Institut de Formation en Psychomotricité
de la Pitié-Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 PARIS

Étude d'une différence du nombre de garçons et de filles accueillis en psychomotricité

Quelles peuvent être les raisons qui expliqueraient qu'en psychomotricité nous accueillons beaucoup plus de garçons que de filles ?

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par Laurène JAUNET

Référent de mémoire :
Mme OLLIVIER Fabienne

Session de Juin 2021

_____ REMERCIEMENTS _____

Je tiens tout d'abord à remercier Fabienne d'avoir acceptée d'être ma maître de mémoire, d'avoir pu me guider dans l'élaboration de ce mémoire de recherche, grâce à ses retours constructifs, sa disponibilité et sa bienveillance.

Merci à mes maître de stage, Madame Teston et Madame Vachez-Gatecel de m'avoir fait confiance et de m'avoir transmis votre riche clinique.

À l'ensemble des enseignants de l'IFP, merci d'avoir contribué à faire de moi une future psychomotricienne. À tous les professionnels rencontrés sur mes terrains de stage, merci pour le partage de vos expériences. Aux patients rencontrés et à leur singularité, qui m'ont permis d'enrichir ma clinique.

Un grand merci à toi Manon de m'avoir soutenue, encouragée, motivée, accompagnée, épaulée, écoutée et conseillée. Je crois que ce mémoire aurait difficilement été réalisable sans ta présence. Merci pour tout.

Merci à Marjorie, mon binôme de stage mais aussi mon amie, d'avoir égayé tous mes mercredis.

Je remercie mes ami.e.s pour ces trois années qui ont été merveilleuses grâce à vous. Merci à ma famille, qui chacun, à leur façon, de près ou de loin m'ont permis d'avancer dans l'élaboration de ce mémoire.

À mes camarades de promotion, je suis ravie d'avoir fait un bout de chemin avec vous, d'avoir pu échanger et cheminer ensemble.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION…… 7

PARTIE 1 : HYPOTHÈSES 9

1.1 L'ACQUISITION DU PHÉNOTYPE SEXUEL CHEZ LES MAMMIFÈRES……. 9

1.1.1 Le développement embryonnaire……..... 9

1.1.2 La différenciation des sexes ……..... 10

1.1.3 La puberté……. 10

1.2 HYPOTHÈSES LORS DU DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR……... 11

1.2.1 Des variations toniques……..… 11

1.2.2 Des particularités sensorielles …….. 12

1.2.2.1 Mise en place des sens……... 12

1.2.2.2 L'intégration sensorielle…….. 13

1.2.3 Un espace pour faire des activités sensori-motrices…… 14

1.2.3.1 La construction de la représentation du corps via des activités sensorielles... 14

1.2.3.2 Des activités différentes entre les filles et les garçons……. 15

1.2.3.3. L'utilisation excessive des écrans…… 15

1.2.3.4 Les jeux vidéo et leurs conséquences…… 16

1.3 HYPOTHÈSES LORS DU DÉVELOPPEMENT PSYCHO-AFFECTIF…… 17

1.3.1 L'identité sexuée …….. 17

1.3.2 L'angoisse de castration et le complexe d'Œdipe…… 18

1.3.3 La place du père dans la sphère familiale……. 19

1.3.3.1 Le statut du père au cours de l'Histoire…….. 19

1.3.3.2 Un père suffisamment bon…….. 20

1.3.3.3 Les conséquences des divorces……. 20

1.3.3.4 Les phénomènes identificatoires père-fils dans la scolarité……. 21

1.3.4 L'influence du contexte familial…….…… 22

1.3.4.1 L'attachement selon J. Bowlby……. 22

1.3.4.2 D. W. Winnicott : le Holding et le Handling…….. 22

1.3.4.3 La fonction alpha de W. Bion..……. 23

1.3.4.4 La précarité ……..…. 23

1.3.4.5 Les secrets familiaux…….…… 24

1.3.5 Les préoccupations parentales…….. 24

1.3.6 Les relations enseignants-enseignés……. 25

PARTIE 2 : MÉTHODOLOGIE 26

2.1 RÉFLEXION POUR LA CONSTRUCTION DES SONDAGES ……..…. 26

2.1.1 Sondage des étudiants en psychomotricité……..... 27

2.1.2 Sondage des psychomotriciens diplômés……...… 27

2.1.3 Sondage des professionnels et étudiants paramédicaux……..... 28

2.1.4 Sondage des enseignants en école primaire……...… 28

2.1.5 La diffusion des sondages ……..... 29

2.2 RÉFLEXION À PROPOS DE MON STAGE EN ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE……...….. 30

2.2.1 Les objectifs du stage……..……..……...…..30

2.2.2 Présentation de l'école……...… 30

PARTIE 3 : LES RÉSULTATS DE MON ÉTUDE 32

3.1 RÉSULTATS DES SONDAGES……... 32

3.1.1 Des étudiants en psychomotricité…….…. 32

3.1.1.1 Réponses aux questions……. 32

3.1.1.2 Retours et mise en lien des résultats …….……...… 36

3.1.2 Des psychomotriciens diplômés……...… 36

3.1.2.1 Réponses aux questions……. 36

3.1.2.2 Retours et mise en lien des résultats …….……...… 42

3.1.3 Des étudiants et professionnels paramédicaux…….. 43

3.1.3.1 Réponses aux questions……. 43

3.1.3.2 Retours et mise en lien des résultats …….……... 49

3.1.4 Des enseignants en école primaire…….50

3.1.4.1 Réponses aux questions…….…… 50

3.1.4.2 Retours et mise en lien des résultats …….……... 56

3.2 OBSERVATIONS LORS DE MON STAGE EN ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE…….. 57

3.2.1 Organisation du temps à l'école…… 57

3.2.2 Réalisation de quatre bilans…….. 59

3.2.2.1 Antoine……...… 60

3.2.2.2 Emy……62

3.2.2.3 Timéo……63
3.2.2.4 Mathias…… 65
3.2.3 Conclusion de mon stage en école élémentaire…… 68

PARTIE 4 : MISE EN LIEN DES RÉSULTATS ET DISCUSSION 69

4.1 LA THÉRAPIE PSYCHOMOTRICE AU CENTRE DE MA RECHERCHE……..….. 69
4.1.1 Qu'est-ce que la psychomotricité ? ……. 69
4.1.2 Le soin psychomoteur, une voie privilégiée pour les garçons ?…… 70

4.2 DES OBSERVATIONS COMMUNES ENTRE LES SONDAGES ……..…… 70
4.2.1 Les Troubles du Spectre de l'Autisme…….. 71
4.2.2 Les difficultés dans les apprentissages……. 72

4.3 DES OBSERVATIONS QUI DIFFÈRENT DANS LES SONDAGES …… 73
4.3.1 Pour les garçons : des troubles du comportement……..73
4.3.2 Pour les filles : des retards de développement……74

4.4 DES OBSERVATIONS COMMUMES EN PROPORTION DIFFÉRENTES……. 75
4.4.1 Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec/sans Hyperactivité……..75
4.4.2 L'instabilité psychomotrice ……. 76
4.4.3 Le Trouble Développemental des Coordinations …… 77
4.4.4 Les Troubles du Comportement Alimentaire …….. 78
4.4.5 Les angoisses ……79
4.4.6 L'inhibition ……..…. 80

4.5 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET CRITIQUES……...…… 81

CONCLUSION…… 83

BIBLIOGRAPHIE…….. 85

ANNEXES……90

INTRODUCTION :

Tout commence lors d'un stage réalisé durant l'été 2020 dans un service de pédopsychiatrie de ma région. Ce service regroupe un Centre Médico-Psychologique (CMP), un Hôpital De Jour (HDJ) et un service d'hospitalisation à temps plein. Lors de ma deuxième semaine de stage, je me suis aperçue que sur la trentaine de jeunes patients reçus en séance par la psychomotricienne, il n'y avait que trois filles. Depuis le début de sa carrière, elle a toujours observé cette grande différence : environ 80% de garçons contre 20% de filles. Dans ce service, il y a 40 ans, une étude réalisée par des médecins a conclu que le nombre de garçons accueillis étaient de trois pour une fille. Plusieurs questions se sont bousculées dans ma tête : comment expliquer qu'il y ait autant de différences entre le nombre de garçons et de filles accueillis ? D'où cela peut-il venir ? Est-ce une coïncidence ou les chiffres sont-ils similaires dans d'autres services ? Toutes ces questions m'animaient et constituaient déjà les prémices de ma réflexion. Bien que sans réponse à ce stade, je commençais à élaborer des hypothèses.

En troisième année, j'ai choisi de faire des stages de formation en psychomotricité auprès d'enfants afin de développer ma clinique. Le premier stage est dans un service de pédopsychiatrie qui est un centre de référence des maladies rares et l'autre en Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP). Dès les premiers jours de ces stages, je me suis aperçue que, là aussi, il y avait plus de garçons que de filles pris en soin. Cela s'est avéré tout au long de l'année dans le cadre du centre de référence des maladies rares où nous avons fait le bilan de seize garçons contre seulement deux filles. Concernant le CMPP, il accueille des enfants entre 3 ans et 18 ans dont 69% sont des garçons. Cette énigme était omniprésente et à chaque fois que je pouvais en discuter avec des professionnels et des étudiants, chacun validait ce constat. Désormais, je voulais comprendre cette différence, savoir si ces proportions se retrouvaient dans tous les services ou institutions qui reçoivent des enfants. Il fallait que je mène l'enquête. Pour essayer de percer ce mystère, j'ai fait quelques hypothèses et ces dernières ont ensuite orienté les questions de mes sondages.

Avant de commencer la rédaction de cet écrit, il fallait que je me renseigne sur un élément crucial qui pourrait expliquer cette différence : le taux de natalité en France. Effectivement, la connaissance de ce dernier permettrait d'avoir une première réponse. Nous observons néanmoins qu'il est toujours plus élevé pour les garçons que pour les filles. En effet, sur les dix

dernières années, 8 410 844 enfants sont nés dont 4 303 707 étaient des garçons et 4 107 137 étaient des filles, ce qui représente 51,2% de garçons et 48,8% de filles. (Institut National d'Études Démographiques (INED), 2019). Cette différence est significative et nous pourrions nous attendre à observer les mêmes proportions d'enfants accueillis en structure.

Pour tenter de comprendre les raisons qui expliqueraient qu'il y ait plus de garçons que de filles en psychomotricité, j'exposerai d'abord les hypothèses que j'ai faites concernant ma recherche. Je présenterai ensuite toute la réflexion autour de la construction des sondages ainsi que l'analyse de ces derniers. Pour m'aider dans ma réflexion, je trouvais pertinent d'aller sur le terrain et notamment en école élémentaire, car les enseignants sont souvent les premiers témoins des difficultés d'un enfant. Je décrirai donc ce stage avec les entretiens de quatre enfants. Puis, je terminerai par mettre en lien tous les résultats avec les hypothèses initiales.

PARTIE 1 : HYPOTHÈSES

Avant d'aborder les hypothèses qui m'ont conduite à l'élaboration de ce mémoire, il me semble nécessaire de devoir expliquer ce qui distingue les filles et les garçons sur le plan phénotypique et génétique.

1.1. L'ACQUISITION DU PHÉNOTYPE SEXUEL CHEZ LES MAMMIFÈRES

Jusqu'à la 8ème semaine de grossesse, le fœtus possède un appareil génital indifférencié. En effet, jusqu'à ce terme « *les gonades sont identiques et les deux types de conduits génitaux internes sont présents pour les deux sexes (canaux de Wolff et canaux de Müller).* » (Rouyer, 2007). Les organes génitaux externes sont, à stade, commun pour les deux sexes.

L'acquisition d'un phénotype sexuel différencié peut être décrit en trois grandes étapes. (Guevara, 2016).

1.1.1. Le développement embryonnaire :

D'abord, jusqu'à la 7ème semaine de développement embryonnaire, seuls les chromosomes sexuels différencient les embryons masculins et les embryons féminins. Nous parlons de sexe génétique. Chez les embryons de sexe féminin, nous observons typiquement deux chromosomes X. Chez les embryons masculins, nous avons un chromosome X et un chromosome Y. L'analyse de ces caryotypes montre qu'à chaque fois qu'il y a un chromosome Y, le phénotype du sujet est masculin. Lorsqu'il n'y en a pas, le sujet est féminin. C'est donc le chromosome Y qui détermine le sexe masculin et son absence qui détermine le sexe féminin.

Un seul gène, nommé SRY situé à l'extrémité du bras court du chromosome Y, va conditionner la mise en place de testicules chez l'embryon. Ce gène code pour une protéine appelée TDF. Cette protéine interagie avec l'ADN des cellules des gonades indifférenciées, ce qui activera certains gènes et en inactivera d'autres. La conséquence sera la différenciation des gonades en testicules. Lorsque le gène SRY est absent ou lorsqu'il est non fonctionnel, ces interactions ne se font pas et les gonades indifférenciées vont évoluer en ovaires. Nous parlons de sexe gonadique dès que les gonades sont devenues des ovaires ou des testicules.

1.1.2. La différenciation des sexes :

Ensuite, à partir de la 8ème semaine, la différenciation du sexe a commencé. À partir des gonades mis en place, nous observons une évolution différente des canaux de Müller et de Wolff dans les deux sexes.

Pour les embryons de sexe masculin, les canaux de Müller vont régresser tandis que les canaux de Wolff se maintiennent et se différencient pour former l'épididyme et les canaux déférents. Ce sont les hormones produites par les testicules (la testostérone et l'hormone anti-müllerienne AMH) qui assurent le maintien des canaux de Wolff. Des glandes se mettent en place le long des voies génitales. Simultanément, il y a une masculinisation des organes génitaux externes. Le tubercule génital grandit pour former le pénis et les tubercules labio-scrotaux vont former les bourses. Les testicules descendront dans les bourses après le 7ème mois.

Pour les embryons de sexe féminin, les canaux de Wolff vont régresser tandis que les canaux de Müller vont persister et former les voies génitales féminines. Les organes génitaux externes subissent peu de changement. Le tubercule génital sera à l'origine du clitoris et les tubercules labio-scrotaux à l'origine des lèvres.

1.1.3. La puberté :

Enfin, la puberté est marquée par le développement des caractères sexuels secondaires. Pour les garçons, nous pouvons observer le développement de la pilosité et de la musculature, le développement des organes génitaux externes, une mue importante de la voix ainsi qu'un important pic de croissance. Cela se produit tardivement pour les garçons, entre 12 et 14 ans. Pour les filles, nous observons à cette période de l'adolescence le développement de la pilosité pubienne, l'acquisition d'une silhouette féminine avec des seins, l'élargissement des hanches, la venue des menstruations ainsi qu'une croissance des organes génitaux et un pic de croissance. Ce phénomène se produit plus précocement, généralement entre 11 et 13 ans.

La fin de la puberté se traduit par l'acquisition d'un appareil génital fonctionnel qui produit des gamètes et des hormones. Les transformations de la puberté sont déclenchées par des hormones produites par les gonades. Chez l'homme, il s'agit de la testostérone et chez la femme des œstrogènes. Elles permettent le maintien des caractères sexuels secondaires.

Le matériel génétique est différent entre les garçons et les filles. Mais alors, qu'est-ce qui peut expliquer que nous accueillons plus de garçons que de filles en psychomotricité ? Qu'est-ce qui dans le développement psychomoteur et psycho-affectif peut expliquer cette différence ? Les causes sont-elles uniquement environnementales, sociétales, éducatives, génétiques ou multifactorielles ?

1.2. HYPOTHÈSES LORS DU DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Le développement psychomoteur correspond aux différentes étapes d'acquisitions dans le domaine moteur, sensoriel, tonique, postural, et langagier du nouveau-né jusqu'à l'adolescence. Il est conditionné par la richesse des expériences sensori-motrices, un environnement sécure et contenant et un équipement biologique de base.

1.2.1. Des variations toniques :

À la naissance, le nouveau-né a une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique (au niveau des membres supérieurs et inférieurs). La régulation tonique peut se faire grâce à deux lois de succession : la loi céphalo-caudale et la loi proximo distale. La loi céphalo-caudale est une loi descendante donc la maturation commence au niveau des muscles de l'axe du corps proche de la partie céphalique et descend le long du tronc. Cette loi permet la coordination statique. La loi proximo-distale va du centre du corps vers la périphérie. Les muscles des membres proches de l'axe corporel sont contrôlés en premier. Cette seconde loi permet la coordination fine.

Par la suite, nous notons des variations toniques physiologiques entre les garçons et les filles. « *Les garçons sont beaucoup plus souvent peu extensibles (hypertoniques) alors que les filles sont beaucoup plus souvent très extensibles (hypotoniques). Cette remarque clinique est basée sur des données biologiques telles que la sécrétion de testostérone par les individus de sexe masculin* ». (Stambak, 1956). Nous pouvons faire le parallèle avec les critères physiques véhiculés par la société, c'est-à-dire les performances corporelles (force, vitesse) que nous retrouvons avec l'hypertonie.

Est-ce que ces différences de tonicité précoce entre les garçons et les filles peuvent expliquer davantage de difficultés chez les garçons que chez les filles ?

1.2.2. Des particularités sensorielles :

Dès la 3ème semaine de grossesse, le cœur de l'embryon commence à battre. La perception sensorielle va se mettre en place in utéro. « *La perception consiste en un ensemble d'activités, dont le rôle est la saisie de l'information susceptible d'être reçue par les organes sensoriels, et le traitement de cette information, aboutissant à une identification ou à une catégorisation.* » (Streri, 1991).

1.2.2.1. Mise en place des sens

Le premier sens à se développer est le tact. En effet, dès la 7ème semaine de grossesse, le fœtus est sensible à l'effleurement. À 6 mois, la maturation est achevée, tout le corps a désormais des récepteurs tactiles. Le sens du toucher se développe principalement en réponse à la pression exercée par le liquide amniotique sur le corps du fœtus.

L'audition se met ensuite en place à la 8ème semaine de grossesse avec la formation de l'extérieur de l'oreille. Ensuite vers 5 mois, nous observons la fin du développement de la structure de l'oreille interne. Le fœtus peut réagir aux bruits de la mère et aux stimulations auditives externes.

Ensuite, l'olfaction se développe grâce à des récepteurs olfactifs dès la 8ème semaine de grossesse. À 30 semaines de grossesse, le fœtus a des sensations olfactives apportées par le liquide amniotique.

L'apparition de la gustation s'installe dès la 12ème semaine de grossesse avec l'arrivée de papilles gustatives sur la langue. Le système est fonctionnel vers le 7ème mois. Le liquide amniotique est aussi porteur de saveurs maternelles qui fluctuent en fonction de la nourriture de la mère.

La vision se forme à la 14ème semaine de grossesse grâce aux muscles oculomoteurs et aux globes oculaires. Le fœtus peut battre des paupières à la 20ème semaine de grossesse.

Enfin, le dernier sens à intervenir est l'équilibre qui apparaît à 4 mois avec les canaux semi-circulaires ainsi que le labyrinthe mature.

À la naissance, tous les sens sont en éveil. Le nouveau-né percevra des sensations de chaud et de froid. Il pourra aussi reconnaître les voix de son entourage dont celle de sa mère. À six heures de vie, les narines vont se dilater et se rétracter ce qui permettra la reconnaissance des odeurs maternelles ainsi que le début des apprentissages des odeurs de l'environnement. Concernant le système visuel, celui-ci ne sera pas totalement mature. Le nouveau-né aura une acuité visuelle faible et s'intéressera préférentiellement aux contrastes.

