle cite un mot,

Celui qui reçoit la balle, trouve un mot en lien avec le premier, en association libre.

Le jeu a été tout de suite ressuscité et dynamisé et Nathan a retrouvé le sourire et une certaine énergie et plaisir à participer, avec plus de liberté induite par l'association libre d'idées. Ses propositions furent variées et les mots proposés pouvaient appartenir à une même catégorie du mot ou dériver sur une nouvelle catégorie.

Exemple : si je donne un mot comme Jaune, il peut rester sur le même registre et répondre : vert, orange, rouge, (Catégorie : « Couleur ») ou changer de registre selon ce que le jaune lui évoque : Soleil, Banane, ...

Un exemple d'échange : Pomme → fruit → banane → jaune → soleil → lune

Pomme : 1^{er} mot / Fruit : la pomme fait partie de la classe des fruits

Banane : est un fruit / Jaune : la banane est jaune

Soleil : le jaune évoque le Soleil / Lune : en opposition au soleil (comme jour et nuit), ...

L'association d'idées permet d'enrichir le répertoire lexical et de verbaliser sa pensée en l'exprimant par des mots conscients, dans une logique et un fil conducteur de pensée. Ce jeu fait travailler la mémoire, qui est une structure fortement impliquée dans l'apprentissage.

4.4.6.1 *Articulation mémoire et apprentissage*

Ce jeu instauré de façon ludique a connu différents ajustements. Il a permis des moments d'échange et de relation. J'ai été agréablement surprise quand j'ai découvert le fonctionnement de la structuration de la mémoire et comment elle est mise en jeu dans les apprentissages, ainsi qu'un article⁸¹ dans la revue ANAE mettant en évidence l'importance du travail de la mémoire courte dans l'amélioration de l'attention et la concentration.

Dans cette prise en charge psychomotrice, il a été possible de faire un travail sur des fonctions exécutives, dans une dynamique ludique et thérapeutique, permettant un renforcement positif et un engagement total du corps, à la fois du patient et du thérapeute.

4.4.6.1.1 *Mémoire et apprentissage*

La mémoire est nécessaire dans l'apprentissage et l'acquisition des connaissances. Pendant les activités scolaires, un enfant doit constamment mémoriser des informations de manière temporaire pour les restituer rapidement (retenue d'une addition, consignes d'un exercice, ...) ou de manière plus durable, des leçons de géographie et d'histoires. Les circuits de l'activation de la mémoire font appel aux mêmes neurones que ceux de la perception et la compréhension.

4.4.6.1.2 *Définissons la mémoire*

La mémoire est une fonction cérébrale extrêmement complexe constituant la base fondamentale du comportement. Elle est un substrat essentiel à l'identité personnelle.

Sa complexité réside dans la multiplicité des étapes nécessaires à sa construction, la variété de ses formes et la diversité des structures cérébrales qu'elle recrute.

Les processus de mémorisation s'effectuent en plusieurs étapes successives. La première est le codage des informations reçues par les réseaux neuronaux, permettant un traitement immédiat des informations et leur représentation en traces mnésiques. L'efficacité de cette étape est déterminante car elle conditionne la qualité et la continuité des souvenirs formés.

⁸¹ Majerus, S.(2017)

Les conditions d'apprentissage, le degré d'attention, la motivation, l'état physiologique et affectif doivent être optimisés pour un codage et une mémorisation efficace.

Les mémoires se déclinent en différents types : mémoire procédurale, implicite et déclarative. Cette dernière se décline en :

- -Mémoire à court terme (mémoire immédiate, mémoire de travail).
- -Mémoire à long terme (mémoire épisodique, mémoire sémantique).

Dans les apprentissages, toutes les mémoires sont impliquées, avec une implication plus forte de la mémoire de travail et la mémoire sémantique.

4.4.6.1.3 Mémoire de travail

La mémoire de travail est la capacité de retenir des informations à court terme, quelques secondes ou quelques minutes, pour réaliser des opérations cognitives.

Elle fait partie des habilités de haut niveau des fonctions exécutives, qui sont : attention, mémoire de travail, planification, inhibition et flexibilité mentale.

Elle intervient dans les activités cognitives : la compréhension du langage, la lecture, le calcul et le raisonnement. Il convient de noter que sa capacité est limitée.

4.4.6.1.4 Mémoire sémantique

La mémoire sémantique est la mémoire nécessaire à la production et à la compréhension linguistique. Elle est aussi beaucoup sollicitée dans les apprentissages, car elle représente le capital « Savoir » de l'individu : ensemble de mots et leurs significations, de symboles, concepts et les règles de leurs fonctionnements.

4.4.6.2 Organisation de la mémoire sémantique

La mémoire sémantique a fait l'objet de plusieurs études en sciences et psychologie cognitives. Deux modèles explicatifs de son organisation sont proposés : le modèle hiérarchique proposé par Collins & Quillian (1969) et le modèle en réseau non hiérarchisée.

Les limites du modèle hiérarchique ont conduit Collins et Loftus en 1975, à élaborer **un modèle de réseau non hiérarchisé pour le fonctionnement de la mémoire**, dans lequel les concepts sont connectés entre eux sans hiérarchisation et interconnectés dans un modèle en étoile. La hiérarchisation de l'information est supprimée au profit de l'interconnexion.

« La récupération de l'information en mémoire s'effectuerait grâce à l'activation : l'activation d'un concept entraînerait l'activation des concepts qui lui sont reliés. Ces liens peuvent être aussi bien de nature sémantique. »⁸²

Dans le modèle en réseau, les nœuds sont des unités d'informations liés par des forces associatives différentes. Selon l'information traitée, plusieurs nœuds peuvent s'activer en même temps constituant ainsi un patron d'activité qui se répartit sur une partie du réseau, l'activation se fait de façon dynamique et plus ou moins partielle.⁸³

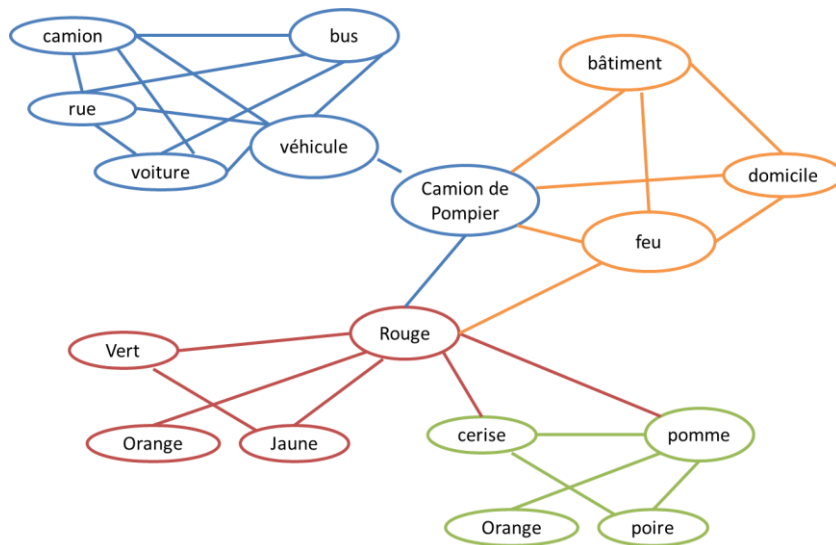


Figure 1 : Modèle de l'organisation des connaissances en mémoire Sémantique

4.4.6.3 Lien Organisation de la mémoire et vignette

L'étude de S. Majerus⁸⁴ dans la revue ANAE met en évidence l'importance du travail de la mémoire courte dans l'amélioration de l'attention et la concentration. De ce fait, il peut être intéressant de mettre en place avec des enfants avec troubles attentionnels, des activités axées sur le fonctionnement de la structuration de la mémoire.

Dans le travail mis en place avec Nathan, il convient juste de souligner que dans l'approche psychomotrice, il a été possible de travailler sur des compétences cognitives, tout en mobilisant le corps et en privilégiant la dimension relationnelle et le plaisir du jeu.