1.2.2.2. L'intégration sensorielle

Au 20ème siècle, J. Ayres, ergothérapeute et psychologue américaine, était la première à évoquer l'intégration sensorielle. Elle définit ce processus comme « *un processus neurologique qui organise les sensations reçues du corps et de l'environnement et qui permet d'utiliser le corps d'une manière efficace dans cet environnement* ». (1972). Pour elle, il est nécessaire d'intégrer et de traiter les sensations du mouvement et de l'environnement pour entrer dans les apprentissages. « *Avant d'apprendre à lire, écrire et calculer […], nous devons être capable de planifier nos mouvements et d'organiser notre comportement. Cette capacité dépend de l'efficacité avec laquelle notre système nerveux organise les messages que nos sens lui transmettent.* » (1972).

L'intégration sensorielle est innée, automatique et inconsciente chez tous les humains. Mais, pour certains enfants, l'intégration sensorielle ne se fera pas correctement. Nous parlerons de dysfonctionnement de l'intégration sensorielle. Ils peuvent avoir un impact sur le tonus, les émotions, la latéralité, les fonctions exécutives ou encore la motricité. Ces particularités sensorielles peuvent se retrouver dans les dyspraxies, les Troubles Déficitaires de l'Attention avec ou sens Hyperactivité (TDA/H), les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA), les troubles des apprentissages, les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA), les retards de développement…

Si ces troubles sont le plus présents chez les garçons, nous pouvons nous demander si les particularités et/ou dysfonctionnements sensoriels peuvent se retrouver en majorité chez ces derniers.

1.2.3. Un espace pour faire des activités sensori-motrices :

Très tôt dans l'histoire, l'intérêt du jeu a été décrit : « *Le jeu devrait être considéré comme l'activité la plus sérieuse des enfants.* » (De Montaigne, 1595). Puis au 19ème siècle, A. Freud, M. Klein ou encore D. W. Winnicott l'ont décrit comme participant à l'épanouissement psychique et affective des enfants. Le jeu contribue à développer les capacités intellectuelles nécessaires pour entrer dans les apprentissages. En effet, l'enfant en manipulant les objets se coordonne, acquiert des praxies et affine ses repères spatiaux et temporaux. De plus, le jeu peut aussi être assimilé à un espace de liberté et permet à l'enfant d'exprimer ses émotions. Il permet également de prendre de la distance par rapport à la réalité mais il peut couper de la celle-ci. Aussi, dans le jeu, nous retrouvons la fonction symbolique car il « *conduit de l'action à la représentation.* » selon J. Piaget (Albaret et al., 2015, p. 69).

1.2.3.1. La construction de la représentation du corps via des activités sensorielles

Dans le jeu, le jeune enfant fait différentes expériences motrices : sensorielles, intellectuelles ou encore émotionnelles. Grâce à ces expériences, il va mieux comprendre et appréhender son environnement. Le schéma corporel peut se construire. J. de Ajuriaguerra définit le schéma corporel comme « *Édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, et qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification.* » (1974).

A. Bullinger a théorisé la fonction proprioceptive comme étant la mise en lien des flux sensoriels et de la sensibilité profonde. « *La proprioception n'est pas un fait biologique, c'est une coordination susceptible de se modifier en fonction des interactions entre l'organisme et son milieu.* » (2004). Celle-ci est mise en action dans le jeu et participe à la construction corporelle de l'enfant.

De plus, ces expériences s'inscrivent dans le temps et dans l'espace. La dimension relationnelle qui se produit entre l'enfant et les parents par l'intermédiaire du jeu participe aussi à la construction de l'identité. Le processus d'individuation de l'enfant peut se faire grâce au jeu. C. G. Jung le définit en 1916. Il s'agit de la capacité pour un enfant à se sentir différencié de sa

mère et d'être indépendant. A. Bullinger évoque les expériences sensori-motrices comme centrales dans le développement de l'enfant. En effet, selon lui, « *comprendre et donner du sens à ces conduites, permet de trouver d'autres moyens pour que l'enfant se stabilise et construise ses représentations corporelles.* » (2004).

1.2.3.2. Des activités différentes entre les filles et les garçons

Les activités entre les garçons et les filles diffèrent au cours du développement. « *Les filles, plus sensibles, plus douces, plus attentives à la communication et à autrui, seraient plutôt portées vers les lettres ; les garçons, plus moteurs, plus rationnels et moins subtils, seraient plutôt enclins aux sciences.* » (Auduc, 2009, p. 51). Effectivement, les garçons préféreront souvent des activités manuelles type construction tandis que les filles auront accès plus facilement à l'imaginaire avec les poupées. Les activités réalisées par les enfants entraîneront des meilleures compétences dans certains domaines. Selon J-L. Auduc, dans son livre *Sauvons les garçons !* explique que « *ces différences sont le produit d'une éducation et d'une socialisation sexuées. […] La pratique de jeux collectifs en plein air, tels que le football, favorisera chez les garçons l'apprentissages de l'espace, alors que les sollicitations dont les filles font l'objet à la maison développeront leur maîtrise du langage.* » (2009). Cette différence peut aussi s'expliquer par la préférence des jouets entre les garçons et les filles.

1.2.3.3. L'utilisation excessive des écrans

Depuis quelques années, nous observons que les écrans sont le quotidien de nombreux enfants. Ces écrans sont mis à disposition des enfants très tôt et nous pouvons supposer que cela peut avoir des conséquences sur leur développement psychomoteur. « *Incontestablement l'exposition précoce et excessive aux écrans chez les très jeunes peut entraîner des désordres développementaux d'une extrême gravité.* » (Marcelli et al, 2018, p. 132). En effet, nous pouvons retrouver des troubles du tonus, de la motricité globale et fine, de la latéralité, de l'espace et du temps, du schéma corporel, du sommeil, du comportement, une majoration des angoisses etc. Tous ces troubles peuvent-ils survenir suite à l'utilisation excessive des écrans ?

L'attention peut aussi être impactée et est pourtant essentielle pour les apprentissages. « *L'écran provoque un déséquilibre majeur dans les conditions requises à l'émergence de la fonction d'attention, rendant cet enfant dépendant d'un flot incessant de stimulations sensorielles ;*

l'investissement de l'attention « psychique » reste défaillant. » (*Ibid,* p. 125). L'attention se construit grâce à l'adulte qui peut remobiliser l'enfant sur un objet mais aussi réduire l'investissement des stimuli parasites pour créer une importante capacité à imaginer.

1.2.3.4. Les jeux vidéo et leurs conséquences

Comme dit précédemment, les garçons étant plus moteurs (par l'intermédiaire des images visuelles) et moins dans la communication verbale auraient tendance à jouer à une fréquence plus importante que les filles aux jeux vidéo. L'étude PELLEAS (Programme d'Étude sur les Liens et L'impact des Écrans sur l'Adolescent Scolarisé), publiée en 2014, révèle qu'au collège 94% des garçons et 84% des filles jouent à des jeux vidéo. Les catégories plutôt masculines impliquant des jeux de tir, d'action ou de sport, se jouent sur console.

Les jeux vidéo interdits pour les moins de 18 ans sont le plus souvent synonyme de violence. En effet, dans les jeux vidéo les plus connus il n'y a aucune limite. Tout est permis et la mort est omniprésente. « *Les garçons aiment les jeux guerriers, ils ont besoin de s'affirmer face aux autres* ». (Vachez-Gatecel, 2016, p. 42). Avant, les héros auxquels les enfants pouvaient s'identifier étaient ceux des contes. Maintenant, ces héros sont remplacés par des êtres virtuels de plus en plus violents ou alors des célébrités connus, notamment des sportifs. Nous pouvons supposer que l'enfant en s'identifiant aux héros souhaite être le meilleur et le plus fort en projection de l'image paternelle. Certains peuvent même transgresser les règles fixées par les figures parentales. Il va alors s'identifier à ces héros et même parfois être comme eux. La distinction réalité et imaginaire est floue.

Ces jeux vidéo agissent comme une drogue sur le cerveau des enfants lorsqu'il n'y a pas de cadre. Nous pouvons parler d'addiction. Selon l'Académie nationale de médecin, une addiction est « *considérée comme négative lorsqu'elle a un impact sur d'autres activités* » (2020). Par exemple, lorsque le temps passé sur les écrans entrave la scolarité, a des conséquences sur les relations sociales, l'estime de soi, le sommeil ou encore l'alimentation.

Nous pouvons nous demander quelles conséquences les jeux vidéo peuvent avoir aussi sur le développement psycho-affectif ? Est-ce que ces jeunes et notamment les garçons auront tendance à avoir des troubles du comportement plus importants qu'un enfant qui ne joue pas à des jeux interdits au moins de 18 ans ? Quels bénéfices trouvent-ils ?

1.3. HYPOTHÈSES LORS DU DÉVELOPPEMENT PSYCHO-AFFECTIF

Le développement psycho-affectif concerne l'aspect psychologique et affectif du nouveau-né jusqu'à la période de l'adolescence. C'est un processus dans lequel l'enfant grandit d'une dépendance vers une indépendance affective. Nous observons une longue suite d'expériences plus ou moins conflictuelles, entre le tout-petit et les figures parentales.

1.3.1. L'identité sexuée :

Selon C. Chiland, l'identité sexuée est définie comme « *une construction psychique qui prend place au sein de la triade père-mère-enfant et comporte des aspects à la fois objectifs et subjectifs.* » (1999). Elle s'élabore au début de la vie et parfois même avant la conception, dans l'imaginaire des parents.

Après la naissance, les adultes ne manient pas le corps d'un bébé fille et le corps d'un bébé garçon de la même manière. (Pireyre, 2015, p. 69). La construction de l'identité sexuée de l'enfant se construirait « *sur les bases de la découverte de la différence anatomique des sexes, des sensations corporelles ainsi que des mécanismes identificatoires œdipiens.* » (*Ibid.*). Inconsciemment, l'enfant garçon ou fille se développerait en fonction de la façon dont l'environnement agirait sur lui : d'une part grâce aux réponses que celui-ci peut lui apporter et d'autre part grâce aux interactions précoces qui sont un ensemble de phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nourrisson et ses différents partenaires.

Mais que signifie être une fille ou un garçon ? Est-ce une façon de ressentir son corps ?

Selon E. Pireyre, « *l'enfant doit traverser une succession d'étapes, longues et complexes, dont Freud a peu parlé.* » (*Ibid.*). S. Freud va seulement évoquer qu'il existe une part de féminin et de masculin dans tous les êtres humains. Chaque être, garçon ou fille, a un phénotype sexuel différent. Néanmoins, la génétique n'est pas la seule à déterminer l'identité sexuée. La façon dont un sujet se considère homme ou femme requiert aussi la façon dont il ressent, vit et explore son corps. De nombreuses personnes évoquent être nées dans un corps qui n'est pas le bon et décide de changer de sexe. L'identité sexuée semble donc être indissociable de l'image du corps (Dolto, 1984).

Alors, la détermination de l'identité sexuée influe-t-elle sur le développement psycho-affectif et psychomoteur ?

1.3.2. L'angoisse de castration et le complexe d'Œdipe :

S. Freud décrit plusieurs stades prégénitaux lors du développement psycho-affectif chez l'enfant : oral, anal et phallique. Cette période correspond à la construction de liens entre le corps et l'esprit. L'enfant prend conscience qu'il y a un monde et se détache de sa mère. Elle précède le complexe d'Œdipe. La dernière étape est la période de latence qui se situe entre 7 et 12 ans. « *Les conflits des stades précédents persistent en partie, mais se montrent moins prégnants en raison d'une modification structurale des pulsions sexuelles.* » (Golse, 1989). L'enfant est à ce moment disponible pour entrer dans les apprentissages.

L'angoisse de castration est pour un petit garçon la peur de perdre son pénis. S. Freud définit ce complexe comme « *une formation psychique née de la sexualité infantile, du désir qui en résulte et des conséquences sur l'imagination de l'enfant.* » (Cité par Bourdin, 2007, p. 114). Cette peur se situe entre 3 et 5 ans, durant le stade phallique. Le petit garçon remarque l'absence de pénis chez sa mère et va avoir peur de perdre le sien. Pour la petite fille, cette étape est aussi marquée mais elle n'a pas peur de perdre son sexe. Elle va être jalouse de ne pas avoir de pénis et va donc se rapprocher du père pour ressentir un équivalent.

L'angoisse de castration est liée au complexe d'Œdipe. Selon S. Freud, le complexe d'Œdipe est le fait que « *Le petit garçon est attiré par sa mère ; ce mouvement passionné suscite en lui une hostilité pour le père dont il voudrait prendre la place.* » (Cité par Carreau-Rizzetto, 2003, p. 222). Suite au complexe d'Œdipe, le petit garçon va être jaloux de son père et de là, va naître l'angoisse de castration. Il va avoir peur que son père l'empêche de devenir un homme comme lui en le privant de son pénis : « *Cette angoisse entraîne le refoulement de ce mouvement dit œdipien, au bénéfice de nouveaux développements psychiques : la sexualité infantile devenue moins prégnante laisse le champ libre à d'autres investissements (les apprentissages et une socialisation hors de la famille).* » (*Ibid.*).

Pour certains petits garçons, la place du père dans la famille n'est pas toujours établie. Dans un contexte familial classique, le père impose son nom et son non. Il fixe un cadre et le respect des règles à son enfant. Lorsque le père est absent ou en retrait dans la vie familiale, le cadre et les

codes sociaux peuvent ne pas être mis en place. Le petit garçon peut être tyrannique et cela aura des conséquences sur ses échanges avec ses pairs.

La place du père au sein de la sphère familiale semble être importante. Pouvons-nous penser que lorsque le père est absent physiquement et/ou psychiquement cela peut avoir des répercussions sur le développement du jeune garçon et entraîner différents troubles en plus grande proportion que chez les filles ? Est-ce que la mère a la capacité de mettre en œuvre la fonction paternelle, notamment pour l'inceste, quand le père est absent ?

1.3.3. La place du père dans la sphère familiale :

Dans la partie précédente, nous avons observé que la place du père semblait être nécessaire pour le bon développement psychomoteur et psychique de l'enfant. Mais est-ce que le père, au cours du temps, a réussi à trouver sa place au sein de la dyade mère-enfant ?

1.3.3.1. Le statut du père au cours de l'Histoire

Au cours de l'histoire, la place du père au sein de la sphère familiale a été différente comme le confirme P. Reuillard : « *La place du père et la fonction paternelle ont subi des transformations, parfois radicales, au cours de l'existence.* » (2008, p. 51).

Peu d'auteurs ont évoqué le père dans les relations avec l'enfant contrairement à la place de la mère. En effet, nous retrouvons de nombreux textes qui traitent des relations mère-enfant. R. Spitz notamment, parle de la dyade mère-enfant. Il considère que lors des deux premières années de vie du tout-petit, le dialogue se fait exclusivement avec la mère. D.W. Winnicott quant à lui, va évoquer la place du père qu'en 1956 dans son livre *L'Enfant et sa famille.* Plus tard, il développera sur la place que doit prendre le père dans la famille. « *On ne peut pas affirmer qu'il soit bon que le père apparaisse tôt en scène dans tous les cas.* […]. *Le père est nécessaire à la maison pour aider la mère à se sentir bien dans son corps et heureuse en esprit.* » (1971). À cette époque, le fonctionnement familial était placé sous l'égide patriarcale. Le père avait le statut de chef. Il occupait un emploi et permettait à la famille de vivre. Il n'intervenait que très peu dans l'éducation des enfants. La mère devait rester au foyer, éduquer et nourrir les enfants.

En France, à partir des années 70, les femmes ont changé de mode de vie. Elles souhaitaient travailler et ne plus être femmes au foyer. Pour cela, elles ont décidé de trouver des emplois, notamment en usine et de faire garder leurs enfants.

Au fil des années, le rôle du père au sein de la famille a évolué. Celui-ci désire s'impliquer davantage dans l'éducation des enfants. Cependant, malgré cette envie, ce rôle peut être freiné par la mère.

1.3.3.2. Un père suffisamment bon

Au sein de la dyade mère-enfant, le père cherche sa place. Le rôle du père doit être « *le garant de la Loi, de l'interdit, un support identificatoire et d'apprentissage pour l'enfant.* » (Reuillard, 2008, p. 53). Cependant, lors des premières années de vie de l'enfant, le père a peu de place. D'une part car la grossesse est vécue dans le corps de la femme et d'autre part car à la naissance, le plus souvent les femmes allaitent. Le rôle du père est souvent mis à mal.

L'interaction père-nourrisson est caractérisée par la réciprocité, des interactions plus « physiques » et donc plus stimulantes pour le bébé ainsi que des jeux corporels. Le tout-petit distingue très tôt ses parents grâce aux expériences sensorielles qu'il vit avec chacun deux. « *Le père intervient de deux manières : d'une part, sous la forme d'une interaction directe avec le bébé, d'autre part sous forme indirecte au travers de la relation conjugale et du soutien qu'il offre à la mère.* » (Stoleru et al, 2003).

1.3.3.3. Les conséquences des divorces

Depuis quelques années, de plus en plus de couples se séparent. Lors de séparation d'un couple avec des enfants, la garde est partagée selon les décisions de justice. Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), « *Entre 2003 et 2012, les décisions de justice fixant une résidence alternée ont doublé, pour atteindre 17% des décisions.* » (2016). Dans tous les cas, les enfants concernés par ces séparations ne vivent plus avec leurs deux parents et cela peut supposer des dysfonctionnements. « *En 2007, 77% des enfants concernés par un divorce sont en résidence chez leur mère, 15% en résidence alternée et 8% chez leur père.* » (Chaussebourg *et al*, 2009).

L'âge de l'enfant concerné par la séparation de ses parents est un critère important : « *la résidence chez la mère étant d'autant plus fréquente que l'enfant est jeune (94% avant un an, 74% à 17 ans). La majorité des pères doivent donc […], faire le deuil d'une vie commune quotidienne avec l'enfant et réinventer leur rôle paternel.* » (Régnier-Loilier, 2013, p. 71). En effet, la relation père-enfant est mise à mal. Le père doit trouver des stratégies pour faire partie de la vie de son enfant en le voyant que très peu et cela n'est pas toujours simple. Avec son enfant, il sera peut-être plus dans le plaisir que dans les contraintes. Dans certaines situations, nous pouvons retrouver deux profils de père « désengagés » : « *celui du père « déserteur » pour qui la séparation permet d'échapper à des responsabilités parentales auxquelles il ne tient pas nécessairement, et celui, plus fréquent, du père « décrocheur » qui vit mal la séparation et la transformation de la relation avec l'enfant.* » (*Ibid.*).

Nous pouvons émettre comme hypothèse que la séparation des parents a des répercussions sur le développement des enfants. Cela peut avoir un impact sur ses relations interpersonnelles, son moral, l'investissement dans la scolarité ou encore sa confiance en soi. « *Au final, il apparaît que parmi les enfants vivant avec leur mère, ceux qui vont « mieux » au sens large sont ceux qui peuvent compter sur un père présent.* » (*Ibid.*).

1.3.3.4. Les phénomènes identificatoires père-fils dans la scolarité

La place du père dans les apprentissages est importante : « *une moindre présence paternelle pèse également sur le manque d'implication des garçons dans leur scolarité* ». (Auduc, 2009, p. 58). Effectivement, certaines études relevées par J.-C Auduc, montrent que les parents accompagnent plus leurs enfants du même sexe qu'eux dans les apprentissages. Cela peut s'expliquer par le sentiment d'identification de la part des femmes sur leurs filles et des hommes sur leurs garçons.

Suite à toutes ces descriptions, il apparaît que la présence du père semble essentielle, voir primordiale pour le développement d'un jeune enfant. Pouvons-nous supposer qu'un père absent ou pas suffisamment présent et bon perturbera de façon plus significative le développement de son enfant garçon que celui de son enfant fille ?

1.3.4. L'influence du contexte familial :

L'environnement familial correspond au milieu, au cadre et à l'ambiance dans lequel un individu évolue et grandit. Nous savons que pour qu'un enfant puisse se développer, l'environnement doit être sécure dans différents domaines et ce, dès la naissance.

1.3.4.1. L'attachement selon J. Bowlby

Pour se développer, le tout-petit a besoin de créer une relation d'attachement. La construction des premiers liens entre l'enfant et sa mère répond à un besoin biologique fondamental. Pour J. Bowlby, l'attachement est un lien primaire qu'il définit comme « *n'importe quel type de comportement, dont le résultat est qu'une personne obtient ou conserve une proximité à un autre individu donné pour lequel existe une préférence.* » (1969). Les comportements qui créent du lien peuvent être les pleurs, les sourires… Ils évoluent et diffèrent avec l'âge de l'enfant.

Pour J. Bowlby, la pulsion de l'attachement se fait d'abord avec une seule personne puis, au cours de son évolution il s'attachera à d'autres personnes.

1.3.4.2. D. W. Winnicott : le Holding et le Handling

Selon D. W. Winnicott, dès la naissance le tout-petit est soumis aux interactions corporelles notamment par le portage grâce au *holding* et *handling*. Le *holding* est défini comme « *le portage, la manière dont l'enfant est tenu, porté par sa mère ou l'adulte qui s'occupe de lui. C'est un maintien physique et psychique qui fait partie des besoins de base de l'enfant.* » (Winnicott, 1992). Ce concept se rapporte au fait de soutenir l'enfant, de le contenir, de le maintenir et de le rassembler. Le *handling* est « *la manière dont l'enfant est manié, manipulé. Ces réponses vont aider progressivement le tout-petit à réunir son corps et sa psyché.* » (*Ibid.*). Cela participe à la prise de conscience de l'enveloppe de l'enfant, de ses limites et de son corps.

D. W. Winnicott ajoute que « *Un bon holding et un bon handling facilitent les processus de maturation alors qu'un mauvais holding provoque des interruptions répétées de ces mêmes processus, en raison des réactions du bébé aux défaillances de l'adaptation.* » (*Ibid.*). Ces interactions sont fondamentales pour le jeune enfant. Celles-ci l'aideraient par la suite à s'individualiser.

1.3.4.3. La fonction alpha de W. Bion

W. Bion évoque l'existence d'une fonction alpha comme « *fonction de liaison symbolique des impressions sensorielles et des ressentis émotionnels très primitifs.* » (Bion, 1962). Celle-ci serait assurée par la figure maternelle. La mère verbalise les ressentis de son enfant qui n'est pas en capacité de mettre des mots. Les évènements que vivent parfois les enfants sont vécus comme traumatisants. Le rôle de la figure maternelle est de les transformer en éléments alpha et de donner du sens aux expériences corporelles de l'enfant. Pour cela, elle use de sa « *capacité de rêverie* ». (*Ibid.*).

La fonction alpha a pour rôle de permettre l'apparition de la pensée à partir des expériences que le tout-petit peut vivre. Une fois que l'enfant acquiert cette fonction, il peut effectuer ce travail seul. Si la mère n'assure pas cette fonction, l'enfant peut accumuler différents éléments nommés « *béta bruts* » qui ne sont pas intégrés par le psychisme notamment des angoisses ou des terreurs. L'enfant aura des difficultés à s'adapter au monde qui l'entoure et à le supporter.

1.3.4.4. La précarité

La famille est le premier espace de ressource pour ces membres mais c'est aussi un des éléments le plus fragilisé par la précarité. Selon le rapport de 1998 du le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, « *la précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale.* » (p. 9). L'intégration sociale, le statut professionnel des parents ainsi que les revenus influent sur le développement du tout-petit. En effet, C. Zaouche-Gaudron explique que « *les conditions de vie précaires ainsi que l'insécurité qui en est inhérente entravent sans conteste le développement de l'enfant.* » (2006, p. 63). Aussi, un milieu familial précarisé et vulnérable peut avoir des répercussions notamment physique et psychique sur le développement d'un enfant. « *Les conflits conjugaux et parentaux liés, […] au stress quotidien qu'engendrent des conditions de vie difficiles et souvent douloureuses, entraînent des interactions dysharmonieuses entre les parents et les enfants qui ne sont pas sans conséquences sur le devenir des enfants.* ». (*Ibid.*).

1.3.4.5. Les secrets familiaux

Chaque famille vit des épreuves, qu'elles soient faciles ou difficiles. Pour ses membres, ce n'est pas toujours simple de mettre des mots dessus et de les raconter. Au fil du temps, ces évènements peuvent être transformés en secrets plus ou moins lourds à porter. « *Il y a des secrets qu'on garde parce qu'on sait qu'il y a un interdit qui pèse : interdit de penser, interdit de savoir, interdit sous peine de… Dans ces cas-là, le contenu du secret est remplacé par un poids, un fardeau souvent lourd à porter. »* (Potel, 2019, p. 90).

Ces secrets sont malgré tout, ressentis inconsciemment par un enfant. « *Il entrave ses réalisations, ses facultés à penser ou ses capacités d'expression, ses curiosités. »* (*Ibid.*). Tout secret est lourd de conséquence et peut avoir des répercussions importantes sur le développement de l'enfant.

La stabilité familiale de l'enfant apparaît être déterminante pour son bon développement psychomoteur et psycho-affectif. Les interactions précoces ainsi qu'un environnement contenant et sécurisant ont des rôles clés. Est-ce qu'une fragilité de la sphère familiale et des interactions précoces auraient plus d'impact sur l'évolution d'un garçon que d'une fille ?

1.3.5. Les préoccupations parentales :

Au sein d'une famille, les études ont montré, selon J.-L. Auduc, que les parents sont plus préoccupés par le devenir de leur garçon que de leur fille et cela se retrouve dans le milieu scolaire. Il écrit dans son livre *Sauvons les garçons !*, « *L'écart s'accroît en termes de réussite scolaire. Les filles, peu ou mal reconnues dans la famille, ont surinvesti l'école […]. À l'inverse, les garçons sont souvent reconnus dans leur famille, mais ils vivent une crise identitaire à l'école. »* (2009, p. 13). En effet, les filles peuvent avoir plus de difficultés à trouver leur place au sein de leur famille donc elles vont travailler pour être les meilleures à l'école et être reconnues par leurs parents. À l'inverse, certains parents s'attardent moins sur les résultats de leurs garçons car ils estiment que ces derniers trouveront toujours du travail dans les métiers du secteur primaire. Les filles quant à elles, doivent avoir un bagage de compétences car ces secteurs sont davantage accessibles aux garçons, grâce à leurs capacités physiques.

1.3.6. Les relations enseignants-enseignés :

Nous pouvons supposer qu'il est plus aisé pour les filles de s'investir dans les apprentissages car au primaire les professeurs sont souvent des femmes. Nous pouvons imaginer que l'identification se fait plus facilement. Le rapport du Ministère de l'Éducation de la communauté française de Belgique publié en 2010 insiste sur « *l'enjeu de recruter des hommes pour exercer en maternelle compte tenu des enjeux d'identification à l'adulte qui se manifeste très tôt* ». (p. 6, 2010). Aussi, à cet âge, de nombreuses petites filles veulent devenir maîtresse. Les enseignantes sont souvent un modèle d'idéal pour ces jeunes qui souhaitent en faire le métier. L'identification se produit aussi dans les jeux spontanés. C'est ainsi que jouer à « être la maitresse » devient récurrent chez les petites filles.

Nous observons aussi dans le cadre scolaire des mécanismes de transfert et de contre-transfert entre les enseignants et les élèves. Ces concepts ont été identifiés par S. Freud. Il définit le transfert comme « *un lien affectif qui se tisse entre le patient et le psychanalyste de façon inconscient, et qui va venir provoquer des choses/émotions/sensations chez le patient. »* (1912). Le contre-transfert est une réponse positive ou négative que va donner en retour l'adulte au tout-petit « *réponse émotionnelle du professionnel au stimuli du patient. »* (*Ibid.*). Ces mécanismes peuvent se rencontrer dans la vie de tous les jours. Dans le cadre scolaire, un élève peut projeter sur l'enseignant diverses images positives ou négatives de son entourage. Ces projections sur l'enseignant sont inconscientes et sont parfois l'idéales d'un élève « *Il peut voir dans son enseignant un sauveur, une mère irréprochable, un père Fouettard ou un raté. Enfin, il le voit à travers son rapport conflictuel avec un parent. »* (Jeffrey, 2004, p. 75).

Est-ce que ce mécanisme d'identification à l'enseignante se produisant moins souvent pour les petits garçons peut contribuer à des difficultés et notamment scolaires ? De plus, pouvons-nous supposer que les mécanismes de contre-transfert négatif d'un enseignant se produisent plus souvent vis-à-vis d'un garçon que d'une fille et ont de répercussions sur les apprentissages ?

PARTIE 2 : MÉTHODOLOGIE

Pour trouver des réponses aux hypothèses et les valider, il me paraissait nécessaire d'interroger les professionnels et futurs professionnels par l'intermédiaire des sondages. Je devais également aller sur le terrain et notamment en école élémentaire pour observer le comportement des enfants.

2.1. RÉFLEXION POUR LA CONSTRUCTION DES SONDAGES

Pour tenter de comprendre d'où provient cet écart, il fallait que j'interroge les acteurs qui travaillent auprès d'enfants. Le moyen le plus simple était grâce des questionnaires. Je me suis demandé à quelles personnes je devais les adresser et comment le construire sans trop orienter mes questions.

Dans un premier temps, il était nécessaire que j'interroge des psychomotriciens car c'est ma future profession. C'est aussi lors de stages en psychomotricité que je me suis aperçue de cette différence. J'ai souhaité faire deux sondages différents : un pour les étudiants en psychomotricité et un pour les psychomotriciens diplômés. J'ai fait ce choix de les différencier car mes questions pour les psychomotriciens diplômés sont plus précises et nécessitent un certain recul.

Ensuite, je me suis dit qu'il fallait que je sache si cette différence était aussi retrouvée dans d'autres métiers paramédicaux comme en orthophonie, en ergothérapie, en psychologie etc. Pour ce questionnaire, il s'adressait autant aux professionnels qu'aux étudiants. Mes questions sont surtout d'ordre général et moins précises.

Et enfin, je souhaitais interroger les enseignants des classes de primaire (de petite section à CM2). Ce choix s'explique par le fait qu'ils font partie des premiers acteurs professionnels dans l'éducation des enfants.

J'ai donc réalisé quatre sondages différents. Ces derniers avaient pour objectif de recenser le nombre de petits garçons et de petites filles ayant des difficultés, d'identifier ces difficultés et

de disposer des pourcentages des enfants dans chaque structure de soins ou écoles. Les troubles recenser me permettrait possiblement de faire le lien avec la psychomotricité.

2.1.1. Sondage des étudiants en psychomotricité :

Le premier sondage que j'ai construit s'adressait aux étudiants en psychomotricité. Je précise, dans la description du sondage, qu'il est destiné aux étudiants qui réalisent un stage auprès d'enfants qui ont entre 0 et 16 ans. Il se compose de huit questions. Pour le créer, je suis partie de ce que je pouvais connaître, dans mes stages du contexte familial des enfants ainsi que de leur évolution.

Les premières questions que je pose concerne l'étudiant : en quelle année est-il et dans quelle école réalise-t-il ses études de psychomotricité. Ces réponses m'ont permis de connaître les profils des étudiants. Ensuite, je m'intéresse au lieu de stage. Pour cela, je mets une liste non exhaustive de structures accueillant des enfants ainsi que la tranche d'âge de ces derniers. De plus, je demande dans quelle région ce stage est effectué afin de potentiellement identifier des disparités géographiques. Pour terminer, j'interroge sur une journée de stage combien de garçons et de filles sont accueillis ainsi que les motifs et les éléments cliniques qui ont orienté un bilan psychomoteur et une prise en charge en psychomotricité pour des garçons et des filles (en deux questions distinctes).

2.1.2. Sondage des psychomotriciens diplômés :

Le deuxième sondage que j'ai créé était celui qui concernait les psychomotriciens diplômés qui travaillent auprès d'enfants entre 0 et 16 ans. Il se compose de douze questions.

Les deux premières questions concernent le psychomotricien : l'année d'obtention du diplôme ainsi que l'école dans laquelle il a réalisé ses études. Ces questions me permettent de dresser un portrait des personnes qui me répondent. Les quatre questions suivantes se rapportent à la structure : dans quel type de structure ils travaillent, dans quelle région, depuis combien de temps et quelle est la tranche d'âge d'enfants accueillis. Pour ces questions, j'ai mis une liste non exhaustive de propositions pour me permettre ensuite de traiter plus simplement les réponses. Comme le précédent sondage, je demande ensuite combien de garçons et combien de filles sont accueillis sur une semaine ainsi que les motifs qui ont conduit à un bilan

psychomoteur et une prise en charge pour les garçons et pour les filles. En lien avec ces dernières questions, j'interroge la situation familiale pour des garçons en difficulté ainsi que pour les filles. Les réponses à ces deux dernières questions pourraient peut-être me permettre d'observer un schéma familial similaire pour des enfants en difficulté. Enfin, dans la dernière partie, je laisse la possibilité aux psychomotriciens de me faire part d'observations susceptibles de m'aider dans ma recherche.

2.1.3. Sondage des professionnels et étudiants paramédicaux :

Je souhaitais interroger les professionnels et étudiants paramédicaux pour savoir si cette différence entre les garçons et les filles accueillis se retrouvait aussi dans leur profession. Au début, je souhaitais simplement avoir des réponses de personnes travaillant en ergothérapie, psychologie et orthophonie car ce sont ces métiers que je retrouve en structure de soins. En me renseignant davantage et en en discutant autour de moi, je me suis dit que je pouvais aussi intégrer dans mon sondage d'autres professionnels tels que les neuropsychologues, les orthoptistes et les masseurs-kinésithérapeutes. Cela pourrait m'apporter une vision générale sur les métiers paramédicaux et mon sujet. Il s'adresse aux professionnels et étudiants qui travaillent ou sont en stages auprès d'enfants entre 0 et 16 ans. Il se compose de neuf questions.

Les trois premières questions concernent la profession de la personne, son école ainsi que son année de formation ou diplôme. Cela me permet de voir les profils de personnes qui ont répondu à mon questionnaire. Comme précédemment, j'indique ensuite une liste non exhaustive de structures, la tranche d'âge des enfants accueillis ainsi que la région où est située l'établissement. Les trois dernières questions sont axées sur mon sujet : combien de garçons et de filles sont accueillis sur une journée type, et quels peuvent être les motifs qui ont orienté un bilan et une prise en charge pour des garçons et des filles.

2.1.4. Sondage des enseignants en école primaire :

Je souhaitais avoir le point de vue des enseignants car ce sont souvent eux qui attestent des difficultés d'un enfant en milieu ordinaire. En effet, ils sont en première ligne concernant les apprentissages des jeunes et détectent souvent dès le plus jeune âge des difficultés. Ce sondage est un peu différent des trois précédents dans le choix des questions. Il est composé de treize questions.

Les deux premières questions concernent l'année d'obtention du diplôme ainsi que le(s) niveau(x) d'enseignement(s). Ensuite, je demande le nombre de garçons et de filles dans chaque classe ainsi que le nombre de garçons et de filles qui ont été maintenus à un même niveau deux années de suite. Ceci me permet de constater ou non une différence significative et proportionnelle entre les garçons et les filles. Ensuite, je demande combien de garçons et de filles ont des difficultés et quelles peuvent être ces difficultés (troubles/retard dans les apprentissages, trouble du comportement…) pour chacun en deux questions différentes. La question suivante concerne les établissements de soin et les professionnels de santé gravitant autour des enfants en difficultés bénéficiant de prise en charge. Pour me permettre de répondre à certaines hypothèses, il était nécessaire que je questionne la situation familiale. Pour cela, j'ai demandé lorsqu'un enfant, garçon ou fille, est en difficulté, quelle peut être la situation familiale avec une liste non exhaustive de possibilités. Je souhaitais voir si un schéma familial se dégageait. Pour finir, je souhaitais connaître les motifs qui conduisent un enseignant à discuter des difficultés d'un enfant à sa famille.

2.1.5. La diffusion des sondages :

Le premier sondage que j'ai diffusé était celui des étudiants en psychomotricité. Dans un premier temps, je l'ai transmis à ma promotion et aux deuxièmes années de la Pitié-Salpêtrière grâce à un réseau social. Par la suite, certains de mes camarades l'ont partagé et il a pu se diffuser dans d'autres écoles de psychomotricité en France.

Le deuxième que j'ai adressé était celui des étudiants et professionnels paramédicaux. D'abord, je l'ai transmis aux orthophonistes de Sorbonne Université. Puis avec les réseaux sociaux, le sondage s'est diffusé facilement et d'autres professions y ont répondu.

Le troisième était celui des psychomotriciens diplômés. Je voulais aussi que la diffusion soit importante alors je l'ai envoyé sur un grand groupe de psychomotriciens diplômés par l'intermédiaire d'internet. De nombreuses personnes ont manifesté de l'intérêt et m'ont donné des pistes de réflexion.

Pour finir, la diffusion du sondage pour les enseignants a été laborieuse. En effet, j'ai eu des difficultés à faire parvenir mon questionnaire à des enseignants. Il était nécessaire que je trouve

une solution. Une amie, qui avait accès à des groupes fermés d'enseignants sur internet, a pu le diffuser sur un réseau social. À la suite de cela, j'ai obtenu de nombreuses réponses.

2.2. RÉFLEXIONS À PROPOS DE MON STAGE EN ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE

Je souhaitais faire un stage en école primaire pour découvrir comment se manifestent les difficultés des enfants dans les apprentissages mais aussi analyser les comportements que ces derniers peuvent avoir avec leurs pairs.

2.2.1. Les objectifs du stage :

Au début, mes objectifs étaient d'observer et d'essayer de comprendre comment se manifestent les difficultés d'un enfant. J'avais défini plusieurs éléments que je voulais découvrir :

- Combien y a-t-il d'enfants dans chaque classe et par niveau dans cette école ?
- Combien d'enfants ne tiennent pas correctement leur crayon ?
- Combien d'enfants n'ont pas un casier bien rangé ?
- Comment les difficultés d'un enfant se manifestent-t-elles ?
- Comment les enfants interagissent entre eux ? Et avec la maîtresse ?
- Observation du comportement des enfants lors des récréations.

Ces questions me servaient de socle pour mes observations mais je savais que j'allais découvrir d'autres éléments auxquelles je n'avais pas pensé.

2.2.2. Présentation de l'école :

J'ai réalisé mon stage sur trois jours en décembre (mardi, jeudi et vendredi). L'école est située en milieu rural en France. Elle commence à 9h et se termine à 16h30. Les enfants sont accueillis sur quatre jours. L'école est composée de trois classes.

Une première classe avec les petites sections (quatre filles et trois garçons), les moyennes sections (une fille et deux garçons) et les grandes sections (trois filles et zéro garçon) avec un total de 13 enfants. Dans cette classe, il y a une maîtresse et un Agent Territorial Spécialisé des Écoles Maternelles (ATSEM).

La seconde classe est composée de 17 enfants de niveau CP (cinq filles et quatre garçons) et CE1 (cinq filles et trois garçons) avec une enseignante.

La dernière classe est composée de 23 enfants avec les niveaux CE2 (huit filles et trois garçons), CM1 (zéro fille et six garçons) et CM2 (trois filles et trois garçons) avec une maîtresse.

Au total, cette école accueille 53 enfants dont 29 filles et 24 garçons. Concernant l'espace extérieur, la cours de récréation est divisée en deux : une partie pour les petits avec des trottinettes adaptées et l'autre partie pour les plus grands avec un terrain de football et des buts.

PARTIE 3 : LES RÉSULTATS DE MON ÉTUDE

3.1. RÉSULTATS DES SONDAGES

J'ai reçu 139 réponses pour le sondage des étudiants en psychomotricité. Pour celui des psychomotriciens diplômés, j'ai eu 109 réponses, celui des étudiants et professionnels paramédicaux 70 et le dernier qui était pour les enseignants j'ai recueilli 81 réponses. Au total, 399 personnes ont répondu à mes sondages.