⁸² Grebot E. (2006), p 81

⁸³ <http://cours-psycho.com/2008/01/organisation-de-la-memoire/>, consulté le 12/12/2017

⁸⁴ Majerus S. (2017)

4.5 Rencontre avec Fleur

4.5.1 Présentation

En 2017/2018, Fleur est scolarisée dans une école privée, en CM2. Elle est très souriante, coopérante et montre une certaine confiance en elle. Elle porte des lunettes pour astigmatisme et hypermétropie, qui accentue sa divergence oculaire.

Fleur est suivie en orthophonie pour suspicion de dyslexie.

4.5.2 Contexte d'indication

L'indication de la psychomotricité concerne les difficultés d'orientation spatiale.

4.5.3 Anamnèse

Lors du bilan réalisé en 2015, Fleur a présenté une certaine agitation.

Fleur vit avec ses parents et son grand frère de 14 ans, qui, du fait de la différence d'âge, met de la distance avec elle.

Activités extrascolaires : Fleur fait de la danse classique pour la sixième année consécutive et de la danse moderne jazz depuis la rentrée de septembre 2015.

A l'école : l'apprentissage de la lecture et de l'écriture s'est relativement bien passé à sa rentrée en CP. Fleur a quelques difficultés avec les problèmes en mathématiques. Par ailleurs, elle aime aller à l'école.

Sommeil et alimentation : elle a besoin de dormir au moins 12h ou 13h par nuit.

Grossesse et accouchement : la maman a déclaré une pneumopathie dans le dernier mois de grossesse et a dû prendre des antibiotiques et des corticoïdes. Elle a fait de l'hyperinsulinisme ce qui explique les mensurations de Fleur à la naissance : 4,5 kg pour 55 cm. Fleur est née 15 jours avant le terme. L'accouchement s'est bien passé.

Développement psychomoteur : Fleur a marché vers 13 mois, a commencé à parler vers 2 ans et demi.

Antécédents médicaux : Fleur est née avec un strabisme très important qui a nécessité, dès son 5^{ème} mois, le port de lunettes, des séances d'orthoptie et un cache œil jusqu'à 3 ans et demi. Le médecin de famille repère une légère déviation de la colonne vertébrale.

L'ophtalmologue confirme la possibilité que le strabisme puisse provoquer une légère déviation de l'axe. Fleur a subi une opération de l'œil en avril 2015.

Autres prises en charge : un suivi en kinésithérapie a été initié en 2015 et continue à ce jour à raison de deux séances par semaine. Il vise à favoriser sa musculature du dos.

4.5.4 Bilan psychomoteur et projet thérapeutique

Fleur présente des difficultés de régulation tonique impliquant des difficultés dans les motricités fine et globale ainsi qu'un investissement plutôt déficitaire de son schéma corporel. Elle présente également des difficultés d'attention et de concentration.

Un suivi en psychomotricité, à raison d'une séance hebdomadaire vise à travailler sur le graphisme, l'organisation visuo-spatiale et visuo-constructive et la concentration.

4.6 Discussion

4.6.1 Vignette en lien avec l'organisation spatiale

Fleur est une jeune fille de 10 ans, scolarisée en CM2, dont l'indication initiale en psychomotricité est de travailler l'orientation spatiale.

Les séances de prise en charge de Fleur sont centrées actuellement sur la structuration spatiale, après avoir travaillé la perception spatiale, l'orientation spatiale et l'organisation du geste graphique dans l'espace de la feuille.

On dispose 2 feuilles blanches sur le bureau. La psychomotricienne dépose sur 1 des 2 feuilles, des structures en bois (utilisées dans les jeux de construction) représentant différentes formes géométriques en 3D. La consigne est de reproduire sur la 2^{ème} feuille (en 2D), les formes 3D : cube \Rightarrow carré, tétraèdre \Rightarrow triangle, parallélépipède \Rightarrow rectangle, cylindre \Rightarrow cercle (principe de transposition de l'espace tridimensionnel à l'espace graphique).

Fleur reproduit les formes correctement, mais sans respecter ni la taille réelle ni la disposition, qui restent approximatives.

Les formes disposées plus proches du bord (limites de la feuille), ont été mieux reproduites, grâce à l'accroche visuelle des limites du bord de la feuille.

Nous lui posons la question si la disposition et la taille des objets sont bien respectées.

Elle répond par l'affirmative. Elle trouve qu'elle a bien respecté la forme des structures et leurs tailles. Elle ne remet pas en question la différence entre la taille du modèle (réel) et le modèle représenté.

Pour l'aider à mieux repérer cette différence, je l'invite à prendre la structure dans la main et à en faire le contour manuellement, puis de la poser sur la forme représentée et ainsi dessiner le contour avec un crayon.

Elle a pu, par expérimentation, mieux appréhender les dimensions des objets, la bonne structuration spatiale et la perception des dimensions des objets dans l'espace, ainsi que leur emplacement. Les reproductions suivantes se sont nettement améliorées. Elle a même tenu à faire l'essai les yeux fermés.

4.6.2 L'espace comme cadre

Le cadre spatial, matérialisé par la séance de psychomotricité, avec ses limites et son organisation spatiale, offre un lieu contenant les excitations et les mouvements. Il offre la possibilité de vécu des expérimentations motrices, sensorielles, instrumentales et affectives.

« En psychomotricité, l'appropriation de l'espace passe, à un moment ou à un autre, par une représentation matérielle »⁸⁵.

Ce dispositif favorise l'émergence des représentations, support de mentalisation et de créativité. Cet espace est également l'espace de la relation à l'autre, de l'ajustement de la distance relationnelle avec le thérapeute et vis-à-vis du savoir à saisir en séance, un lieu d'échange et d'interactions avec le thérapeute.

*« L'espace est, d'abord et avant tout, une intégration psychique et corporelle de la limite, de la finitude. Dans la psyché de l'enfant, les espaces interne et externe sont, au départ, confondus comme le sont les excitations internes et externes, dans une indifférenciation entre le dedans et le dehors : c'est pour cela qu'il est important d'offrir à l'enfant un espace contenant où il puisse s'enraciner. »*⁸⁶

⁸⁵ Miglorianza, M. (2006). p. 104

⁸⁶ Miglorianza, M. (2006), p. 110

Le cadre, c'est aussi l'utilisation d'une médiation et d'un médium adapté.

Il ne s'agit pas de plaquer à l'avance le choix de l'un ou de l'autre, mais de se laisser inspirer à la fois de sa propre sensibilité à certaines médiations et du besoin du patient, pour trouver dans une dynamique de co-création, un espace de travail qui favorise l'alliance thérapeutique et la confiance.

4.6.3 De l'axialité à la symétrie

Fleur est une enfant intelligente et persévérante. Au fil des séances, son organisation visuo-spatiale s'est considérablement améliorée. Elle présente désormais de bonnes capacités de transposition de l'espace tridimensionnel à l'espace graphique.

Les séances de prise en charge de Fleur sont centrées actuellement sur la perception spatiale et l'expérimentation des concepts de symétrie. Il s'agit d'abord de travailler la symétrie axiale, par le biais d'un travail sur la prise de conscience de la tenue de posture.

Dans ce cadre, avec Fleur, nous avons travaillé la régulation tonique et la tenue de l'axe avec des bâtons de bambou de la même taille. (60 cm).

Nous nous positionnons l'une en face de face de l'autre, chacune tenant un bâton au bout des doigts, permettant de garder la même distance entre nous, nous bougeons, en accordage. Pour initier l'activité, je commence par bouger doucement, donc en guidant le mouvement, puis c'est au tour de Fleur de guider ou proposer des mouvements tout en ajustant son rythme à mon mouvement.

L'utilisation des bâtons de bambou permet d'aborder un travail autour de l'axe corporel, de la verticalité et du redressement postural. Du fait de leurs longueur, ils permettent une adaptation à l'espace et permettent d'instaurer une distance relationnelle, dans un accordage tonico-émotionnel entre l'enfant et le psychomotricien.