3.1.1. Des étudiants en psychomotricité[1] :

3.1.1.1. Réponses aux questions

- *En quelle année de formation en psychomotricité es-tu ?*

À cette question, les étudiants qui ont répondu à mon questionnaire étaient pour la plupart en troisième année. En effet, 73,1% sont en troisième année d'études de psychomotricité et 26,9% sont en deuxième année d'étude.

- *Dans quelle école réalises-tu ta formation en psychomotricité ?*

La majorité des étudiants qui ont répondu au sondage soit 64% sont des étudiants qui viennent de l'institut de formation de la Pitié-Salpêtrière, 11,5% de l'école d'Alençon, 10,1% de Hyères, 7,9% de l'ISRP de Paris, 5,8% de l'école de Rouen et 0,7% de Vichy.

- *Dans quelle structure réalises-tu ton stage auprès de enfants ?*

Pour cette question, j'ai proposé une liste non exhaustive de structures et la possibilité d'en rajouter. La structure où le plus d'étudiants sont en stage est le cabinet libéral avec 31,7% des réponses, suivi des Centres d'Action Médico-Sociaux Précoces (CAMSP) avec 13,5% des réponses et des CMP avec 10,8% des réponses. Viennent ensuite, des Instituts Médico-Éducatifs (IME) (7,2%), des Services d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD)

[1] Cf Annexe I p. I

(5,8%), des CMPP (3,9%), des services hospitalier de pédopsychiatrie (3,2%), des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) (2,5%), des HDJ (2,2%), des Instituts d'Éducation Motrice (IEM) (1,7%), des Centres d'Adaptation Psycho-Pédagogique (CAPP) (1,7%), des structures pour des enfants sourds et malentendants (1,4%), des écoles primaires (1,4%), des crèches (0,7%), des Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) (0,7%). D'autres structures ont été cité mais n'étaient pas adaptées pour cette recherche (comme les Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes EHPAD) avec 5,6%.

- *Quelle est la tranche d'âge des enfants accueillis ?*

À cette question, j'ai aussi proposé une liste non exhaustive de tranches d'âge et les principales réponses sont la tranche d'âge 0 – 6 ans, 3 – 12 ans et 3 – 16 ans avec 18,1% pour chacune des réponses. Ensuite, nous avons la tranche d'âge 0 – 12 ans (15,7%), les 6 – 16 ans (9,9%), les 6 – 12 ans (8,2%) et enfin les 0 – 3 ans (4,9%). Ici aussi, certaines tranches d'âges n'étaient pas adaptées pour ma recherche (7%).

- *Dans quelle région est situé l'établissement de stage ?*

Les étudiants qui ont répondu à ce sondage sont en stage pour la plupart en Île-de-France (65,5%). Avec 10,8% nous retrouvons la région de la Normandie, 7,9% la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et 5,8% la région des Pays de la Loire. En minorité, il y a ensuite Bourgogne-Franche-Comté (2,2%), l'Occitanie (1,4%), la Bretagne (1,4%), Centre-Val de Loire (1,4%), les Hauts-de-France (1,4%), le Grand Est (0,7%) et l'Auvergne – Rhône-Alpes (0,7%).

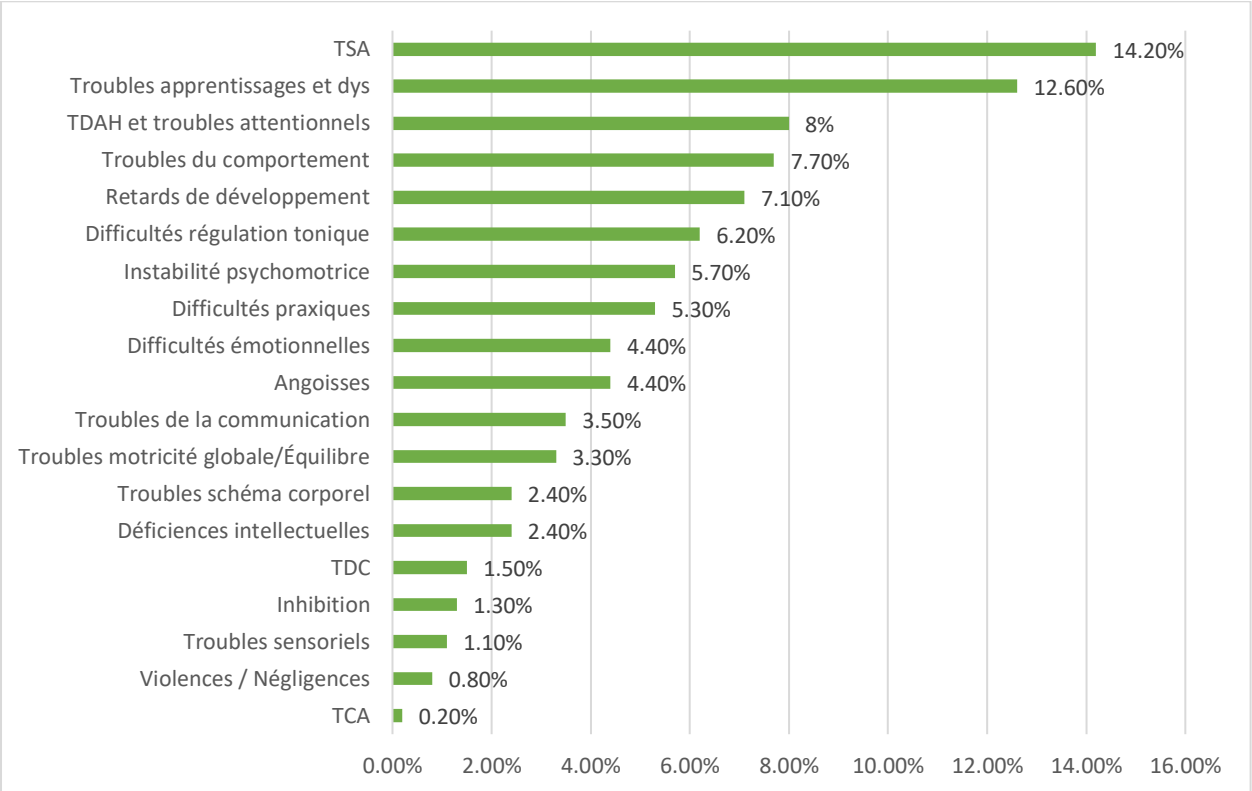
- *Sur une journée de stage, combien vois-tu de garçons et de filles ?*

À cette question, si nous additionnons tous les enfants accueillis mentionnés par les étudiants, nous avons en tout 978 enfants. Sur ces 978 enfants, 703 sont des garçons (72%) et 275 filles (28%). Nous nous apercevons que la différence est significative.

- *Quels peuvent être les motifs qui ont orienté un bilan psychomoteur et les éléments cliniques qui ont conduit à une prise en charge en psychomotricité pour les garçons ?*

Pour cette question, j'ai réparti les réponses des étudiants en grandes familles de trouble. Nous observons que la principale raison qui conduit à une prise en soin est des TSA avec 14,2% des réponses. Nous retrouvons ensuite des troubles des apprentissages notamment des troubles DYS avec 12,6% des réponses, des troubles de l'attention ainsi que des TDA/H avec 8% et des troubles du comportements avec 7,7% des réponses. Ensuite, nous découvrons que les motifs d'une prise en charge peuvent être pour un retard de développement (7,1%), des difficultés de régulation tonique (6,2%), une instabilité psychomotrice (5,7%), des difficultés praxiques (5,3%), des difficultés à gérer ses émotions (4,4%) et des angoisses (4,4%). Viennent ensuite, des troubles de la communication (3,5%), des troubles de la motricité globale et de l'équilibre (3,3%), des troubles du schéma corporel (2,4%), des déficiences intellectuelles (2,4%), des Troubles Développementaux des Coordinations (TDC) (1,5%), de l'inhibition (1,3%), des troubles sensoriels (1,1%), des violences/négligences (0,8%) et des TCA (0,2%).

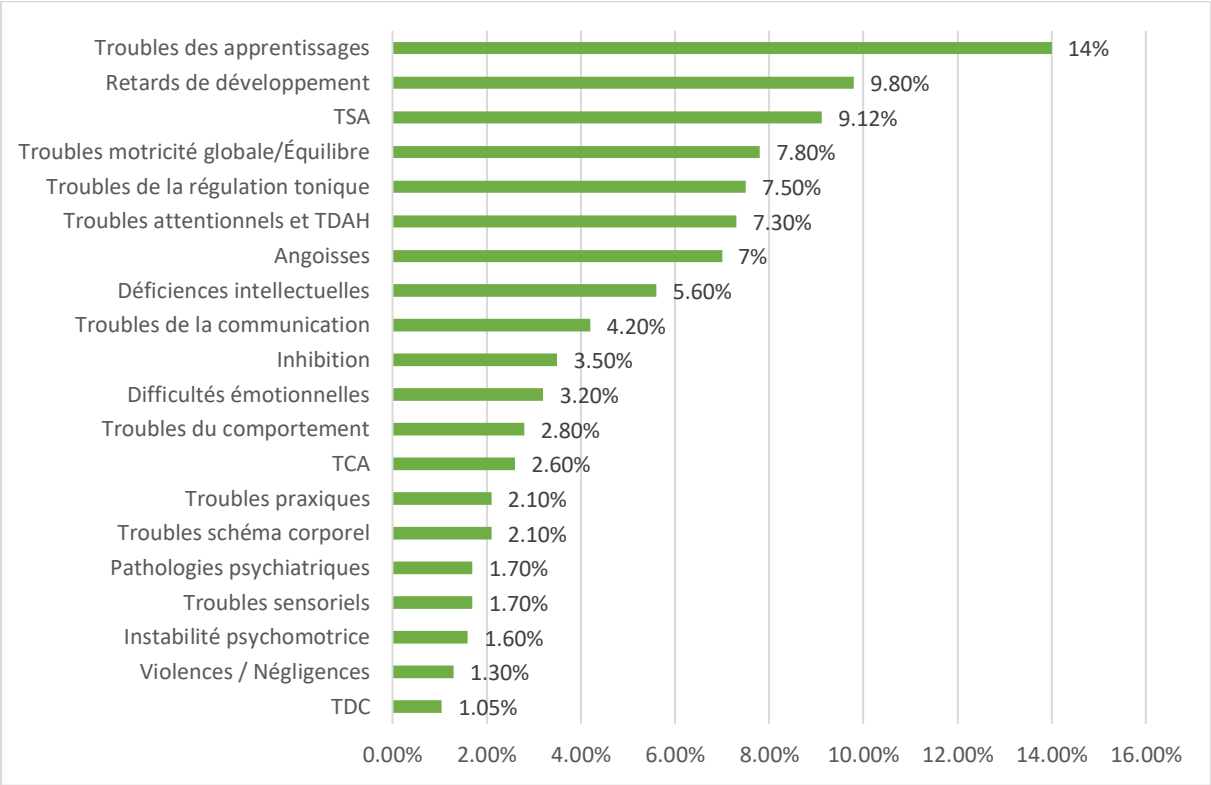
Diagramme en pourcentage représentant les motifs de consultation pour un garçon :



- *Quels peuvent être les motifs qui ont orienté un bilan psychomoteur et les éléments cliniques qui ont conduit à une prise en charge en psychomotricité pour les filles ?*

À cette question, la principale raison qui entraîne une prise en soin est des troubles des apprentissages avec 14% des réponses. Ensuite, avec 9,8% des réponses nous retrouvons des retards de développement et enfin avec 9,12% des réponses nous observons des TSA. Les difficultés que nous retrouvons en nombre légèrement moins important sont des troubles de la motricité globale et de l'équilibre (7,8%), des troubles de la régulation tonique (7,5%), des troubles de l'attention ainsi que des TDAH (7,3%), des angoisses (7%) et des déficiences intellectuelles (5,6%). Et enfin, avec un pourcentage de réponses inférieures nous pouvons retrouver des troubles de la communication (4,2%), de l'inhibition (3,5%), des troubles des émotions (3,2%), des troubles du comportement (2,8%), des TCA (2,6%), des troubles praxiques (2,1%), des troubles du schéma corporel (2,1%), des pathologies psychiatriques (1,7%), des troubles sensoriels (1,7%), une instabilité psychomotrice (1,6%), des violences et négligences (1,3%) ainsi que des TDC (1,05%).

Diagramme en pourcentage représentant les motifs de consultation pour les filles :



3.1.1.2. Retours et mise en lien des résultats

Les personnes ayant répondu à ce sondage sont majoritairement en troisième année d'études de psychomotricité. Ceux-ci étudient dans diverses écoles en France et sont en stage dans des régions différentes. Ensuite, nous pouvons voir que ces étudiants sont principalement en stage dans des centres thérapeutiques (CMP, CMPP, libéral…) et peu sont en institutions (IEM, IME...). De plus, l'écart entre le nombre de garçons et de filles accueillis est significatif. Ici, nous pouvons faire l'hypothèse que nous retrouvons peut-être une plus grande différence de garçons ou de filles accueillis en centre et moins en institution. Les tranches d'âges majoritairement représentées en pourcentage égale sont les 0 – 6 ans, 3 – 12 ans et 3 – 16 ans. Nous pouvons déduire qu'en grande partie ce sont des enfants entre 3 et 12 ans qui sont accueillis.

Nous observons que les motifs qui conduisent à une prise en soin peuvent être de différentes natures. En effet, nous retrouvons des syndromes, des symptômes, des signes cliniques et des pathologies. Concernant les motifs de consultation, nous observons un tronc commun entre les garçons et les filles. Effectivement, nous notons que les TSA ainsi que les troubles des apprentissages font partie des principales problématiques. Ensuite, nous observons des différences concernant les motifs entre les garçons et les filles. Pour les filles, nous retrouvons des pathologies psychiatriques que les garçons n'ont pas. De plus, les filles ont davantage d'angoisses, de l'inhibition et des TCA. Pour les garçons, les troubles du comportement et l'instabilité sont davantage représentés. Aussi, certains étudiants ne reçoivent pas de filles en consultation. Nous pouvons donc nous demander à quoi sont dues ces différences significatives ?

3.1.2. Des psychomotriciens diplômés[2] :

3.1.2.1. Réponses aux questions

- *En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'État de psychomotricien ?*

[2] Cf Annexe II p.V

Une grande majorité des psychomotriciens ayant répondu à mon sondage sont diplômés de moins de 3 ans (45,6%). Ensuite, 35,8% sont diplômés entre 3 et 10 ans, 9,8% entre 10 et 20 ans et 7,8% plus de 20 ans.

- *Dans quelle école avez-vous réalisé vos études en psychomotricité ?*

À cette question, les personnes ayant répondu venaient de diverses écoles de psychomotricité : 33,9% venaient de l'institut de formation de la Pitié-Salpêtrière, 28,4% de l'ISRP de Paris, 7,3% de l'ISRP de Marseille, 6,4% de Bordeaux et Lyon, 5,5% de Toulouse. Ensuite, une minorité venait des écoles de Lille (3,7%), d'Alençon, de Mulhouse et de Genève (1,8%), des Mureaux, d'Orléans et de la Réunion (0,9%). Nous observons que presque toutes les écoles de psychomotricité de France sont représentées.

- *Dans quel type de structure travaillez-vous ?*

La principale structure dans laquelle une grande partie des personnes ayant répondu à mon sondage travaillent est le cabinet libéral avec 28,5%. Ensuite, nous retrouvons des IME avec 11,9%, des CMP avec 10,1%, des CMPP avec 8,3%, des SESSAD avec 7,4% et des CAMSP avec 6,4%. En minorité, il y a aussi des HDJ avec 3,7%, des IEM avec 3,7%, des Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (ITEP) avec 3,7%, des services hospitaliers de pédopsychiatrie avec 2,8%, des Unités d'Enseignement Maternel (UEM) avec 2,8% et enfin des plateformes diagnostic avec 1,7%.

- *Dans quelle région est situé l'établissement dans lequel vous travaillez ?*

À cette question, toutes les régions sont représentées même les Outres mer. Une majorité des répondants travaillent en Île-de-France avec 34,7%. Ensuite, nous retrouvons l'Occitanie (7,3%), l'Auvergne – Rhône-Alpes (7,3%), la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (6,4%), la Nouvelle Aquitaine (6,4%), la région Bourgogne Franche-Comté (6,4%), le Grand-Est (6,4%), le Centre-Val de Loire (5,5%), la Bretagne (4,6%) et les Hauts-de-France (4,6%). En minorité, nous avons la Normandie (3,7%), les Pays de la Loire (3,7%), l'Outre-Mer (1,8%) et la Corse (0,8%).

- *Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette structure ?*

Nous observons que 61,5% des personnes ayant répondu au sondage travaillent dans la structure depuis moins de 3 ans. Ensuite, 30,3% y travaillent entre 3 et 10 ans, 4,6% entre 10 et 20 ans, et 3,7% depuis plus de 20 ans.

- *Environ, quelle est la tranche d'âge des enfants accueillis ?*

Une majorité d'enfants accueillis ont entre 0 et 12 ans soit 17%. Nous retrouvons ensuite la tranche d'âge 0 – 16 ans avec 14,2% et enfin la tranche d'âge 3 – 16 ans avec 12,3%. Vient ensuite, la tranche d'âge 3 – 12 ans avec 9,4%, 0 – 6 ans avec 8,5% et 6 – 16 ans avec 7,5%. En minorité, nous avons la tranche d'âge 6 – 20 ans avec 3,8%, 6 – 12 ans avec 3,8% aussi et enfin 3 – 6 ans avec 2,8%. Les 21,5% restant sont des tranches d'âge au-delà de 16 ans.

- *Sur une semaine de travail, combien accueillez-vous de garçons et de filles ?*

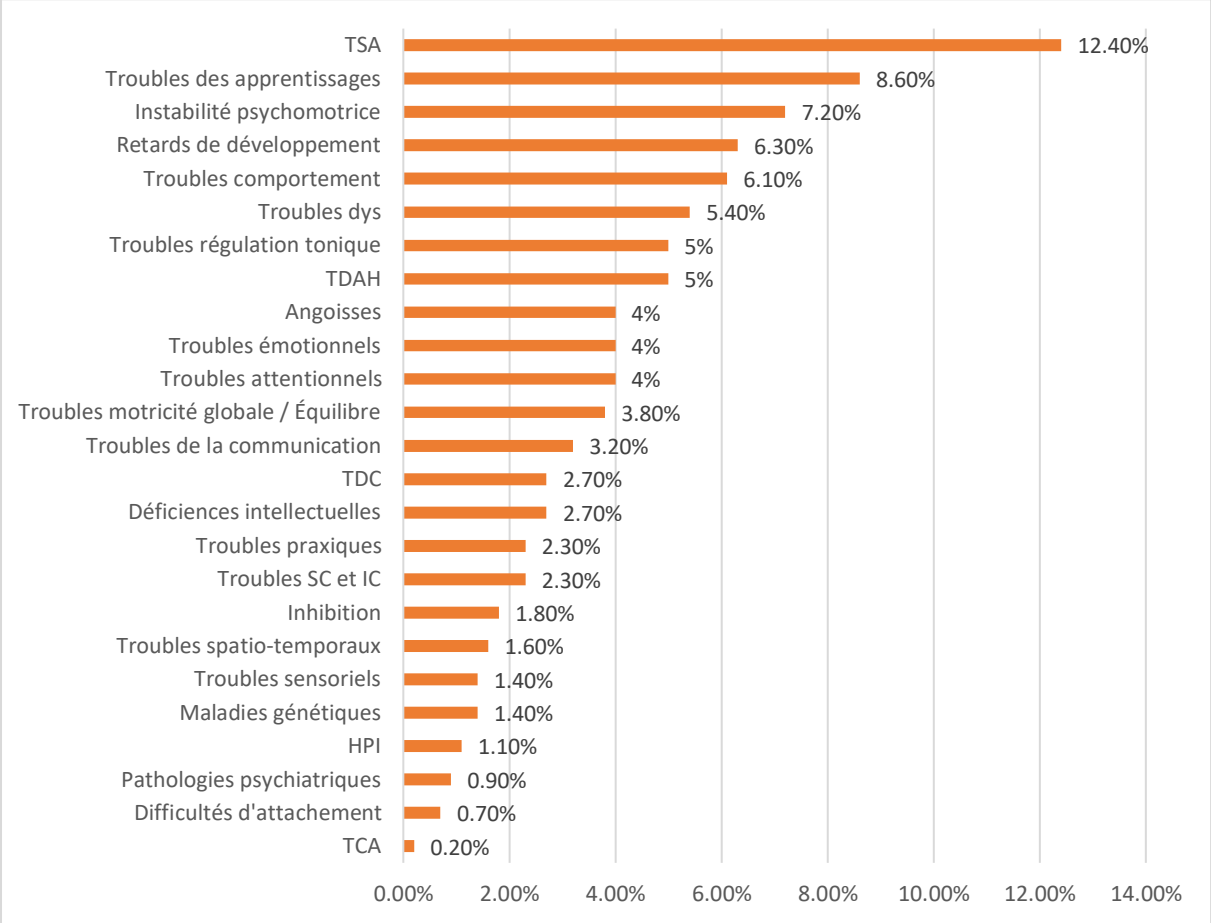
Sur la totalité des psychomotriciens ayant répondu au sondage, nous observons que 1784 enfants sont pris en soin avec 1164 garçons et 620 filles, soit 65% de garçons et 35% de filles.