En travaillant l'axialité, on aborde un travail de présence à soi par rapport à l'espace. En effet, l'axialité est un processus qui relie le corps avec toutes les directions de l'espace. Le corps propre devient référence et axe de repère des mouvements dans l'espace.

Ce travail permet l'intégration des informations sensorielles pour soutenir l'intégration du schéma corporelle, ajuster les réponses motrices et entretenir la conscience corporelle.

La composante relation est forte et vient soutenir l'estime de soi, un facteur important dans la construction identitaire et l'ajustement de la posture.

« C'est donc grâce à l'axe que les constituants du mobile qu'est le corps vont s'articuler, s'inscrire dans un rapport juste et harmonieux avec l'ensemble. »⁸⁷.

L'intégration de l'axe corporel dépend de l'ancrage au sol du sujet et de ses appuis. Du fait de sa pratique de la danse classique, Fleur est plutôt dans un flux de mouvement libre (selon la grille de lecture de LABAN). Ce travail d'accordage permet, dans une maîtrise du mouvement à un rythme donné, une approche de l'axialité, dans sa globalité.

4.6.3.1 Représentation et symétrie

En février 2018, la maman nous indique que l'école souhaite mettre en place un PPRE⁸⁸ pour Fleur. Cet aménagement consiste à instaurer un soutien scolaire pendant le temps de la pause déjeuner, 2 fois par semaine sur les matières : français et géométrie.

Après la consolidation du travail de l'axe corporel et en lien avec les difficultés de Fleur dans l'abstraction mathématique, nous convenons avec ma maître de stage de concevoir un travail autour de la symétrie.

Le but étant d'amener Fleur à se représenter ce concept, de l'intégrer par l'expérimentation pour le transposer dans les apprentissages.

J'ai décidé alors de faire passer à Fleur (sur une partie de la séance) le test du Frostig⁸⁹ pour m'assurer de ses capacités visuo-motrices, de discrimination figure-fond et de la constance de formes géométriques.

Fleur réussit les épreuves du test du Frostig, sauf la dernière épreuve la plus complexe. Cet item consiste à reproduire le modèle à l'identique.

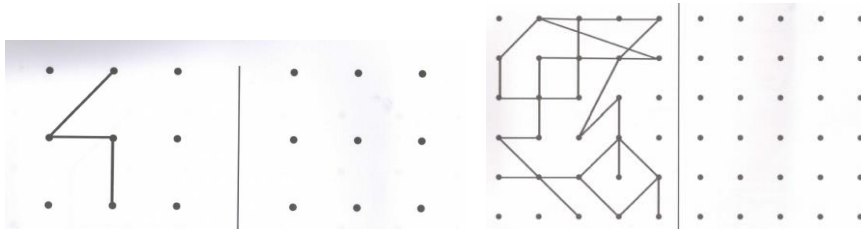
Pour les figures simples, Fleur reproduit le modèle à l'identique et non en symétrie par rapport à l'axe.

⁸⁷ Lesage, B. (2012), p. 149.

⁸⁸ PPRE : Programme personnalisé de réussite éducative : dispositif purement pédagogique pour les difficultés d'acquisitions des compétences scolaires considérées comme indispensables (français, langues, mathématiques, ...)

⁸⁹ Test de développement de la perception visuel de Marianne Frostig.

Dans le cas de la figure complexe, elle se lance dans une reproduction du modèle en symétrie par rapport à l'axe. Elle se rend compte de son erreur, une fois confrontée à la difficulté. Elle souhaite recommencer la production. Etant donné que l'item est échoué, je la laisse reproduire le modèle en lui conseillant de changer de couleur. Elle reprend, mais ne réussit pas à reproduire le modèle en entier.



Cela confirme sa difficulté à appréhender les relations spatiales et le concept de symétrie par rapport à un axe.

Fleur est persévérante. Elle souhaite le refaire tout de suite. Je lui propose de le réaliser sur la séance d'après.

Je prends le temps avec elle d'analyser comment elle a procédé. Comment elle aurait pu procéder et comment elle peut s'organiser pour mieux procéder à l'avenir.

A la séance d'après, elle prend le modèle et répond : « Je sais », « Je veux le faire seule ». Elle réussit beaucoup mieux, avec un tracé bien clair et droit. Elle a omis un seul tracé.

Elle est fière et trouve que la reproduction est tellement parfaite qu'on la confond avec le modèle.

Ce travail reste à consolider en relation avec le travail sur l'axe et vient en complémentarité avec le travail de kinésithérapie.

Fleur est ravie d'avoir réussi la reproduction de la dernière figure complexe du Frostig. Néanmoins, au regard de son âge et l'étalonnage du bilan du Frostig jusqu'à 7ans, Fleur est supposée réussir l'ensemble des items. Cela montre que le travail sur l'axe et la relation spatiale reste à consolider au fil des prochaines séances.

Par ailleurs, Fleur a une divergence oculaire, qui peut générer des problèmes de perception des longueurs dans l'espace et pénaliser ses performances en géométrie.

Le travail sur l'organisation et la structuration spatiale permet de passer par les étapes : corps vécu, corps manipulé et corps représenté⁹⁰.

« En ce qui concerne l'approche de la géométrie et des mesures de grandeurs, les prérequis sont essentiellement spatiaux. »⁹¹.

Fleur est contente du travail qu'elle vient d'accomplir, et fière de le montrer et le partager avec sa maman en fin de séance. Cette réussite dans un domaine, et plus particulièrement celui de ses difficultés, est importante pour souffler une brise de satisfaction. Elle permet de renforcer le sentiment de réussite et d'avoir un regard valorisant sur son propre travail. L'enfant pourra s'appuyer sur cette expérience pour prendre confiance et moins appréhender le domaine de difficulté.

« Sans l'expérience positive que procure l'acquisition de nouvelles aptitudes ou connaissances, l'enfant n'ira pas chercher la répétition, qui est la clé de tout apprentissages. »⁹².

« L'enfant qui découvre de nouvelles capacités va être induit automatiquement à les exercer, ce qui, selon un mécanisme de « cercle vertueux » contribue à renforcer l'acquisition et favorise l'apprentissage. »⁹³.

⁹⁰ Lièvre, B. D., Staes, L. (2012). p.119

⁹¹ Ibid

⁹² Habib M. (2014). P. 91

⁹³ Habib M. (2014). P. 91

4.7 Rencontre avec Perceval

Je suis en stage, depuis quelques mois, dans un cabinet libéral de Paris. Ma maître de stage m'informe que nous recevrons ce jour, un nouveau enfant pour un début de bilan.

Lors de cette première rencontre, Perceval est accompagné de ses deux parents. C'est essentiellement le papa qui parle et explique le contexte et l'indication de psychomotricité. La maman intervient lors des questions d'anamnèse.

Pendant l'entretien, Perceval se montre introverti, n'intervient pas, mais il suit les échanges de la discussion en étant présent et concentré, à priori non distrait. Il est même en état de vigilance. Quand on lui pose une question en le regardant, souvent il se contente de sourire pour une réponse positive et s'il voit qu'on attend plus de précision, il répond « oui » avec un haussement des épaules et une gestuelle des mains qui peut signifier : « C'est évident, pourquoi posez-vous la question ? ».

Perceval est un enfant Haut Potentiel Intellectuel (HPI), dont le bilan et le diagnostic ont été fait en 2015.

Les parents font remarquer qu'ils trouvent que Perceval a tendance à préférer ce qui est compliqué et ne pas réussir un problème évident. Il a tendance à fournir une vision globale et générale des problèmes. Il réussit mieux les devoirs difficiles et peut buter sur un exercice simple, dont la réponse attendue est triviale.

4.7.1 Contexte de prescription

Le test WiSC-4⁹⁴ a été réalisé en septembre 2015 par une psychologue, membre du réseau TAP (Trouble des Apprentissages).

Le test d'intelligence souligne que Perceval présente un fonctionnement intellectuel global hétérogène, avec un score dans le domaine de la vitesse de traitement en dessous des autres dimensions de son développement, mais dans la norme.