- *Quels peuvent être les motifs qui ont orienté un bilan psychomoteur et les éléments cliniques qui ont conduit à une pris en charge en psychomotricité pour les garçons ?*

Selon les réponses au questionnaire, les trois motifs principaux qui orientent un bilan psychomoteur et une prise en soin en psychomotricité pour des garçons sont des TSA (12,4%), des troubles des apprentissages (8,6%) et une instabilité psychomotrice (7,2%). Ensuite, les motifs que nous pouvons retrouver sont des retards de développement (6,3%), des troubles du comportements (6,1%), des troubles DYS (5,4%), des troubles de la régulation tonique (5%), des TDAH (5%), des angoisses (4%), des troubles émotionnels (4%) et des troubles de l'attention (4%). En minorité, nous avons des troubles de la motricité globale et des équilibres (3,8%), des troubles de la communication (3,2%), des TDC (2,7%), des déficiences intellectuelles (2,7%), des troubles praxiques (2,3%), des troubles du schéma corporel et image du corps (2,3%), de l'inhibition (1,8%), des troubles spatio-temporaux (1,6%), des troubles

sensoriels (1,4%), des maladies génétiques (1,4%), des Hauts Potentiels Intellectuels (HPI) (1,1%) des pathologies psychiatriques (0,9%), des difficultés d'attachement (0,7%) et des TCA (0,2%).

Diagramme en pourcentage représentant les motifs de consultation pour les garçons :

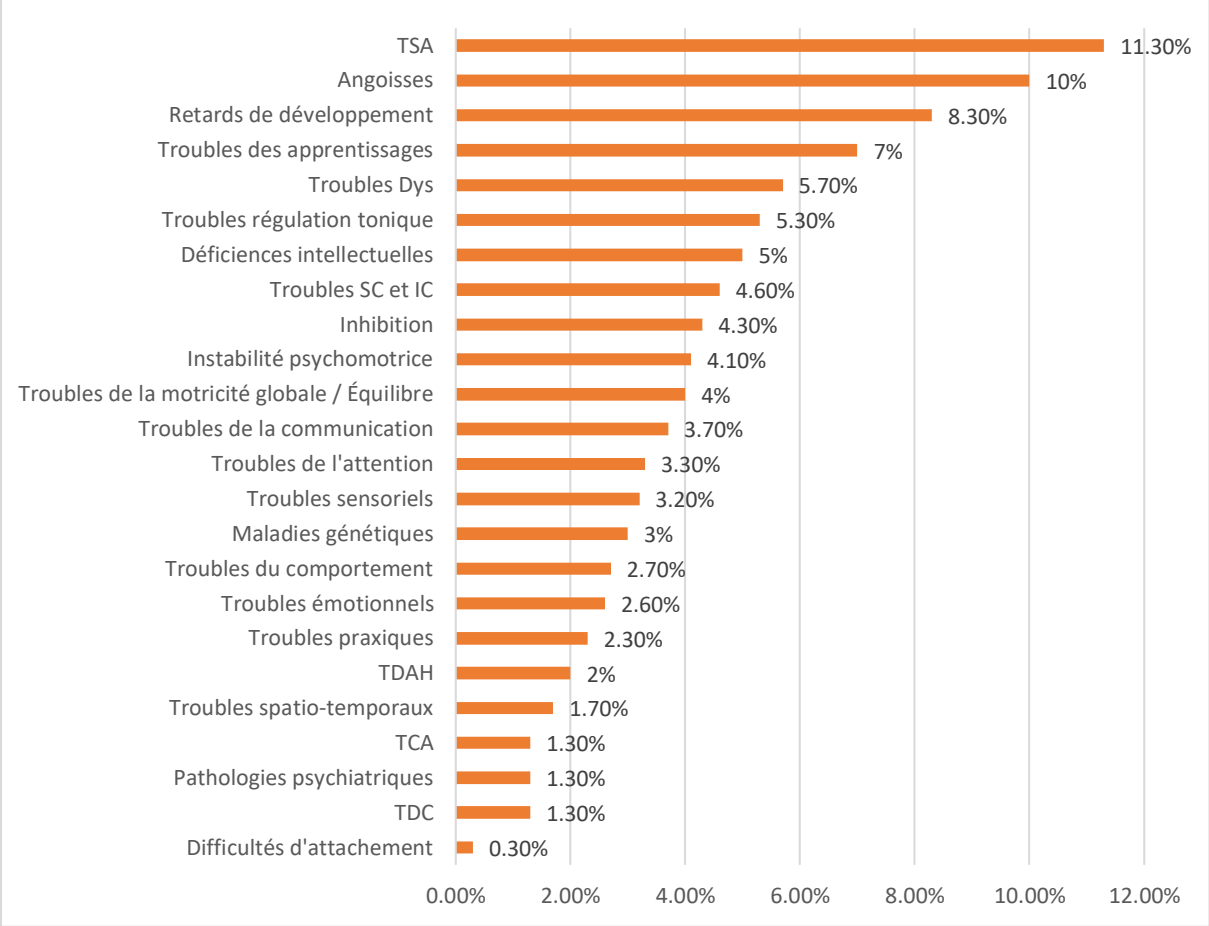


- *Quels peuvent être les motifs qui ont orienté un bilan psychomoteur et les éléments cliniques qui ont conduit à une pris en charge en psychomotricité pour les filles ?*

Concernant les filles, les trois principaux motifs qui ont orienté un bilan psychomoteur sont des TSA avec 11,3% des réponses, des angoisses avec 10% des réponses et enfin des retards de développement avec 8,3% des réponses. Après, nous retrouvons des troubles des apprentissages (7%), des troubles DYS (5,7%), des troubles de la régulation tonique (5,3%), des déficiences intellectuelles (5%), des troubles du schéma corporel et de l'image du corps (4,6%), de

l'inhibition (4,3%), de l'instabilité psychomotrice (4,1%), des troubles de la motricité globale et des équilibres (4%). En minorité, nous observons des troubles de la communication (3,7%), des troubles de l'attention (3,3%), des troubles sensoriels (3,2%), des maladies génétiques (3%), des troubles du comportement (2,7%), des troubles des émotions (2,6%), des troubles praxiques (2,3%), des TDAH (2%), des troubles spatio-temporaux (1,7%), des TCA (1,3%), des pathologies psychiatriques (1,3%), des TDC (1,3%) et des difficultés d'attachement (0,3%).

Diagramme en pourcentage représentant les motifs de consultation pour les filles :

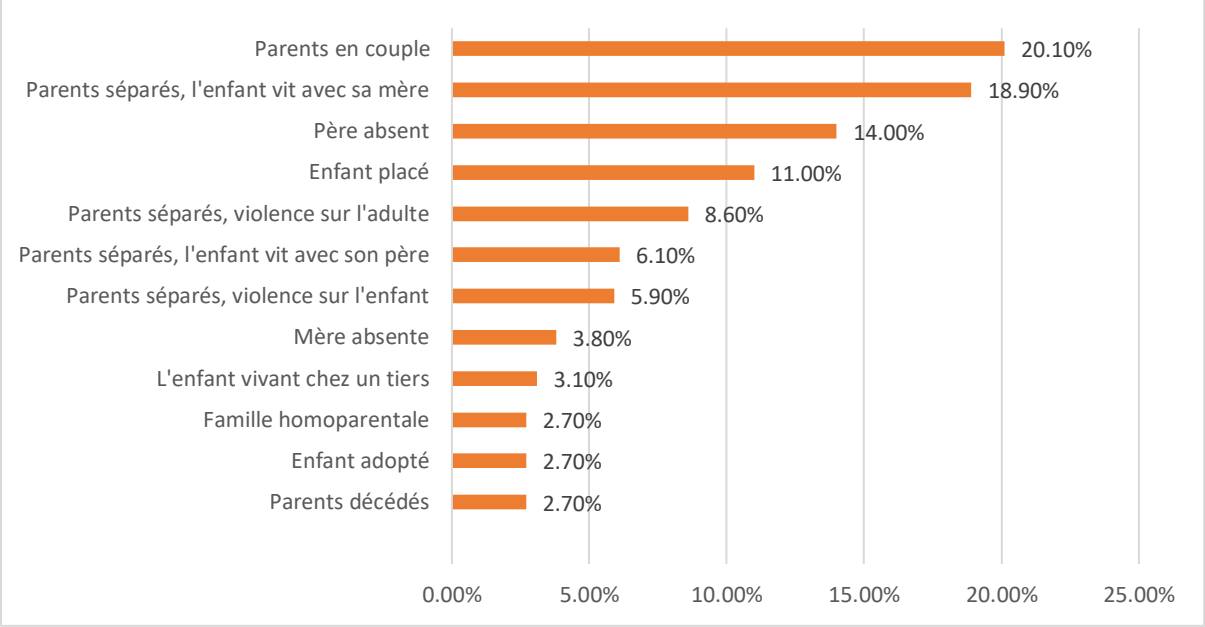


- *Dans le cas d'une consultation pour un garçon qui a des difficultés, quelle peut être la situation familiale ?*

Les principales situations familiales pour des garçons qui ont des difficultés sont des « parents en couple » avec 20,1% des réponses, les « parents sont séparés et l'enfant vivant avec sa mère » avec 18,9% des réponses et enfin « le père est absent » avec 14% des réponses. Ensuite, nous

retrouvons comme situation « enfant placé (famille d'accueil, foyer d'accueil) » (11%), « parents séparés avec violence sur l'un des adultes » (8,6%), « parents séparés, l'enfant vivant avec son père » (6,1%), « parents séparés avec de la violence sur l'enfant (5,9%), « la mère est absente » (3,8%), « l'enfant vivant chez un tiers » (3,1%), « famille homoparentale » (2,7%), « enfant adopté » (2,7%) et « parents décédés » (2,7%).

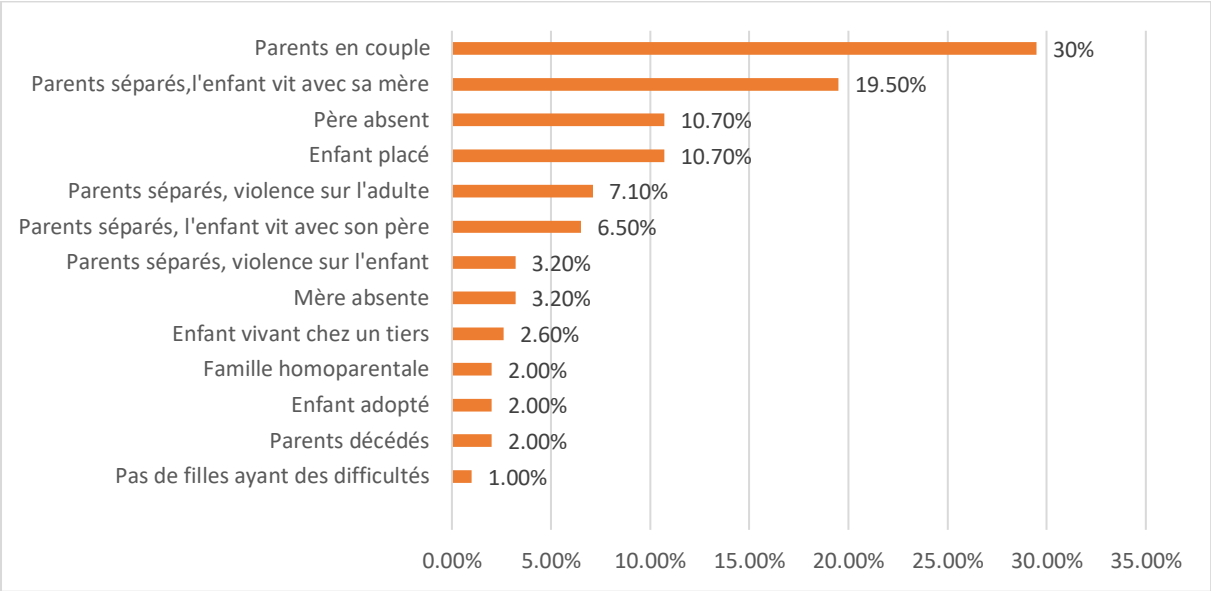
Diagramme en pourcentage des différentes situations familiales pour des garçons en difficultés :



- *Dans le cas d'une consultation pour un fille qui a des difficultés, quelle peut-être la situation familiale ?*

Concernant les filles, les principales situations familiales sont « parents en couple » avec 30% des réponses, « parents séparés, l'enfant vivant avec sa mère » avec 19,5% des réponses, « le père est absent » avec 10,7% des réponses et enfin « enfant placé (famille d'accueil, foyer d'accueil » avec 10,7% des réponses aussi. Ensuite, nous retrouvons « parents séparés avec violence sur l'un des adultes » (7,1%), « parents séparés, l'enfant vivant avec son père » (6,5%), « parents séparés avec de la violence sur l'enfant » (3,2%), « la mère est absente » (3,2%), « enfant vivant chez un tiers » (2,6%), « famille homoparentale » (2%), « enfant adopté » (2%), « parents décédés » (2%) et enfin « pas de filles ayant des difficultés » (1%).

Diagramme en pourcentage des différentes situations familiales pour des filles en difficultés :



3.1.2.2. Retours et mise en lien des résultats

Les psychomotriciens ayant répondu à ce sondage sont majoritairement des jeunes diplômés. Ils ont réalisé leurs études dans différentes écoles en France et en Suisse et occupent un emploi dans diverses régions. De plus, pour la plupart, ils occupent un poste depuis moins de 3 ans. Contrairement aux réponses des étudiants en psychomotricité, les trois principales structures sont différentes et sont du libéral, des institutions et enfin des centres thérapeutiques. La tranche d'âge majoritaire est celle des 0 – 12 ans. L'écart entre le nombre de garçons et de filles accueillis est légèrement moins important que celui rapporté par les étudiants en psychomotricité. Cette différence peut peut-être s'expliquer par des différences de structures, ou encore de zones géographiques.

Ici aussi, les motifs de consultations sont variés. Nous observons également des syndromes, symptômes, des signes cliniques et des pathologies. Dans des proportions différentes, la première cause de consultation pour les garçons et les filles est le trouble du spectre de l'autisme. Nous observons que pour les filles, les chiffres sont plus importants concernant les angoisses, l'inhibition et les troubles du schéma corporel et l'image du corps. À l'inverse, les chiffres les plus importants pour les garçons concernent l'instabilité, les troubles du comportement, les TDAH ainsi que les TDC. Nous pouvons observer que ces différents sont globalement en écho avec ceux que les étudiants en psychomotricité ont relevé.

Les trois principales situations familiales sont similaires, néanmoins avec des pourcentages différents pour les garçons et les filles. En effet, nous retrouvons dans l'ordre « parents en couple », « parents séparés, l'enfant vivant avec la mère » et enfin « le père est absent ». La question de la place du père semble importante au vu de ces réponses. Quelles répercussions cela peut-il avoir dans le développement d'un enfant ?

3.1.3. Des étudiants et professionnels paramédicaux[3] :

3.1.3.1. Réponses aux questions

- *Dans quelle formation réalisez-vous ou avez-vous réalisé vos études ?*

Les personnes ayant répondu à ce sondage sont principalement des étudiants ou professionnels en ergothérapie avec 48,6% des réponses. Ensuite, nous retrouvons des orthophonistes (27,1%), des masseurs-kinésithérapeute (11,4%), des psychologues (10%) et enfin des neuropsychologues (2,9%).

- *Dans quelle école et ville réalisez-vous ou avez-vous réalisé votre formation ?*

Les étudiants et professionnels qui ont répondu à mon sondage ont étudié ou étudient dans diverses écoles en France et en Belgique. La majorité viennent de Paris, de Toulouse ou encore de Bruxelles.

- *En quelle année de formation êtes-vous ?*

Pour cette question, 40,9% des personnes sont en 3ème année d'études, 28,4% sont diplômés et 12,5% sont en 5ème année d'études. Ensuite, 11,4% des personnes sont en 2ème année d'études et enfin 6,8% sont en 4ème année.

[3] Cf Annexe III p.XI

- *Dans quelle structure réalisez-vous ton stage/travail auprès des enfants ?*

La principale structure nommée par les étudiants et professionnels ayant répondu à mon sondage est le cabinet libéral avec 21,3% des réponses. Ensuite, nous retrouvons des IEM (14,5%), des services hospitaliers de pédopsychiatrie (12,2%), des HDJ (10,1%), des IME (9,2%), des SESSAD (8,9%), des CMP (7,5%), des CMPP (5,4%), des CAMSP (3,4%) et des centres d'accueils d'enfants autistes (2,9%). D'autres structures ont été relevé mais elles n'entrent pas dans les critères de ma recherche (4,6%).

- *Quelle est la tranche d'âge des enfants accueillis ?*

Une majorité d'enfants accueillis ont entre 3 et 16 ans soit 23%. Nous retrouvons ensuite la tranche d'âge 3 – 12 ans avec 15% et enfin la tranche d'âge 6 – 16 ans avec 13% aussi. Vient ensuite la tranche d'âge 0 – 6 ans avec 8,8%, la tranche d'âge 0 – 16 ans avec 7,8%, la tranche d'âge 0 – 12 ans avec 6,7% et en fin les 0 – 3 ans avec 5,4%. Les 20,3% restants sont des tranches d'âge au-delà de 16 ans.

- *Dans quelle région est située l'établissement de stage/travail ?*

Toutes les régions de France sont représentées ainsi que la Belgique. En majorité, les établissements sont situés en région d'Île-de-France avec 34,4% des réponses, l'Occitanie avec 15,9% des réponses, et les Pays de la Loire avec 10,2% des réponses. Ensuite, nous retrouvons la région de la Normandie (5,7%), les Hauts-de-France (4,5%), Bourgogne – Franche-Comté (4,5%), la Belgique (4,4%) avec le même pourcentage (3,4%) la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Outre-Mer, l'Auvergne – Rhône Alpes et le Grand Est. En minorité, nous avons le Centre Val de Loire (2,3%), la Bretagne (2,3%), la Nouvelle Aquitaine (1,1%) et la Corse (1,1%).