⁹⁴ Echelle d'intelligence de Wechsler pour enfants – 4^{ème} édition

En conclusion du bilan psychologique, il est précisé que « l'ensemble des problèmes de flexibilité mentale et pratiques observés lors de la passation du test laissent penser qu'un approfondissement du bilan avec l'aide d'un psychomotricien pourrait être bénéfique, de même qu'un bilan orthoptique. »

Les parents ont mis en place, en premier, les séances d'orthoptie et, à la suite, souhaitent faire un bilan psychomoteur comme préconisé.

4.7.2 Présentation Perceval

Perceval est un jeune garçon de 9 ans (né en décembre 2008), il vit avec ses parents et sa grande sœur, âgée de 12 ans avec laquelle, il s'entend bien.

Il est scolarisé en CM1 dans une école privée élitiste. Il porte des lunettes de correction d'hypermétropie, dont il en a essentiellement besoin à l'école ou pour des activités de précision, mais il peut très bien s'en passer.

Perceval est décrit comme un garçon bien organisé, exigeant et perfectionniste. A la maison, il joue peu et préfère lire des séries de romans.

A l'école, Perceval a des bons résultats, il est autonome pour faire ses devoirs et socialement bien à l'école. Il a pratiqué quelques sports en activités extrascolaires (tennis, natation, ...) qu'il a arrêté car il ne se considère pas comme « un grand sportif ». Il fait actuellement du Hip Hop et du Judo.

4.7.3 Anamnèse

La grossesse et la naissance se sont bien déroulées. Perceval est né à terme et la maman a été alitée en fin de grossesse.

Au niveau du développement psychomoteur, Perceval a marché vers un an, il a fait peu de marche à 4 pattes. Il a commencé à parler vers 18 mois. Les propretés diurne et nocturne ont été acquises autour de 2 ans. Perceval a fait du vélo vers 4,5 ans. Actuellement il sait nager le crawl et la brasse. Les parents précisent que Perceval est lent quand il court.

En termes d'antécédents médicaux, Perceval a fait une intolérance au lactose quand il était petit, qui s'est résorbée avec le temps. Actuellement, il n'a plus de problème d'allergie.

La maman évoque que Perceval devra bientôt avoir recours à des corrections avec semelles orthopédiques, pour corriger un défaut de posture et nous signale qu'étant bébé, il a dû porter un bandage des pieds pendant 6 mois, pour corriger une flexion intérieure de la cheville.

En termes de suivis médicaux et paramédicaux, Perceval a fait des séances d'orthophonie l'année dernière. Actuellement, il n'a pas de prises en charge autre que la psychomotricité.

4.7.4 Bilan psychomoteur

Comme j'ai pu participer à l'entretien et à l'anamnèse, j'ai pu faire passer certains items de bilans et participer à la passation d'autres que je ne connais pas comme la tour de Londres.

J'ai pu ainsi initier la rédaction du bilan, échanger avec ma maître de stage et le finaliser en prenant en compte les retours. Je transpose les éléments du bilan ci-dessous :

4.7.4.1 Comportement

Perceval est un garçon agréable, calme et posé. Pendant le bilan, il participe volontiers aux épreuves proposées, mais il garde un certain niveau de réserve et de vigilance.

Toutefois, il est très préoccupé par ses résultats et il est souvent en recherche de feedback, ce qui souligne une anxiété de performance et une remise en question de l'estime de soi.

4.7.4.2 Tonus

L'examen du tonus de fond avec mobilisation passive des membres supérieurs et l'épreuve du bras tendu, révèlent une bonne capacité de relâchement volontaire.

L'évaluation du tonus d'action montre des diadococinésies de qualité avec une baisse de fluidité à l'accélération.

Les épreuves de latéralité fonctionnelle révèlent une latéralité hétérogène, à droite pour la main et le pied mais à gauche pour l'œil. Cependant, Les épreuves de latéralité innée montrent une dominance à gauche. Perceval utilise dans certaines situations (jeux de construction, le lancer de balles, ...) aussi bien la main gauche que la main droite.

Cela évoque une possible latéralité contrariée, qui peut influencer sur les capacités motrices et l'organisation spatiale.

4.7.4.3 *Motricité globale et fine*

Coordinations dynamiques générales : Perceval a de bonnes capacités d'organisation dans les épreuves motrices d'équilibre statique et dynamique, de sauts pieds joints et sauts unipodaux sur place et en déplacement. Mais il présente une certaine raideur essentiellement au niveau du haut du corps.

Dextérité manuelle : Les temps d'exécutions manuelles sont proches entre la main droite et gauche. Cependant, la prise de stylo est meilleure à gauche et la dissociation bras/reste du corps, ne se fait pas aisément, avec participation active de la tête dans les activités graphiques.

Coordination oculomotrice : Les épreuves de coordinations motrices révèlent quelques fragilités (lancer de balles de tennis). Il a besoin d'un temps d'observation et d'expérimentation. Le geste s'améliore et peut s'automatiser après l'entraînement et l'étayage de l'adulte.

En MABC-2, dans le domaine lancer/attraper, Perceval obtient une note Standard de 11, le situant dans la norme.

4.7.4.4 *Schéma corporel et image du corps*

La somatognosie (vocabulaire corporel) est satisfaisante pour son âge.

Le dessin du bonhomme est en accord avec sa classe d'âge, bien qu'on note une grande hésitation au moment de la réalisation de cette épreuve et plusieurs « effacer/recommencer », qui peuvent dénoter d'une anxiété de performance, un manque de réassurance et de confiance en soi.

On note la prépondérance de la tête et des oreilles dans le dessin de Perceval.

Perceval présente une intégration plutôt adaptée de son schéma corporel malgré une image du corps plutôt pauvre ceci pouvant être mis en lien avec un manque de confiance en lui.

4.7.4.5 *Organisation spatio-temporelle*

L'orientation droite/gauche est acquise sur soi et sur autrui. Le croisement de l'axe est possible.

L'épreuve d'organisation spatiale de M. Vyl (pas comptés) est réussie, Perceval parvient à adapter sa motricité dans l'espace. Les repères temporels de base sont acquis.

L'épreuve de tempo spontané et de reproduction de structures rythmiques (Stambak) est réussie et démontre les capacités de compréhension de la symbolisation et une bonne appréhension perceptive de la structuration rythmique. Il est à noter que le tempo spontané de Perceval est plutôt lent.

L'orientation spatio-temporelle est satisfaisante.

4.7.4.6 Graphisme

Le stylo est tenu à droite en pince à 3 doigts (tridigitale). La main est orientée correctement. L'écriture est homogène, mais petite. L'espace graphique est bien géré, mais la position posturale est crispée, avec persistance de raideurs au niveau du haut du corps. La tête participe aussi au geste graphique, positionnée en avant avec apparition de plusieurs syncinésies faciales. On note des crispations dans les doigts et l'épaule principalement et un manque de déliement des articulations coude et poignet. Sur le plan clinique, Perceval a un geste graphique lent pour son âge.

4.7.4.7 Capacités visuo-constructives

Les résultats de la figure de Rey sont chutés essentiellement pour la reproduction de mémoire. Le score de la réalisation de la figure de mémoire est de 6/72, situant Perceval au 5^{ème} percentile des enfants de son âge. Peu d'éléments sont restitués. Cela peut être en lien avec les difficultés visuo-spatiales, ou la mémoire de travail. Mais dans le cas de Perceval, il s'agit plutôt d'un problème de blocage de la pensée. Par ailleurs, les capacités visuo-spatiales et mnésiques ont été confirmées satisfaisantes par d'autres épreuves adéquates dans le cadre de ce bilan.

4.7.4.8 Capacités attentionnelles

Perceval a des bonnes capacités de concentration. Au test du barrage, il a réalisé la première épreuve sans omission ou ajout et se situe dans la moyenne supérieure. Dans la deuxième épreuve qui teste l'attention divisée (consiste à trouver 2 signes différents), il se situe dans la moyenne de son âge.