- *Sur une journée de stage/travail, combien voyez-vous de garçons et de filles ?*

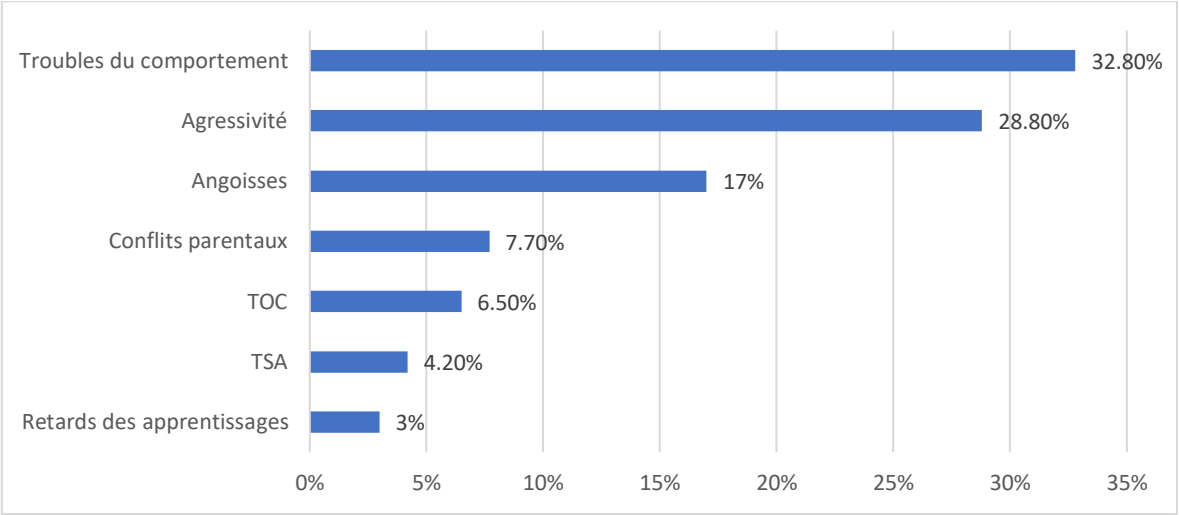
Pour les personnes travaillant dans le domaine de la psychologie, 60% des enfants reçus sont des garçons et 40% sont des filles. En ergothérapie, 70% sont des garçons et 30% sont des filles. Dans le domaine de la neuropsychologie, 80% sont des garçons et 20% sont des filles. En

kinésithérapie, 55% des enfants reçus sont des garçons et 45% sont des filles. Et enfin, en orthophonie, 65% sont des garçons et 35% sont des filles.

- *Quels peuvent être les motifs qui ont orienté un bilan et les éléments cliniques qui ont conduit à une prise en charge pour les garçons ?*

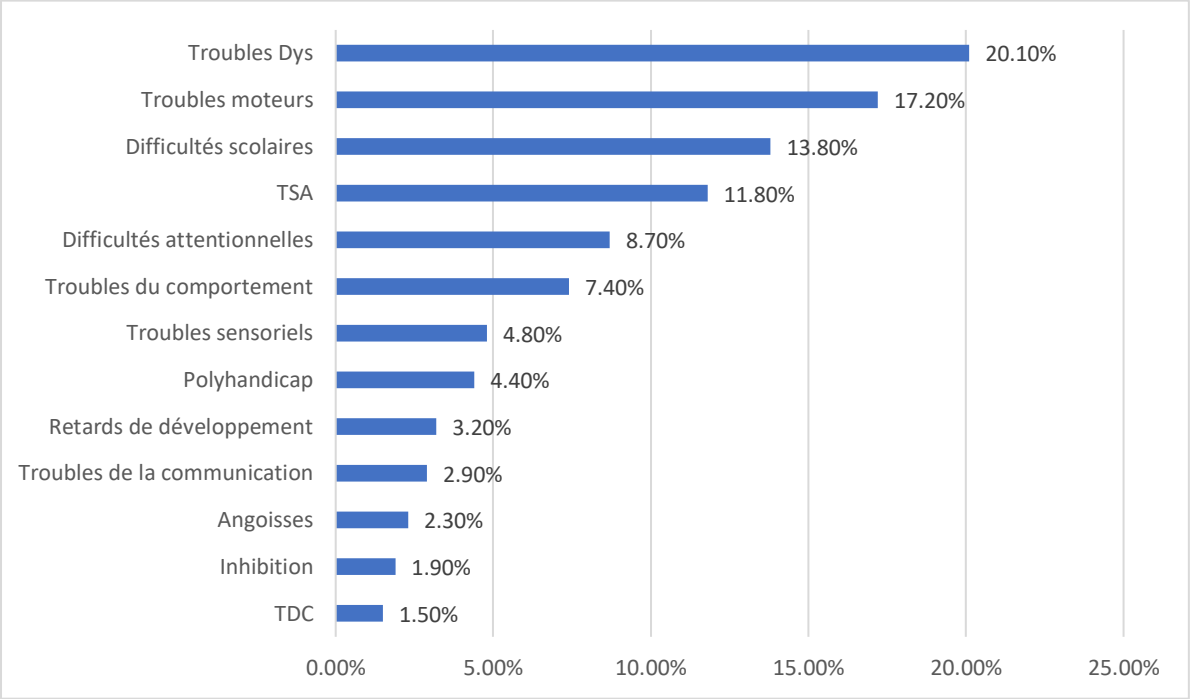
En psychologie, les difficultés principales qui conduisent à une prise en soin sont des troubles du comportement avec 32,8% des réponses, de l'agressivité avec 28,8% des réponses et des angoisses avec 17% des réponses. En minorité, nous retrouvons des conflits parentaux (7,7%), des troubles obsessionnels du comportement (6,5%), des TSA (4,2%) et des retards dans les apprentissages (3%).

Diagramme en pourcentage représentant les difficultés des garçons relevées en psychologie :



En ergothérapie, les principaux motifs qui entraînent une prise en soin sont des troubles DYS avec 20,1% des réponses, des troubles moteurs avec 17,2% des réponses et des difficultés scolaires pour 13,8% des garçons en difficulté. Ensuite, il y a des TSA (11,8%), des difficultés attentionnelles (8,7%), des troubles du comportement (7,4%), des troubles sensoriels (4,8%) et du polyhandicap (4,4%). En minorité, nous notons des retards de développement (3,2%), des troubles de la communication (2,9%), des angoisses (2,3%), de l'inhibition (1,9%) et des TDC (1,5%).

Diagramme en pourcentage représentant les difficultés des garçons relevées en ergothérapie :

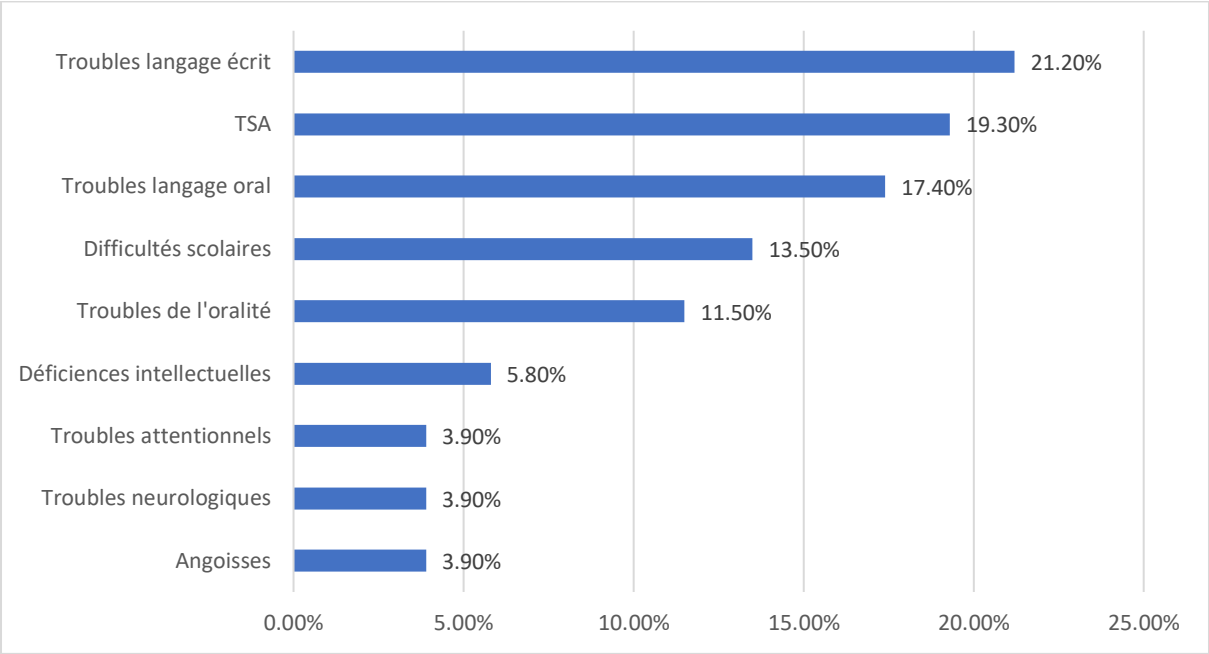


En neuropsychologie, les réponses n'étant pas suffisantes et donc ne seraient pas significatives, les résultats ne sont pas en pourcentage. Les garçons ayant des difficultés peuvent consulter pour des troubles des apprentissages, des troubles sensoriels, des TSA, des troubles DYS, des troubles du comportement ou encore des troubles attentionnels.

En kinésithérapie, les réponses n'étant pas suffisantes et donc ne seraient pas significatives, les résultats ne sont pas en pourcentage. Nous notons que les garçons en difficultés peuvent consulter en kinésithérapie pour des troubles moteurs, des bilans neuromoteurs, des plagiocéphalies ou encore des opérations chirurgicales.

En orthophonie, les principaux motifs qui conduisent à une prise en soin sont des troubles du langage écrit avec 21,2% des réponses, des TSA avec 19,3% des réponses et enfin des troubles du langage oral avec 17,4% des réponses. Après, nous observons des difficultés scolaires (13,5%), des troubles de l'oralité (11,5%), des déficiences intellectuelles (5,8%), des troubles de l'attention (3,9%), des troubles neurologiques (3,9%) et des angoisses (3,9%).

Diagramme en pourcentage représentant les difficultés des garçons relevées en orthophonie :

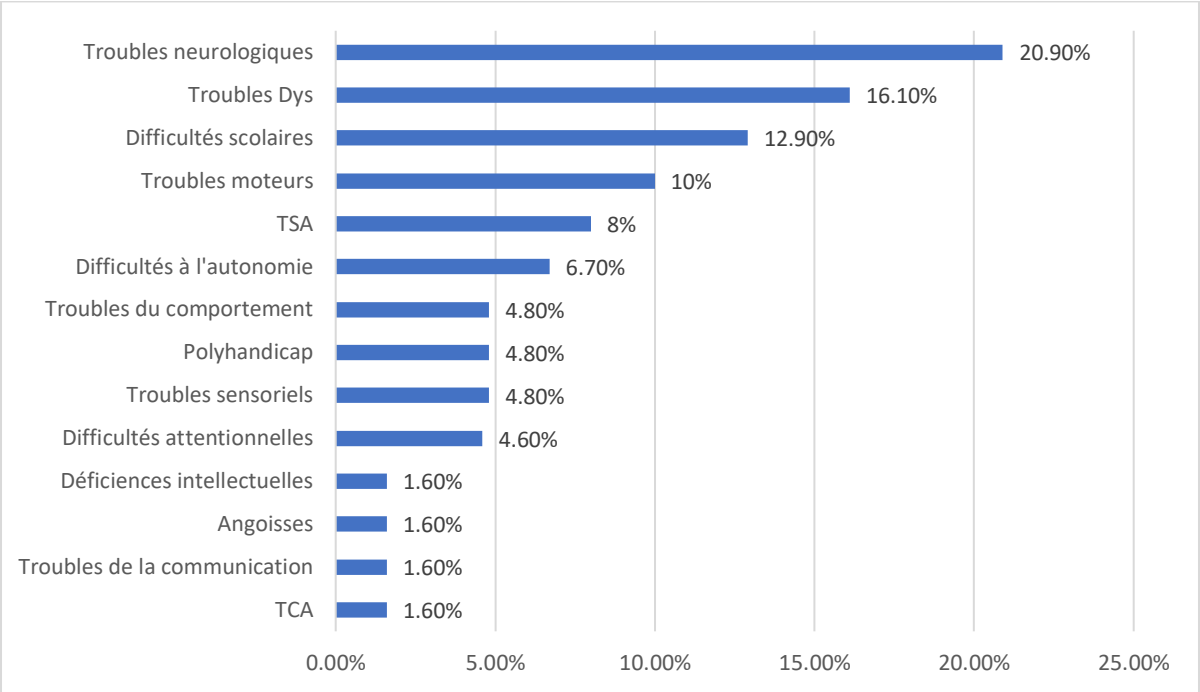


- *Quels peuvent être les motifs qui ont orienté un bilan et les éléments cliniques qui ont conduit à une prise en charge pour les filles ?*

En psychologie, les réponses n'étant pas suffisantes et donc ne seraient pas significatives, les résultats ne sont pas en pourcentage. Une prise en soin en psychologie est mise en place pour des filles pour des angoisses, des phobies scolaires ou sociales, des conflits parentaux, des abus sexuels, du harcèlement, de l'inhibition, des troubles des apprentissages ou encore des troubles du comportement.

En ergothérapie, d'abord il y a des troubles neurologiques avec 20,9% des réponses, des troubles DYS avec 16,1% des réponses et enfin des difficultés scolaires avec 12,9% des réponses. Après, nous observons des troubles moteurs (10%), des TSA (8%), des difficultés à l'autonomie (6,7%), des troubles du comportement (4,8%), du polyhandicap (4,8%), des troubles sensoriels (4,8%) et des difficultés attentionnelles (4,6%). En minorité, nous notons de la déficience intellectuelle (1,6%), des angoisses (1,6%), des troubles de la communication (1,6%) et des TCA (1,6%).

Diagramme en pourcentage représentant les difficultés des filles relevées en ergothérapie :

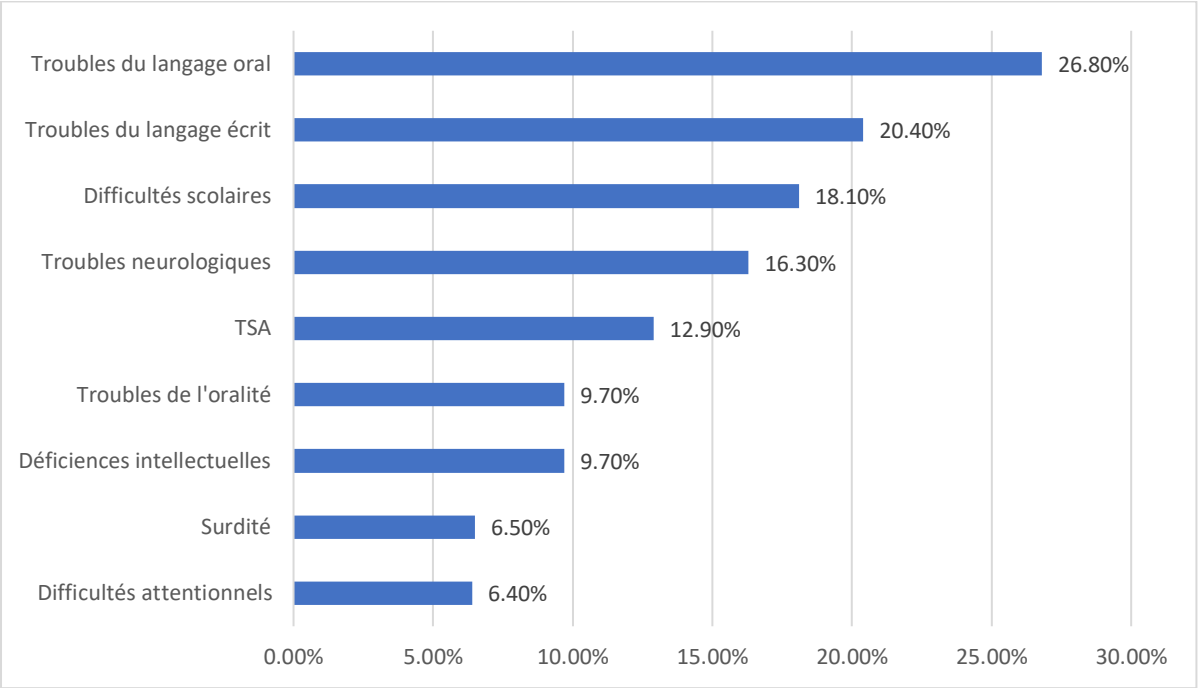


En neuropsychologie, les réponses n'étant pas suffisantes et donc ne seraient pas significatives, les résultats ne sont pas en pourcentage. Les filles en difficulté peuvent consulter pour des troubles des apprentissages, des troubles sensoriels, des TSA ou des difficultés attentionnelles.

En kinésithérapie, les réponses n'étant pas suffisantes et donc ne seraient pas significatives, les résultats ne sont pas en pourcentage. Nous notons que des filles en difficulté peuvent consulter pour des troubles moteurs, pour réaliser des bilans neuromoteurs, suite à des opérations chirurgicales, des maladies génétiques rares ou encore des plagiocéphalies.

En orthophonie, les principaux motifs qui amènent à une prise en charge pour des filles en difficulté sont des troubles du langage oral avec 26,8% des réponses, des troubles du langage écrit avec 20,4% des réponses et des difficultés scolaires avec 18,1% des réponses. Ensuite, nous observons des troubles neurologiques (16,3%), des TSA (12,9%), des troubles de l'oralité (9,7%), des déficiences intellectuelles (9,7%), de la surdité (6,5%) et des difficultés attentionnelles (6,4%).

Diagramme en pourcentage représentant les difficultés des filles relevées en orthophonie :



3.1.3.2. Retours et mise en lien des résultats

Les paramédicaux ayant répondu à ce sondage sont pour la majorité en ergothérapie. Mais, nous retrouvons aussi des personnes en orthophonie, en kinésithérapie, en psychologie ou encore en neuropsychologie. Ces personnes ont étudié ou étudient dans différentes écoles et sont en stage ou occupent un emploi dans diverses régions en France et en Belgique. Les trois structures les plus représentées sont les cabinets libéraux, les IEM et les services de pédopsychiatrie. De plus, la tranche d'âge représentée en plus grande majorité et les 3 – 16 ans. Pour les différentes professions, nous observons qu'il y a un écart plus ou moins important concernant l'accueil des garçons et des filles. Malgré tout, la présence des garçons prédomine.

Les motifs qui conduisent à un bilan ou une prise en soin pour les garçons sont différents d'une profession à une autre car le travail engagé n'est pas le même. Pour faire le lien avec les sondages précédents, nous retrouvons des points communs entre les consultations. Par exemple, en psychologie le motif principal est les troubles du comportement. Il est prédominant dans les réponses des étudiants en psychomotricité et les psychomotriciens. Pour les ergothérapeutes, certains motifs comme les troubles DYS, difficultés scolaires ou encore TSA sont aussi retrouvés dans les sondages précédents. Ensuite, en neuropsychologie et kinésithérapie, les

résultats ne sont pas suffisants mais les répondants ont indiqué que des garçons peuvent consulter pour des troubles des apprentissages et des troubles moteurs en majorité. Enfin, en orthophonie, les motifs principaux relevés sont des troubles du langage écrit qui appartiennent aux troubles des apprentissages ainsi que des TSA mentionnés en amont dans les sondages.

Pour les filles, en psychologie, neuropsychologie et kinésithérapie, les résultats ne sont pas suffisants pour être analysés. Néanmoins, les professionnels relèvent des éléments similaires aux sondages des psychomotriciens comme des angoisses, de l'inhibition, des troubles des apprentissages, des TSA ou encore des troubles moteurs. Pour les ergothérapeutes, les motifs principaux sont des troubles neurologiques, des troubles DYS ainsi que des difficultés scolaires. Et pour les orthophonistes, nous retrouvons des difficultés scolaires ainsi que des troubles du langage oral et écrit. Tous ces éléments se rapportent aux observations mentionnées par les étudiants en psychomotricité et les psychomotriciens.