4.7.4.9 Conclusion et projet thérapeutique

L'orientation spatio-temporelle est bien appréhendée. L'organisation motrice peut être précaire dans les nouvelles expériences mais les bonnes capacités de Perceval l'aident, grâce à un bon étayage, à une intégration de manière efficace.

L'attention visuelle est bonne. Elle est un élément facilitateur dans les apprentissages.

La dimension émotionnelle chez Perceval peut influencer le résultat de la réalisation des tâches demandées et inhibe l'utilisation de ses capacités réelles.

Perceval aime la complexité et intellectualise beaucoup ses faits et gestes. Il est à l'aise dans les épreuves intellectuelles et peut utiliser ses capacités cognitives de façon calme et minutieuse. Cependant, face à la difficulté, il peut se bloquer et ne pas persévérer.

Un suivi hebdomadaire en psychomotricité pourrait donc lui être bénéfique. Il sera axé sur des activités mettant en œuvre des exercices moteurs et un travail sur les émotions et le lâcher-prise.

Le projet thérapeutique vise à développer les capacités de modulation tonique, à renforcer la prise de conscience corporelle pour développer l'aisance motrice et aider Perceval à prendre confiance en ses capacités et ainsi apaiser l'anxiété, diminuer l'inhibition et le blocage de la pensée.

4.8 Discussion

4.8.1 Vignette Émotion et blocage de la pensée

Perceval est un jeune garçon haut potentiel de 9 ans scolarisé en CM1.

Lors de la passation de bilan, à la 2^{ème} séance (le bilan se déroulant sur 2 à 3 séances), je propose à Perceval, l'épreuve de la figure de Rey.

Perceval, qui a de bonnes aptitudes de concentration, des capacités visuo-constructives, fait une copie de la figure A, de manière appliquée et conforme, avec une bonne qualité du trait graphique. Le temps de la copie est dans la moyenne supérieure de son âge.

Quand il a fini, nous discutons des vacances passées, laissant écouler ainsi un temps inférieur à 3 minutes, pour l'épreuve de production de mémoire de la même figure.

Quand je lui propose de reproduire la figure de Rey, de mémoire, Perceval se fige. C'est comme si le temps s'arrête. Je lis dans ses yeux le désarroi. Je tente de le rassurer en lui disant, de reporter ce dont il se souvient, même si ce n'est pas complet et que c'est normal qu'il ne se souvienne pas de tout. Il répond qu'il ne se souvient de rien !

Il accepte finalement de faire l'épreuve, mais arrive à reproduire à peine deux éléments secondaires de la figure de Rey.

4.8.1.1 Précision

Il peut paraître provocateur de choisir de parler d'enfant Haut Potentiel Intellectuel (HPI)⁹⁵, dans les difficultés des apprentissages. Il n'en est rien. En effet, il y'a une association assez importante entre Le HPI et les troubles spécifiques des apprentissages. Par ailleurs 70 % des enfants HPI sont en échec scolaire⁹⁶. D'après l'Afep (Association Française des Enfants Précoces), seulement un tiers des enfants surdoués font des études supérieures

⁹⁵ Enfant avec un quotient d'intelligence supérieur à 130.

⁹⁶ <http://etudiant.lefigaro.fr/>, consulté le 30/03/2018

4.8.1.2 Spécificité de la prise en charge

La prise en charge de Perceval met en œuvre les axes et objectifs identifiés, à travers des exercices moteurs, un travail des ressentis, une disponibilité et une finesse d'ajustement de postures et de l'approche, qui mêlent assurance, écoute et créativité.

Un autre défi, dans le cas des enfants HPI, est de les amener, lors de la séance de psychomotricité, à accepter de moins intellectualiser les faits et gestes pour se permettre une certaine spontanéité. Cela peut être obtenu effectivement avec un travail engageant le corps, ou autour des activités créatives, comme par exemple le modelage avec l'argile, médium malléable⁹⁷ pour un meilleur lâcher prise.

*« ... médium malléable introduit en effet l'enfant au conflit entre conserver la forme produite [...] ou conserver la malléabilité, c'est dans l'après-coup du jeu de destruction/remodelage (reconstruction), dans une rétroaction que se découvre l'essence du processus de représentation et que le médium malléable peut devenir le représentant de la fonction représentative, le représentant de la représentation ».*⁹⁸

Le travail sensoriel avec un médium malléable permet le cheminement sensation-perception-représentation. L'objet porte la fonction de représentation, qui induit moindre d'intellectualisation.

Lors d'une séance, nous avons opté de travailler avec de l'argile. Perceval est sceptique au début, il est gêné par la sensation de l'argile, il hésite beaucoup, il regarde ce que nous fabriquons, ma maître de stage et moi. Il refait plusieurs fois sa construction recommençant dès le début. Pour cadrer à minima la séance, nous avons choisi la mer comme thème. Concentrés sur nos créations de bateaux, cela m'évoque la chanson « Il était un petit navire ». Ma maître de stage me dit qu'elle ne la connaît pas. Je reprends donc la chanson dès le début. Perceval m'accompagne de sa propre initiative et continue de finaliser sa fabrication de frégate, concentré sans nous regarder et en chantant. Il a par ailleurs une belle voix.

⁹⁷ Roussillon, R. (2001).

⁹⁸ Roussillon, R. (2001).

Perceval a réussi ainsi à être spontané, à prendre l'initiative de manière naturelle, lui qui est souvent dans l'observation et la crainte du jugement de l'autre.

Certes, ce n'est qu'un début ! Il convient de consolider cette prémisse d'émancipation, pour que Perceval puisse se sentir lui-même et oser prendre les initiatives au-delà du cadre du cabinet de psychomotricité.

4.8.1.3 Haut potentiel et estime de soi

Jeanne Siaud-Faccin⁹⁹ précise que le plus caractéristique du fonctionnement des enfants Haut Potentiel est **l'ingérence émotionnelle**.

Bien que leur fonctionnement cognitif domine, c'est plutôt du côté du fonctionnement émotionnel et affectif que se révèle leur plus profonde personnalité, très singulière.

« L'hyperréceptivité émotionnelle est centrale chez le surdoué¹⁰⁰. Véritable éponge, il absorbe en continu la moindre particule émotionnelle en suspension autour de lui. D'une sensibilité exacerbée aux émotions ambiantes, il ressent également les émotions des autres. »¹⁰¹.

Lors de la passation de l'item de copie de la figure de Rey, Perceval s'est figé, probablement submergé par d'autres idées, souvenirs ou pensées en association à l'évocation de cette image. Ce fonctionnement se retrouve chez les enfants HPI, avec « une pensée en arborescence » et non linéaire. Bien que Michèle Habib¹⁰² opte pour la force des connexions entre les hémisphères, qui facilite l'accès à des circuits impliqués dans les fonctions cognitives, et exécutives, permettant un raisonnement rapide.

« L'image produit un halo de sens qui n'arrive pas à se condenser dans le langage. Le surdoué n'arrive plus à trier et réorganiser sa pensée. »¹⁰³.

⁹⁹ Saiud-Faccin J. (2008). p.45

¹⁰⁰ Surdoué : un autre non qui désigne un enfant HPI

¹⁰¹ Ibid, p. 45

¹⁰² Habib, M. (214). p.267

¹⁰³ Saiud-Faccin J. (2008). p. 40

Par ailleurs un manque d'estime de soi, ou du moins un manque de confiance en soi, peut aboutir à des situations de blocage de la pensée.

Pour les enfants Haut Potentiel, il est nécessaire de passer par une revalorisation et mise en confiance, pour leur permettre de prendre conscience dans leurs potentialités et laisser exprimer leurs compétences.

Il faudrait également les rendre plus actifs dans la prise de décision en les confrontant à des prises d'initiatives dans le choix des activités et pendant le déroulement.

L'hypothèse qui en découle est qu'une levée de l'inhibition émotionnelle et l'ancrage corporel étayés de capacités de lâcher-prise permettraient progressivement d'éviter les situations de blocage de la pensée.

4.8.2 Émotion et motivation

Le rôle du cerveau dans les fonctions cognitives ne se résume pas aux aspects cognitifs. Parmi les fonctions non cognitives, au moins deux sont indispensables à prendre en considération dans les apprentissages : la **motivation** et les **émotions**.

Ces deux termes ont une racine latine commune : « mote », origine du terme : « **moteur** ».

L'émotion est identifiable par la nature des sensations subjectives qui l'accompagnent tout autant que par les manifestations extérieures qu'elle provoque.

La motivation, quant à elle, peut se concevoir comme l'ensemble des comportements orientés vers un but et l'ensemble des mécanismes qui y ont mené.

4.8.2.1 Médiation sensorielle

A travers une activité sensorielle, avec un médium malléable¹⁰⁴ qui est ici l'argile, il est question de comment guider le sujet dans ses ressentis.

Dans cette activité, Perceval investit la séance et s'inscrit dans une temporalité du présent. Ce qui lui offre une ouverture sur l'expressivité, la créativité, la spontanéité et le plaisir partagé.

¹⁰⁴ Roussillon, R. (2001).

Conclusion

Considérer la question des difficultés d'apprentissage sous différents aspects, nous amène à mieux cerner les leviers de la prise en charge en psychomotricité. Cette dernière peut opérer dans le sens de la prévention, de la contenance de la difficulté pour la réduire ou sur le volet de l'accompagnement ajusté au besoin de l'enfant pour qu'il puisse évoluer et retrouver le plaisir d'apprendre.

Nous avons vu que la psychomotricité offre un champ d'expression à l'enfant au-delà de son statut d'élève, dans sa complexité et sa singularité et non à travers sa difficulté, en le mettant à l'aise, tout en travaillant sur les prérequis et les fondements psychomoteurs pour renforcer des compétences qu'il peut mettre au profit de ses apprentissages.

L'adaptation et la disponibilité de l'enfant aux apprentissages peuvent être remises en question par des éléments en rapport avec ses capacités ou inhérentes à sa charge émotionnelle. Celle-ci est bien sûre dépendante de son développement psychomoteur, cognitif et affectif et surtout en lien étroit avec son vécu.

Le facteur émotionnel et la mise en confiance peuvent jouer un rôle important dans les apprentissages, ou dans l'inhibition à la disponibilité aux apprentissages. Il ne faut pas les négliger dans notre approche de soin, qui doit être holistique et considérer l'enfant dans sa complexité et sa globalité.

Certains enfants sont particulièrement surprenants et déconcertants. J'ai été décontenancée par certaines situations. Ces enfants sont capables de prouesses et montrent une certaine sensibilité, un atout en soi, mais qui peut les desservir dans les situations concrètes ou vécues comme contraignantes, en occurrence dans les apprentissages.

Ils poussent le thérapeute à puiser dans ses ressources pour être disponible, contenant, créatif... Ils peuvent déstabiliser, tester les limites, la solidité du cadre, interroger leurs fragilités dans le regard de l'autre. Ils peuvent être dans des positions contradictoires, des espaces différents et une temporalité propre. Ce qui s'exprime en séance de psychomotricité par des attitudes, tel que « C'est quand je veux », « comme je veux », « Je sais tout », « Je ne suis capable de rien », « Je fais, s'il le faut », « Je fais car j'ai envie », « Je fais pour faire plaisir »...

Le psychomotricien doit adapter sa posture et trouver en lui des appuis suffisamment solides et l'adaptation nécessaire, pour soutenir l'accompagnement thérapeutique sur lequel l'enfant pourra s'appuyer afin de libérer son potentiel.

L'approche psychomotrice, dans le cadre des difficultés des apprentissages, s'articule dans un cadre pluridisciplinaire. Elle peut rencontrer certaines limites et éprouver des ambivalences de différents ordres : entre l'approche rééducative versus thérapeutique ; entre l'approche soin et son pendant prévention et pédagogie ; entre l'approche holistique globale, ou l'approche orientée vers un domaine ou un résultat objectif.

La psychomotricité, de mon point de vue, a toute sa place dans l'accompagnement des enfants avec des difficultés d'apprentissages, comme elle a également toute sa légitimité dans la prévention et l'éducation par le corps dans l'enseignement. Une place qui ne doit pas s'arrêter au parcours psychomoteur en maternelle. Une place de professionnels avec des compétences confirmées, qui connaissent bien le développement psychomoteur, cognitif et affectif de l'enfant et qui peuvent l'aider à trouver la complémentarité et la cohérence lui permettant de progresser et consolider les prérequis nécessaires à tout apprentissage. Elle apporte une approche thérapeutique holistique et complémentaire aussi bien dans la démarche de diagnostic que dans la prise en charge.

La question des difficultés des apprentissages est vaste et ce mémoire en aborde certains aspects, mais certainement pas l'intégralité. Dans ce cadre, d'autres réflexions s'ouvrent à moi et me font m'interroger sur jusqu'où va le rôle du psychomotricien vis-à-vis de l'enfant, des parents, de l'école et dans le parcours de soin.

Comment aborder un travail auprès des parents, et des enseignants pour soutenir le dialogue sans stigmatiser l'enfant ? Affiner la demande des aménagements pour l'enfant avec des troubles spécifiques des apprentissages pour ne pas le pénaliser ? Comment amorcer les processus d'autonomisation de l'enfant, sans chatouiller l'anxiété et l'envie de ne pas grandir ?

Pourquoi, malgré la corrélation des difficultés scolaires avec les domaines de compétence de la psychomotricité comme stipulé dans le décret, l'intervention de la psychomotricité reste parfois absente dans le parcours de diagnostic et de soins des enfants avec des troubles des apprentissages ? En effet, certains grands centres référents des troubles des apprentissages n'ont pas de psychomotricien dans leur service.

Mais à mon sens, ce qui prime c'est que la psychomotricité trouve sa juste place et positionnement dans l'accompagnement des enfants avec des difficultés des apprentissages, pour leur bien-être et réussite scolaire.

*« Le plaisir reste aussi un **moteur** formidable au **désir** d'apprendre et le psychomotricien le prend largement en compte dans ses médiations. »¹⁰⁵*

¹⁰⁵ Aude Valentin Lefranc in (Collectif et al., 2015), page 127

BIBLIOGRAPHIE

1. Ajuriaguerra, J. (1980). Manuel de psychiatrie de l'enfant. 2e édition (3e tirage). Paris, Masson & Cie.
2. Albaret, J.-M., Giromini, F., Scialom, P., & Collectif. (2015). Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 2, Méthodes et techniques. Coédition de Boeck.
1. Barbot M-J., (2000). Les auto-apprentissages, Paris : Clé international.
2. Ballouard, C. (2008). L'aide-mémoire de Psychomotricité. 2e édition. Paris : Dunod. 2011
3. Chabanne J.L (2003), difficultés des apprentissages
4. DSM-5. (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris: Elsevier Masson.
5. Denis, P(2015). Emprise et satisfaction, les deux formants de la pulsions, Paris : Presse Universitaires.
6. Gardner, H. (1996). Les Intelligences Multiples. La Théorie Qui Bouleverse Nos Idées Reçues. Paris : Editions Retz. 2014
7. Grebot E. (2006), Images mentales et stratégies d'apprentissage : explication et critique, les outils modernes de la gestion mentale.
8. HAS. (2017, Décembre). Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages, consultable sur has-sante.fr.
9. Jumel, B. (2015). Aide-mémoire - Troubles des apprentissages. Paris: Dunod.
10. Lieury, A. (2017). 35 grandes notions de psychologie cognitive. Malakoff: Dunod.
11. Lièvre, B. D., Staes, L. (2012). Psychomotricité au service de l'enfant : Notions et applications pédagogiques (6e édition). Bruxelles: De Boeck Education.
12. Legardeur C., (2011). Guide pour une approche psychomotrice de l'écriture, Mémoire en vue de l'obtention du DE Psychomotricien.
13. Lesage, B. (2012). Jalons pour une pratique psychocorporelle : structure, étayage, mouvement et relation, Toulouse, Erès.
14. Mazeau, M., & Pouhet, A. (2014). Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant: du développement typique aux dys- (2e édition). Paris: Elsevier Masson.