3.1.4. Des enseignants en école primaire[4] :

3.1.4.1. Réponses aux questions

- *Depuis combien de temps êtes-vous diplômés ?*

À cette question, 24,7% sont diplômés entre 10 et 20 ans, 23,5% moins de 3 ans, 23,5% entre 3 ans et 10 ans, 16% entre 20 ans et 30 ans et 12,3% sont diplômés de plus de 30 ans.

- *À quel(s) niveau(x) enseignez-vous ?*

Les niveaux les plus représentés dans mon sondage sont les CP avec 28,4% des réponses, les CM1 avec 22,2% des réponses et les CM2 avec 21%. Ensuite, nous avons les CE1 (18,5%), les CE2 (17,3%), les grandes sections (12,3%), les petites et moyennes sections (9,9%) et les très petites sections (3,7%).

[4] Cf Annexe IV p.XVIII

- *Combien y a-t-il de garçons et de filles au sein de votre classe ?*

En additionnant tous les résultats des réponses des enseignants, nous avons 1748 enfants dont 875 garçons et 873 filles.

- *Dans votre classe, combien de garçons ont été maintenus à un même niveau deux années de suite ? Et de filles ?*

Sur les 1748 enfants étudiés, 52 enfants ont redoublé soit 3% des enfants. Sur ces 52 enfants, 32 sont des garçons (1,8%) et 20 sont des filles (1,2%).

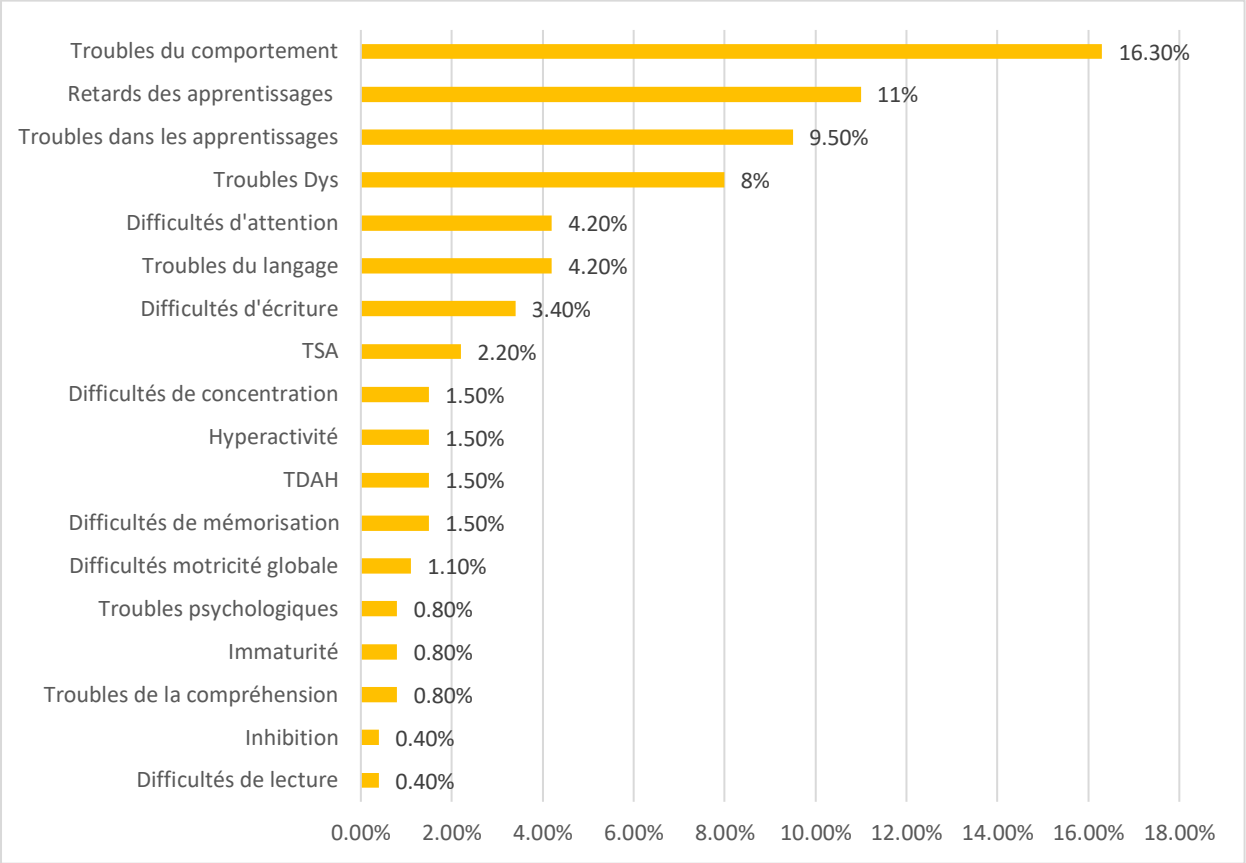
- *Combien de garçons et de filles ont des difficultés à l'école ?*

Pour cette question, 343 enfants ont des difficultés (19,6%) sur les 1748 étudiés, soit 220 garçons (12,6%) et 123 filles (7%).

- *Quelles peuvent être ces difficultés pour les garçons ?*

Les trois principales difficultés que relèvent les enseignants concernant les garçons sont des troubles du comportement avec 16,3% des réponses, des retards dans les apprentissages avec 11% des réponses et enfin des troubles des apprentissages avec 9,5% des réponses. Ensuite, nous avons des troubles DYS (8%), des difficultés d'attention (4,2%), des troubles du langage (4,2%), des difficultés d'écriture (3,4%), des TSA (2,2%), des difficultés de concentration (1,5%), de l'hyperactivité (1,5%) et des TDAH (1,5%). En minorité, nous retrouvons des difficultés de mémorisation (1,1%), des difficultés de motricité globale (1,1%), des troubles psychologiques (0,8%), de l'immaturité (0,8%), des troubles de compréhension (0,8%), de l'inhibition (0,4%) et des difficultés de lecture (0,4%).

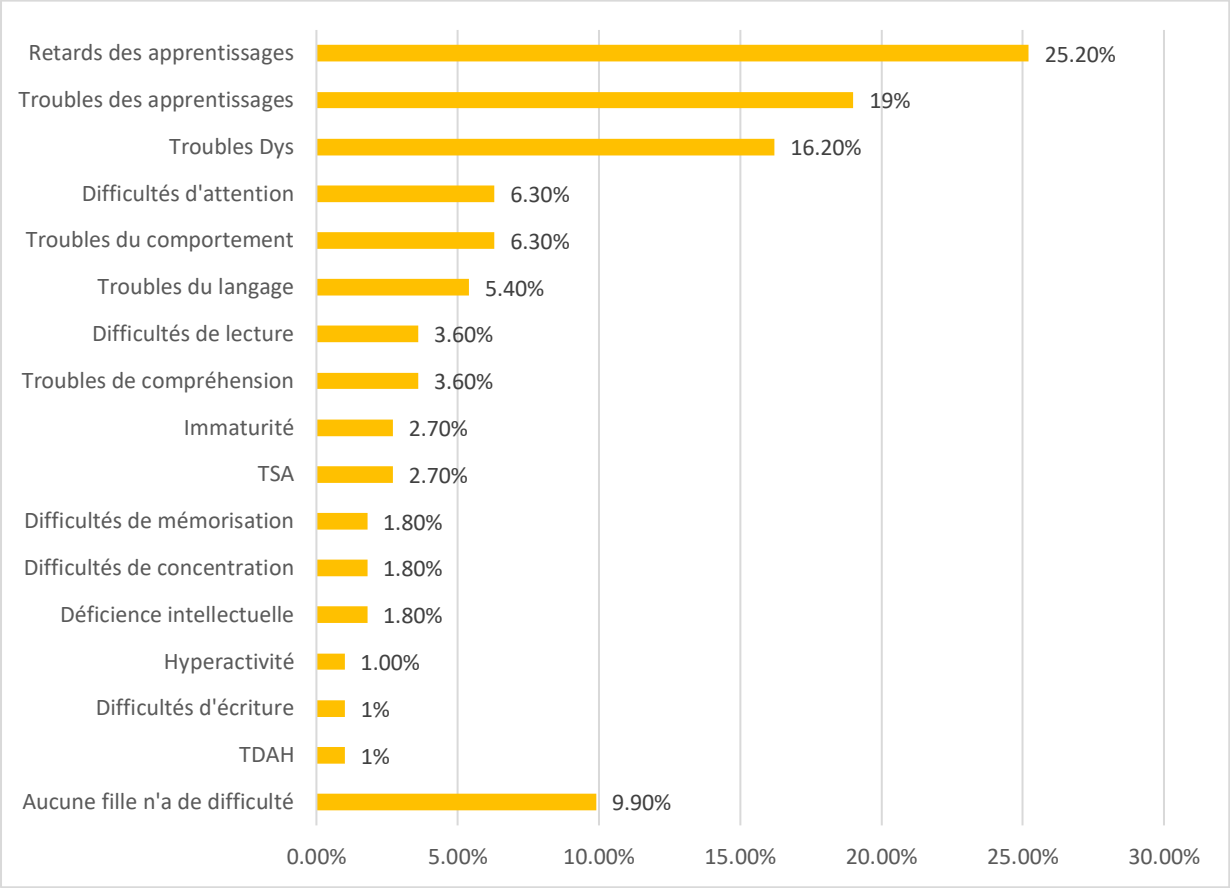
Diagramme en pourcentage représentant les difficultés pour les garçons mentionnés par les enseignants :



- *Quelles peuvent être ces difficultés pour les filles ?*

Concernant les filles, les trois principales difficultés notées par les enseignants sont des retards dans les apprentissages avec 25,2% des réponses, des troubles des apprentissages avec 19% des réponses et enfin des troubles DYS avec 16,2% des réponses. Après, nous avons des difficultés d'attention (6,3%), des troubles du comportement (6,3%), des troubles du langage (5,4%), des difficultés de lecture (3,6%) et des troubles de compréhension (3,6%). En minorité, nous retrouvons de l'immaturité (2,7%), des TSA (2,7%), des difficultés de mémorisation (1,8%), des difficultés de concentration (1,8%), de la déficience intellectuelle (1,8%), de l'hyperactivité (1%), des difficultés d'écriture (1%) et enfin des TDAH (1%). Nous relevons que 9,9% des enseignants attestent qu'aucune fille a des difficultés dans sa classe.

Diagramme en pourcentage représentant les difficultés pour les filles mentionnées par les enseignants :



- *Dans quel(s) établissement(s) de soins les enfants en difficultés sont pris en charge ?*

Pour cette question, une liste non exhaustive de structures de soins était proposée ainsi que des possibilités de prise en charge. Concernant le cabinet libéral, 44,8% des enfants en difficultés ont des prises en soin : 20,7% en orthophonie, 10% en psychologie, 8,4% en psychomotricité et 5,8% en ergothérapie.

Ensuite, pour les CMP, 18% des enfants en difficultés ont des prises en soin : 7,3% en psychologie, 3,8% en psychomotricité, 3,8% en orthophonie et 3% en ergothérapie.

Concernant les CMPP, 16,5% des enfants en difficultés ont des prises en soin dont 6,9% en psychologie, 4,6% en orthophonie, 3% en ergothérapie et 2% en psychomotricité.

Pour les services hospitaliers de pédopsychiatrie, 7,3% des enfants en difficulté ont des prises en soin : 4,2% en psychologie, 2,3% en ergothérapie et 0,8% en orthophonie.

Concernant les CATTP, 3% des enfants en difficulté ont des prises en charge dont 2% en ergothérapie, 0,4% en psychomotricité, 0,4% en orthophonie et 0,4% en psychologie.

Enfin, pour les CAPP, 2,3% des enfants en difficulté y sont accueillis : 2% en ergothérapie et 0,4% en orthophonie.

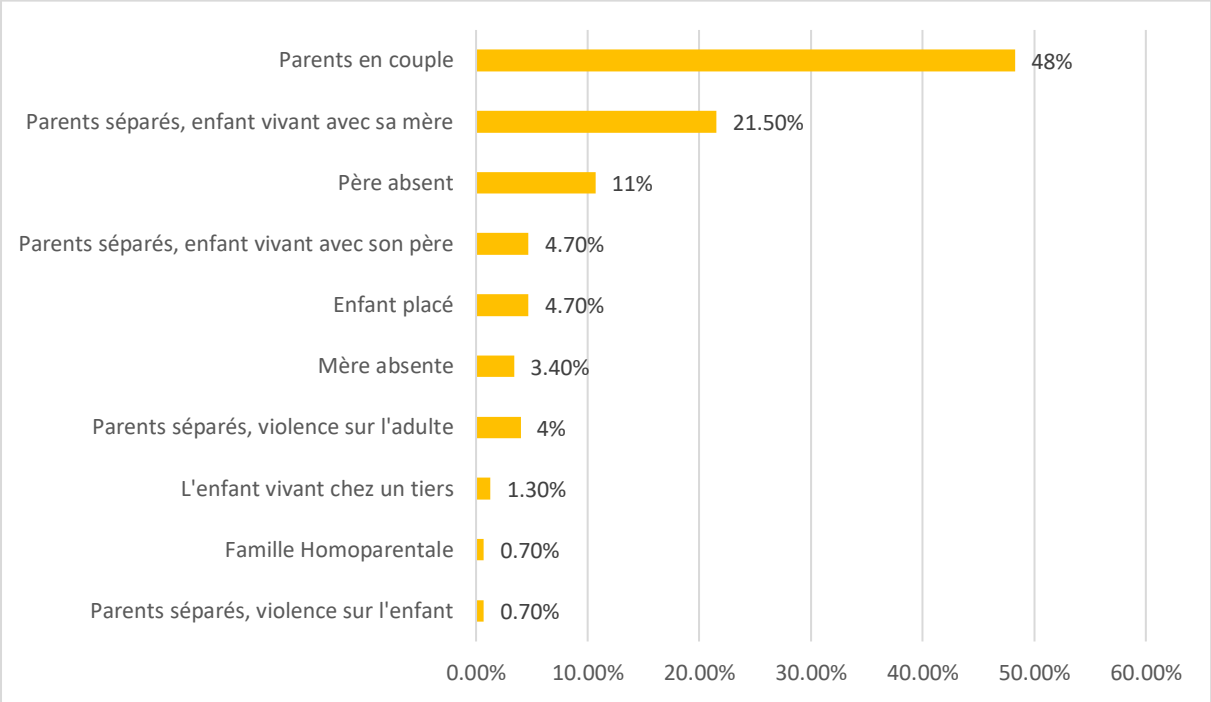
- *Si les enfants sont pris en charge dans une autre structure pas citée précédemment quelle est cette structure et avec quel(s) professionnel(s) ?*

Les enfants ayant des difficultés peuvent aussi avoir des prises en soin en orthoptiste en libéral, en centre de pédopsychiatrie avec des consultations auprès de médecin pédopsychiatre ou encore avec un psychologue scolaire.

- *Dans le cas de difficultés à l'école pour un garçons, quelle peut être la situation familiale ?*

Les trois principales situations familiales qu'un garçon en difficulté peut connaître sont « les parents sont en couple » avec 48,3% des réponses, « les parents sont séparés, l'enfant vivant avec sa mère » avec 21,5% des réponses et enfin « le père est absent » avec 10,7% des réponses. Ensuite, nous pouvons retrouver « les parents sont séparés, l'enfant vivant avec son père » (4,7%), « l'enfant est placé (famille d'accueil, foyer d'accueil) » (4,7%), « la mère est absente » (3,4%), « les parents sont séparés avec de la violence sur l'un des adultes » (4%). En minorité, nous relevons « l'enfant vivant chez un tiers » (1,3%), « famille homoparentale » (0,7%) et « les parents sont séparés avec de la violence sur l'enfant » (0,7%).

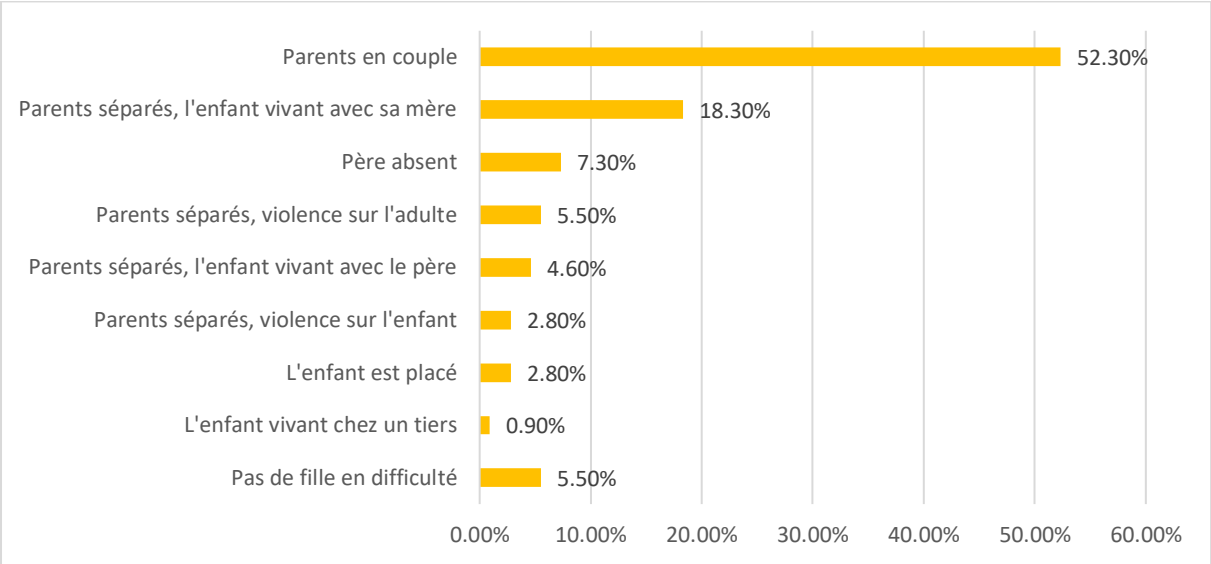
Diagramme en pourcentage des différentes situations familiales pour des garçons en difficultés :



- *Dans le cas de difficultés à l'école pour une filles, quelle peut être la situation familiale ?*

Concernant les filles, les trois principales situations familiales sont « parents en couple » avec 52,3% de réponses, « les parents sont séparés, l'enfant vivant avec sa mère » avec 18,3% des réponses et « le père est absent » avec 7,3% des réponses. Ensuite, nous relevons « les parents sont séparés avec de la violence sur l'un des adultes » (5,5%), « les parents sont séparés, l'enfant vivant avec son père » (4,6%), « les parents sont séparés avec de la violence sur l'enfant » (2,8%), « l'enfant est placé (famille d'accueil, foyer d'accueil) » (2,8%) et « l'enfant vivant chez un tiers » (0,9%). Nous notons que 5,5% des enseignants notent ne pas avoir de filles en difficulté.

Diagramme en pourcentage des différentes situations familiales pour des filles en difficultés :



- *Quels sont les motifs qui peuvent amener à discuter des difficultés d'un enfant à sa famille ?*

La principale raison qui conduit un enseignant à prendre rendez-vous avec les parents est un décalage ou retard dans les apprentissages avec des résultats insuffisants. Dans ces moments, certains vont proposer des aides à mettre en place ou des professionnels à consulter. D'autres situations peuvent déclencher un rendez-vous. Cela peut être un enfant qui a de difficultés à créer des relations avec ses pairs, des enfants qui perturbent la classe avec de la violence verbale ou physique. Cela peut également venir d'enfants faisant face à des difficultés de concentration. Enfin, les enseignants peuvent aussi faire part aux parents lorsqu'un enfant à une baisse de motivation, des difficultés psychologiques ou si une réorientation est nécessaire.