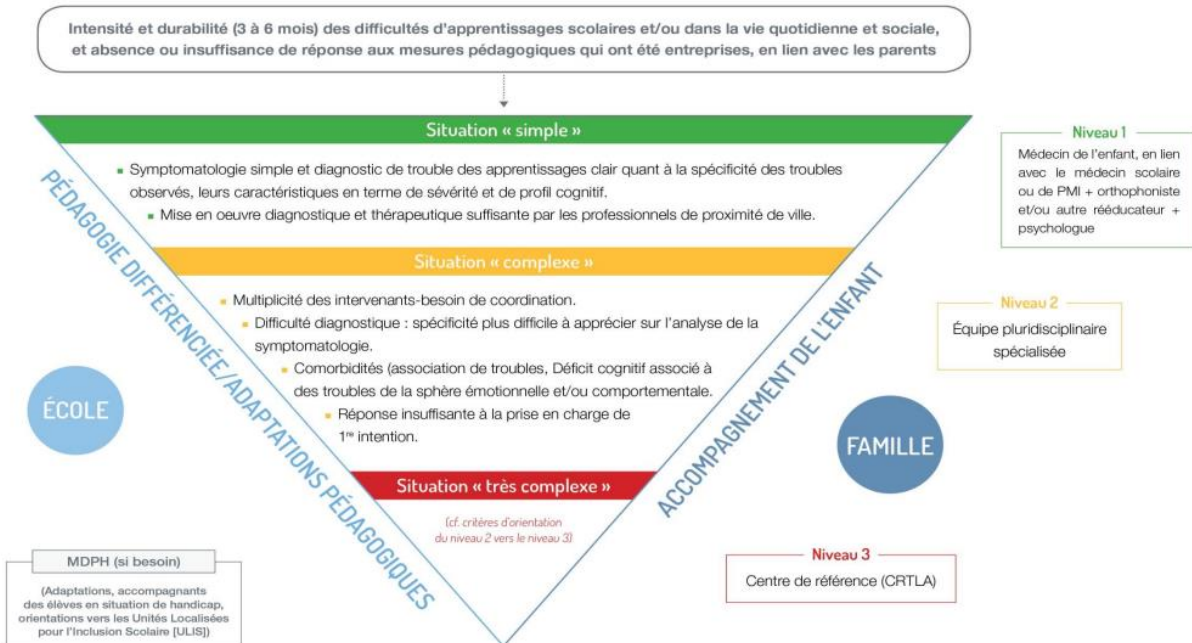
15. Mazet, P., Xavier, J., Cohen, D., Guilé, J.-M., & Collectif. (2016). Troubles intellectuels et cognitifs de l'enfant et de l'adolescent : Apprendre, connaître, penser. Médecine Sciences Publications.
16. Pujade-Renaud, C. (2005). Le corps de l'élève dans la classe. Editions L'Harmattan.
17. Piaget, J. (1936). La naissance de l'intelligence chez l'enfant. Neuchâtel et Paris: Delachauxet Niestlé.
18. Potel, C., & Collectif. (2010). Etre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir. Paris: Erès.
19. Robert-Ouvray, S. B. (1993). Intégration motrice et développement psychique: Une théorie de la psychomotricité (2e édition). Paris: Desclée De Brouwer, 2010
20. Revol, O. (2007). Même pas grave ! : L'échec scolaire, ça se soigne. Paris: J'ai lu.
21. Roussillon, R. (2001). L'objet "médium malléable" et la conscience de soi. L'autre, 2, pp. 241-254.
22. Sami-Ali, M. (1990). Le corps, l'espace et le temps. Paris, France: Dunod.
23. Siaud-Facchin J. (2008). Trop intelligent pour être heureux ? L'adulte surdoué. Paris :Odile Jacob.
24. Troadec B, Martinot, C. (2003). Le développement cognitif. Théories actuelles de la pensée en contextes. Paris : Belin.
25. TOUZIN, M., & VAIVRE-DOURET, L. (1999). Les différents troubles d'apprentissage.
26. Vigotsky, L. (1985). Pensées et langage. Paris : Éditions Sociales.
27. Wallon H. (1941). L'évolution psychologique de l'enfant. Paris, 2012.

.Articles

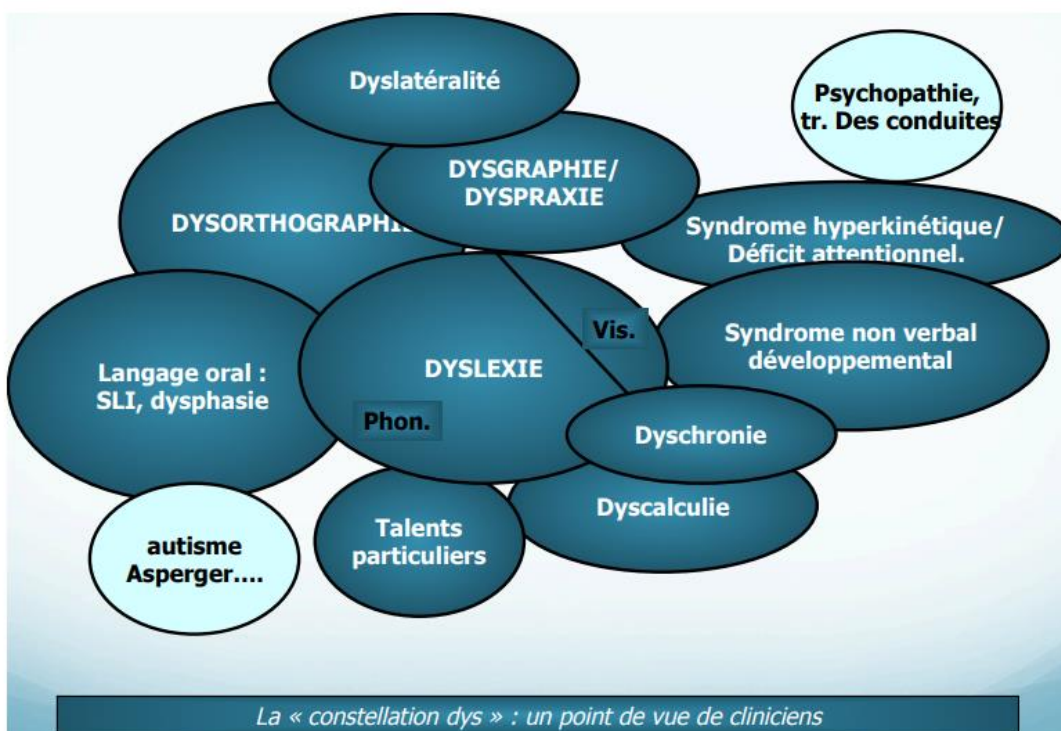
1. De Dieuleveult, M. A. (2011). Jeux trace. Je trace puis j'écris. In C. Marcilhacy (Ed.),
2. Larroze-Marracq. H. (1999).Apprentissages scolaires et construction des connaissances de Piaget à Vygotsky. Instituto Piaget. Congresso internacional comemorativo do 1°Centenario do nascimento de Jean Piaget, 1996, Lisbonne, Portugal. VIII (29/30), pp.109-119, 1999.
3. Miglorianza, M. (2006). L'utilisation de l'espace en psychomotricité, in Enfance et PSY, <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2006-4-page-104.htm>
4. Valentin Lefranc, A. (2009). La difficulté scolaire, l'enfant et le corps intelligent. Évolutions Psychomotrices, 21 (86).

Annexes

Annexe A : Pyramide des profils de situation et des niveaux de recours aux soins correspondants



Annexe B Constellation des troubles spécifiques des apprentissages



Annexe C : Planches relatives à la symétrie

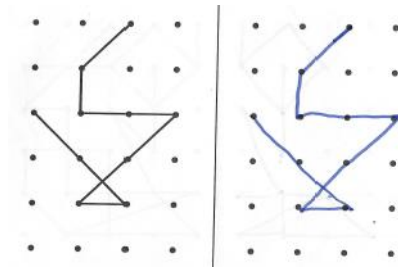


Figure simple.

La reproduction est faite à l'identique

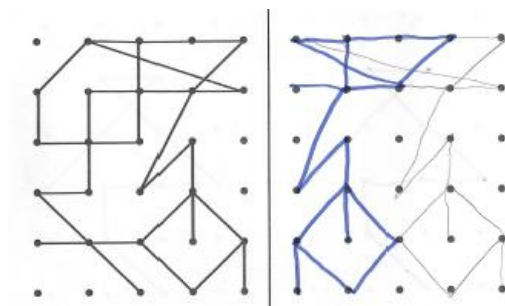


Figure complexe – 1 fois.

La reproduction de la figure est faite d'abord en symétrie, mais non terminée (en feutre bleu)

Reproduction à l'identique non finalisée également (en Crayon)

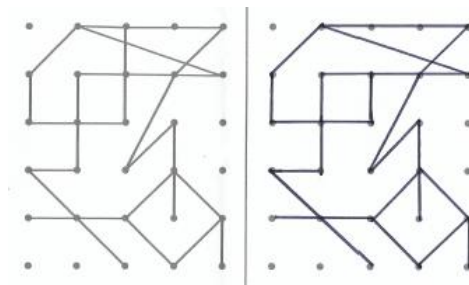


Figure complexe réussie

La reproduction est faite une semaine après. Le tracé est réussi. Manque un seul trait (entre 2 points). Réalisé sans aide.

Annexe D : La correspondance des classifications CIM10 et CFTMEA¹⁰⁶

6 TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT ET DES FONCTIONS INSTRUMENTALES			
6.0	TR. DE LA PAROLE ET DU LANGAGE		
6.00	Troubles isolés de l'articulation	F80.0	Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation
6.01	Troubles du développement du langage	F80.9	Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision
6.010	▪ Retard de parole	F80.1	Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif
6.011	▪ Retard simple de langage	F80.1	Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif
6.012	▪ Dysphasie	F80.2	Trouble de l'acquisition du langage, de type réceptif
6.018	▪ Autres tr. du développement du langage	F80.8	Autres troubles du développement de la parole et du langage
6.02	Aphasie acquise		
6.020	▪ Aphasie acquise avec épilepsie	F80.3	Aphasie acquise avec épilepsie [Landau-Kleffner]
6.028	▪ Autres aphasies acquises	R47.02	Aphasie, autres et sans précision
6.03	Mutisme		
6.030	▪ Mutisme total	F94.8	Mutisme complet
6.031	▪ Mutisme électif	F94.0	Mutisme électif
6.04	Bégaiement	F98.5	Bégaiement
6.08	Autres tr. de la parole et du langage	R47.8	Troubles du langage, autres et non précisés
6.09	Tr. de la parole et du langage NS	F80.9	Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision

6.1 TR. COGNITIFS ET DES ACQUISITIONS SCOLAIRES			
6.10	Tr. Lexicographiques		
6.100	▪ Dyslexie isolée	F81.0	Trouble spécifique de la lecture
6.101	▪ Tr. de l'orthographe isolé	F81.1	Trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe
6.108	▪ Autres tr. lexicographiques	F81.8	Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires
6.11	Tr. spécifiques de l'arithmétique (dyscalculie)	F81.2	Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique
6.12	Tr. du raisonnement (dysharmonies cognitives)	F88	Autres troubles du développement psychologique
6.13	Tr. de l'attention sans hyperkinésie	F81.8	Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires
6.18	Autres tr. cognitifs & des acquisitions scolaires	F81.8	Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires
6.19	Tr. cognitifs & des acquisitions scolaires NS	F81.9	Trouble du développement, des acquisitions scolaires, sans précision
6.2 TR. PSYCHOMOTEURS			
6.20	Retard psychomoteur (tr. spécifiques du développement moteur)	F82	Trouble spécifique du développement moteur
6.21	Tics	F95.9	Tic, sans précision
6.210	▪ Tics isolés transitoires	F95.0	Tic transitoire
6.211	▪ Tic moteur ou vocal chronique	F95.1	Tic moteur ou vocal chronique
6.212	▪ Maladie de Gilles de la Tourette	F95.2	Forme associant tics vocaux et tics moteurs [syndrome de Gilles de la Tourette]
6.28	Autres tr. psychomoteurs	F83	Troubles spécifiques mixtes du développement
6.29	Tr. psychomoteurs NS	R62.8	Autres retards du développement physiologique

¹⁰⁶ https://www.atih.sante.fr/CFTMEA-Cim_10_revision2010.pdf, consulté le 02/04/2018

Annexe E : Décret de compétence Extrait (Article 1)

Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice

NOR: ASEP8800683D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des affaires sociales et de l'emploi,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 372 ;

Vu le décret n° 74-112 du 15 février 1974, modifié notamment par le décret n° 85-188 du 7 février 1985, portant création du diplôme d'Etat de psychomotricien ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Article 1 (abrogé au 8 août 2004) [En savoir plus sur cet article...](#)

- Abrogé par [Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004](#)

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants [*compétence, attributions*]:

1. Bilan psychomoteur.

2. Éducation précoce et stimulations psychomotrices.

3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :

- retards du développement psychomoteur ;
- troubles de la maturation et de la régulation tonique ;
- troubles du schéma corporel ;
- troubles de la latéralité ;
- troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
- dysharmonies psychomotrices ;
- troubles tonico-émotionnels ;
- maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;
- débilité motrice ;
- inhibition psychomotrice ;
- instabilité psychomotrice ;
- troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

Annexe F : Les sept compétences du socle commun

Le socle commun ne se substitue pas aux programmes de l'école primaire et du collège. Il en fonde les objectifs pour définir ce que nul n'est censé ignorer en fin de scolarité obligatoire. Il s'organise en sept compétences :

- la maîtrise de la langue française ;
- la pratique d'une langue vivante étrangère ;
- les principaux éléments de mathématiques et la culture scientifique et technologique ;
- la maîtrise des techniques usuelles de l'information et de la communication ;
- la culture humaniste ;
- les compétences sociales et civiques ;
- l'autonomie et l'esprit d'initiative.

Résumé

Les **difficultés d'apprentissage** sont un enjeu majeur de la société et au cœur des préoccupations du monde scolaire, familial, médical et politique. Elles concerneraient des dizaines de milliers d'élèves en France.

L'accompagnement en psychomotricité des enfants avec des difficultés scolaires ouvre un **cadre thérapeutique** à l'enfant au-delà de son statut d'élève et de sa difficulté.

Le psychomotricien s'appuie sur sa connaissance du **développement psychomoteur**, cognitif et affectif de l'enfant, pour consolider les **prérequis psychomoteurs** nécessaires aux **apprentissages** et aux acquisitions scolaires.

La psychomotricité dans le cas des **troubles des apprentissages** s'inscrit dans un cadre pluridisciplinaire, à travers le bilan psychomoteur dans la perspective du diagnostic et la prise en charge dans le parcours de soin.

Mots clés : difficultés d'apprentissage, troubles spécifiques d'apprentissage, psychomotricité, prérequis psychomoteur, accompagnement, cadre thérapeutique, développement psychomoteur

Key Words: Learning difficulties, Specific learning disabilities, Psychomotricity, psychomotor prerequisites, accompaniment, therapeutic framework, psychomotor development

Summary: **Learning difficulties** are a major issue in society; they are the focus of school, family, medical and political worlds. They would concern tens of thousands of students in France.

Psychomotor accompaniment for children with learning difficulties offers a **therapeutic framework** for the child, beyond his pupil status and his difficulty.

The **psychomotrician** relies on his knowledge of the psychomotor, cognitive and emotional development of the child, in order to consolidate the **psychomotor prerequisites**, which are necessary for learnings and school achievement.

In the case of learning disabilities, psychomotricity is part of a multidisciplinary framework, through **psychomotor assessment**, in the perspective of diagnosis and care pathway.