3.1.4.2. Retours et mise en lien des résultats

Les enseignants ayant répondu à ce sondage travaillent depuis plus ou moins longtemps en proportion presque égale. Tous les niveaux d'école primaire et maternelle sont représentés avec le niveau des CP en plus grand pourcentage. La proportion de garçons et de filles étudiée est égale avec seulement deux garçons supplémentaires sur l'échantillon total. Les résultats obtenus par la suite seront fondés sur une égale proportion des deux sexes. Sur les 1748 enfants étudiés, 52 ont redoublé avec une différence qui n'est pas significative entre les garçons et les filles.

Que pouvons-nous déduire de ce résultat ? Est-il en lien avec les réponses aux sondages précédents ? Concernant les difficultés des enfants, nous observons une différence significative. Il y a plus de garçons que de filles qui ont des difficultés sur cet échantillon. Pouvons-nous faire une généralité de cette différence à l'échelle de la France ?

Les difficultés rapportées par les enseignants pour les garçons sont principalement des troubles du comportement et un retard ou trouble dans les apprentissages. Cependant, ces éléments ne conduisent pas nécessairement à des suivis médicaux. Les TSA se retrouvent en petite proportion dans les retours des enseignants. Nous pouvons supposer que ces enfants porteurs de ce trouble ont un parcours scolaire différent et spécialisé.

Pour les filles, nous observons que les principales difficultés sont les mêmes que pour les garçons mais avec des pourcentages différents. Également, les TSA sont peu présents et certainement pour les mêmes raisons que pour les garçons. Aussi, il est important de notifier que de nombreux enseignants n'ont identifié aucune fille en difficulté dans leur classe. Ceci ne se retrouve pas pour les garçons.

Lorsqu'un enfant a des difficultés, il est principalement suivi en cabinet libéral ou CMPP. Les prises en charge sont variées avec des consultations importantes en orthophonie, psychologie ou encore psychomotricité. Nous pouvons voir dans les réponses des enseignants que tout un réseau de professionnels peut être mobilisé pour accompagner des enfants ayant des difficultés.

Les principales situations familiales de garçons et de filles ayant des difficultés sont identiques à celles répondues par les psychomotriciens concernant leurs patients. Nous observons une fois de plus que la place du père au sein de la sphère familiale est non négligeable. Pouvons-nous faire un lien entre les difficultés d'un enfant et l'absence du père ?

3.2. OBSERVATIONS LORS DE MON STAGE EN ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE

3.2.1. Organisation du temps à l'école :

En amont, en fonction des activités que je souhaitais observer, je m'étais organisée avec les maîtresses. Au vu de mon sujet, j'ai concentré mes observations sur les enfants scolarisés du CP au CM2, là où les apprentissages sont le plus important. Je n'ai donc passé qu'une demi-

matinée dans la classe des maternelles. Le reste du temps j'étais soit dans la classe des CP/CE1, soit dans la classe des plus grands. Je passais de classe en classe en fonction des activités qui étaient proposées au cours de la journée. Le premier jour, en discutant avec les maîtresses, nous convenons que je devais « deviner » les enfants qui présentaient des difficultés. Cela devait me permettre de voir si mes observations étaient assez fines et comment celles-ci se manifestaient.

J'ai passé ma première matinée dans la classe des CP/CE1. Une de mes premières observations a été de voir que, quand la maîtresse a posé une question aux huit CE1, seules les cinq filles ont levé la main pour y répondre. En en discutant avec la maîtresse, elle m'a confirmé que cette situation est la plus fréquente. Dans cette même classe, j'ai constaté que quatre enfants de CP et CE1 écrivaient certains chiffres et certaines lettres à l'envers. Cela m'a beaucoup questionnée et en faisant des recherches je me suis aperçue que ça pouvait être un défaut de maturation neurologique. (De Lièvre et al, 2011, p. 108). À partir du CE2, cette écriture doit normalement disparaître.

Durant la récréation, j'ai observé dans la cour des grands que certains garçons jouaient au foot tandis que d'autres jouaient au basket. Les filles quant à elles jouaient au loup ou discutaient. Nous observons qu'avant le CP, les garçons et les filles jouent plus facilement ensemble à divers jeux. À partir du CP, les enfants ont des centres d'intérêts qui diffèrent et vont donc avoir moins de jeux en commun. Néanmoins, ils peuvent se mélanger et il n'y a pas de conflits. J'ai noté qu'aucun enfant ne se retrouve seul. Justement, les maîtresses m'ont dit veiller à cela.

Lorsque des enfants sont en désaccord, la façon dont ils veulent régler le problème est différente. En effet, les filles peuvent dans ces moments avoir des mots forts et parfois méchants tandis que les garçons peuvent se bagarrer. Les filles sont davantage dans la communication verbale et dans l'élaboration tandis que les garçons semblent être dans le corporel. Si le problème n'est pas réglé, les enfants se dirigent vers les maîtresses pour expliquer la situation. Elles ont mis un code en place qui se nomme « *message clair* ». Elles imposent aux enfants de s'expliquer avec des mots simples et ensuite présenter des excuses pour que le désaccord se règle.

Concernant la tenue du crayon, j'ai été très étonnée de mes observations. En effet, sur les 40 enfants du primaire seulement 12 ont une tenue correcte (sept filles et cinq garçons). Il y a donc 14 filles et 14 garçons qui ne tiennent pas correctement leur crayon. J'ai pu observer des prises

à trois ou quatre doigts ou des enfants qui tiennent leur crayon plus ou moins loin de la mine. Malgré une prise atypique de leur crayon, certains enfants n'ont pas de difficulté dans la fluidité de l'écriture et dans les apprentissages. Pour d'autres, la tenue incorrecte du crayon les empêche de pouvoir écrire vite et engendre des tensions dans le poignet et dans le bras. Cela a aussi des conséquences sur leurs apprentissages notamment lors des exercices d'écriture.

Concernant l'organisation du casier, j'ai observé que 14 enfants (cinq filles et neuf garçons) ont un casier qui est désorganisé avec des feuilles non classées. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les casiers en désordre impliquent possiblement des difficultés d'organisation psychique et donc des difficultés dans les apprentissages. D'autres hypothèses pourraient être faites comme, un manque d'intérêt de l'enfant pour correctement organiser son casier ou encore des difficultés de planification.

3.2.2. Réalisation de quatre bilans :

Le deuxième jour en accord avec les maîtresses, nous avons décidé que je pourrais faire passer quelques tests psychomoteurs à quatre enfants. Ces derniers ont été choisi en fonction de leurs difficultés d'un point de vue des apprentissages ou du comportement. J'ai reçu les quatre enfants dans une petite salle de l'école où nous ne pouvions pas être dérangés. Pour des raisons de confidentialité, les prénoms des enfants ont été changés.

Lors de ces rencontres, je commençais par discuter avec eux pour apprendre à les connaître et découvrir leurs centres d'intérêts. Ensuite, je faisais passer le test du dessin du bonhomme de F. Goodenough (1926) et l'entretien sur les représentations corporelles de Moyano[5] (2011). Pour le dernier enfant, je lui ai fait passer en plus l'épreuve d'évaluation rapide de l'écriture (BHK-F) de Charles, Soppelsa et Albaret (2004).

L'épreuve du dessin du bonhomme de Goodenough permet d'observer comment l'enfant investit la trace, se perçoit et représente son corps. Il permet aussi de découvrir comment ils peuvent nommer leur bonhomme et quelle histoire ils peuvent créer autour de celui-ci.

[5] Cf Annexe V p.XXIV

Pour le test sur les représentations corporelles de Moyano, je souhaitais savoir si les enfants ont de bonnes connaissances sur les fonctionnalités de leur corps.

Enfin, j'ai fait passer le test du BHK au dernier enfant car la maîtresse m'a fait part de ses grandes difficultés en écriture. L'objectif était de découvrir si ses difficultés en écriture pouvaient être en lien avec sa situation familiale. Je voulais aussi indiquer à la maitresse s'il était nécessaire qu'elle informe les parents pour qu'ils fassent des démarches auprès d'un médecin.

3.2.2.1. Antoine

Le premier enfant s'appelle Antoine, il a 8 ans et est en CE2. Antoine est un enfant de taille et de corpulence normale. Il est brun et a les traits du visage fins. Il me donne l'impression d'un enfant discret qui n'a pas envie de prendre trop de place dans son environnement. Sa maîtresse me décrit un enfant en décrochage scolaire. Cet enfant n'est pas venu à l'école entre mars et juin 2020 suite à la pandémie de Covid-19. Depuis la rentrée, il peut exprimer qu'il ne sait pas pourquoi il vient à l'école. Il peut avoir des difficultés de compréhension et notamment en mathématiques. Les maîtresses ont décidé avec son accord, qu'il irait travailler les mathématiques avec les CE1 pour lui redonner confiance et renforcer ses acquis. Il peut dire qu'il se sent plus à l'aise. Concernant son comportement, la maîtresse relève qu'il est souvent dans la lune pendant les activités, bouge énormément sur sa chaise. La thymie semble souvent être basse.

Pendant l'entretien, Antoine me dit qu'il a un grand frère de 11 ans et deux grandes sœurs qui ont quitté le domicile familial. Il ne les voit pas beaucoup et cela lui fait de la peine. Chez lui, il aime jouer aux jeux de société et jouer à la console. Il peut jouer seul ou avec son frère. Antoine peut me dire que ce qu'il aime le plus à l'école sont les mathématiques (matière où il a le plus de difficultés) et les dictées. Pour ce qu'il aime le moins, il se souvient d'un évènement qui s'est passé l'année antérieure lorsque les autres garçons de son âge ne lui passaient pas le ballon au football.

À l'épreuve du dessin du bonhomme, Antoine a mis 3 minutes et 28 secondes. La tenue du crayon est de manière tridigitale. Il obtient un score de 17 points ce qui correspond à une représentation d'un enfant de 6 ans et 9 mois. Son dessin est en-dessous des capacités attendues

pour son âge. Il peut dire que son bonhomme s'appelle Henri, qu'il a 20 ans et qu'il est vendeur de glaces. Il a réalisé un bonhomme de taille normale (8,5 cm) au centre de la feuille. Il a utilisé trois couleurs différentes : vert, bleu et beige. À l'origine sur le visage, il avait représenté les yeux, le nez et la bouche mais il a ensuite colorié le visage de la même couleur. Nous voyons donc une tête sans ces éléments. Le corps de son bonhomme a une forme d'ovale, les parties des ceintures scapulaire et pelvienne ne sont pas clairement définies sur son tracé.

Figure 1 : Dessin du bonhomme réalisé par Antoine, 8 ans



À l'entretien des représentations corporelles de Moyano, Antoine a de bonnes représentations des fonctionnalités de son corps pour son âge. Il peut dire que les parties du corps que nous ne voyons pas sont les os, les veines et le sang et que celles que nous pouvons voir sont le nez, la bouche, les yeux, les pieds, les mains, les bras et la tête. Que les parties du corps qui peuvent se plier sont les coudes, les bras, les jambes, les chevilles et la tête. Il peut répondre que nous pouvons courir, marcher, faire du vélo ou encore faire du sport avec son corps. Antoine me dit que les parties du corps qu'il aime sont les poignets car il peut les bouger dans tous les sens. Il n'a aucune partie qu'il n'aime pas dans son corps. Enfin, il peut situer la pensée dans la tête.

Durant cet entretien, j'ai trouvé Antoine replié sur lui-même. Il n'a manifesté aucune émotion. Sa voix était de faible intensité et il semblait hypotonique. Malgré cela, je n'ai pas trouvé un

enfant déprimé. Dans la cour de récréation, il s'amuse et rigole avec ses copains. Suite au résultat du dessin du bonhomme, nous pouvons nous demander comment Antoine se perçoit et quelle image il a de lui. Son estime de lui semble faible. Le confinement et l'absence d'école pendant quatre mois ont peut-être eu des conséquences sur sa motivation et son intérêt de l'école.

3.2.2.2. Emy

Le deuxième enfant que je reçois s'appelle Emy. C'est une petite fille de 8 ans scolarisée en CE2. Emy est de taille et de corpulence normale pour son âge. Elle est brune avec des lunettes et a souvent les cheveux attachés. Lorsque la maîtresse me décrit cette enfant, le premier mot qui lui vient c'est « *bizarre* ». Elle me fait un portrait d'une jeune fille qui a de très bonnes capacités dans les apprentissages mais qui a souvent des moments d'absence. Dans ces moments, la maîtresse a l'impression que Emy a des pulsions : elle se tord sur sa chaise, a très chaud et n'est plus attentive à son environnement. Elle m'explique qu'elle a ces comportements depuis qu'elle est toute petite. De plus, elle peut décrire une jeune fille qui n'exprime pas d'émotion particulière sur son visage.

Durant l'entretien, Emy me dit qu'elle a une grande sœur de 13 ans avec qui elle s'entend bien et peut faire des jeux. À la maison, elle aime bien dessiner, jouer avec des figurines et faire des jeux de société. À l'école, elle aime toutes les matières.

À l'épreuve du dessin du bonhomme, Emy met 4 minutes et 12 secondes et obtient un score de 23 points ce qui correspond à la réalisation d'un enfant de 8 ans et 3 mois. Ce résultat coïncide avec ce qui est attendu pour son âge. La prise du crayon est correcte. Son dessin est légèrement petit (6,2 cm) et est au centre de la feuille. Emy a utilisé différentes couleurs pour réaliser son bonhomme. Elle peut me dire à la suite de sa représentation que c'est un adulte qui irait dans le jardin pour arroser les plantes. Elle ne peut pas donner un prénom à son bonhomme.

Figure 2 : Dessin du bonhomme réalisé par Emy, 8 ans



À l'épreuve des représentations corporelles de Moyano, Emy a de bonnes connaissances sur les fonctionnalités de son corps. Elle peut me dire que les parties du corps que nous ne voyons pas sont les os, les articulations, les muscles et celles qu'on peut voir sont les bras, les jambes, la tête, les genoux, les poignets… À la question, quelles sont les parties du corps qui bougent, elle me répond les articulations. Elle dit qu'avec son corps nous pouvons faire pleins de choses comme préparer à manger, marcher, courir, sauter et nager. Elle ne sait pas ce qui est fragile dans le corps. Cependant, elle peut me dire que les os sont solides car ils permettent au corps de tenir. Elle peut me dire qu'elle n'aime rien dans son corps et ne sait pas ce qu'elle aime. Pour Emy, la pensée se situe dans la tête.

Pour conclure, j'ai noté qu'Emy était une jeune fille qui semblait ne pas avoir confiance en elle. Il me semble aussi qu'elle a des capacités cognitives tout à fait normales pour son âge. Pour l'avoir observée en récréation, c'est une jeune fille qui a des amis et qui peut rire avec eux. Nous pouvons nous demander pour quelles raisons les comportements décrits par la maîtresse peuvent apparaître ou disparaitre au cours du temps. Même si cela n'a pas d'impacts sur les apprentissages, ces comportements peuvent avoir des conséquences sur son image du corps.

3.2.2.3. Timéo

Timéo est le troisième enfant que je reçois pour passer quelques tests. Il a 8 ans et il est scolarisé en CE2. Timéo est un enfant de taille et de corpulence normale. Il est brun et porte des lunettes.

La maîtresse me décrit un enfant qui s'agite beaucoup avec une attention et une concentration limitées. Pour faire en sorte qu'il se comporte mieux au sein du groupe, elle l'a placé tout devant en classe afin de limiter les stimuli environnants et favoriser sa concentration. Elle peut aussi me dire que c'est un enfant drôle et joyeux mais qui est parfois lent à se mettre au travail. Il n'a cependant pas de difficulté dans les apprentissages.

Lors de l'entretien, Timéo me dit qu'il a une petite sœur qui est en CP et un petit frère. Ses parents sont séparés et il me dit qu'il y a eu des disputes entre ses parents, et qu'encore aujourd'hui la communication est difficile entre eux. À la maison, il aime jouer aux cartes Pokémon et à la console mais il peut y jouer que quand il a été gentil. Timéo n'aime pas trop venir à l'école et la matière qu'il apprécie le moins est le français ainsi que les devoirs à faire à la maison. En effet, il m'explique que sa mère lui met une importante pression sur la réalisation de ses leçons. Elle peut lui interdire le repas du soir s'ils ne sont pas faits correctement. Il me dit aussi qu'il est pressé d'aller au collège pour pouvoir échanger davantage de cartes Pokémon.

À l'épreuve du dessin du bonhomme, Timéo obtient un score de 27 points ce qui correspond à une réalisation d'un enfant de 9 ans et trois mois. Il a mis 4 minutes et 40 secondes pour le réaliser. Son bonhomme est de petite taille (3 cm) et au centre de la feuille. Il a utilisé différentes couleurs. Il peut à la fin me dire que son bonhomme s'appelle Tom, qu'il a 10 ans et que dans la vie il dessine et écrit.

Figure 3 : Dessin du bonhomme réalisé par Timéo, 8 ans



À l'épreuve des représentations corporelles de Moyano, Timéo est très précis dans ses réponses. Il peut me dire que les parties du corps que nous ne pouvons pas voir sont les os, les veines que nous pouvons voir mais pas souvent, les boules des genoux, le cerveau et le crâne. À l'inverse, il peut me dire que nous pouvons voir les yeux, les mains, les pieds quand on est en été, le cou, les jambes et le ventre. Pour les parties du corps qui bougent, il me cite les orteils, les doigts, les coudes, les mains, les genoux et la tête. Selon lui, avec le corps nous pouvons prendre des affaires, dessiner et pleins de « *trucs génial* ». Concernant les parties fragiles dans le corps, il relève les oreilles car quand « *on les plie et les tire ça peut faire mal* », le crâne « *quand on est un bébé car il y a un petit trou* » et les doigts « *quand on les craque* ». Pour les parties solides, il me dit les os, les muscles, le crâne et le cerveau. Les parties de son corps qu'il apprécie sont le cerveau car « *on peut réfléchir pour les mathématiques* », les pieds car « *on peut marcher* » et le ventre car « *il est accroché aux pieds et aux mains* ». Ce qu'il apprécie le moins sont ses cheveux car lorsqu'il va chez la coiffeuse il en a pleins dans la bouche. Enfin, pour lui la pensée est située dans le cerveau et c'est elle qui nous fait réfléchir. Au vu de ses réponses, nous pouvons conclure que Timéo a de très bonnes connaissances des fonctionnalités de son corps.

Pour conclure, j'ai observé que pendant l'entretien Timéo avait des réactions de prestance. Il pouvait se frotter les cuisses comme s'il était mal à l'aise et qu'il ne me regardait pas dans les yeux. Il ne s'est pas agité et est resté correctement assis sur sa chaise. Timéo a des capacités cognitives dans la moyenne pour son âge. Nous pouvons nous questionner sur l'origine du comportement de Timéo décrit par la maîtresse. Est-ce que les jeux vidéo peuvent influencer les difficultés de concentration et d'attention ?

3.2.2.4. Mathias

Mathias est le dernier enfant auquel j'ai fait passer des épreuves. Il a 9 ans et est scolarisé en classe de CM1. Il est arrivé cette année dans l'école et l'intégration avec les autres enfants s'est bien passée. Mathias est un jeune garçon de taille et de corpulence normale. Il est brun, il a les cheveux rasés sur le côté et ceux au milieu sont plus long, ce qui lui permet de se les attacher. En classe, la maîtresse me décrit un enfant qui a de grandes difficultés pour l'écriture ce qui a des conséquences dans les apprentissages notamment en français et pour la lecture. La maîtresse me raconte que Mathias vit avec sa mère et son frère. Son père est en prison mais les deux enfants ne le savent pas. En effet, pour des raisons personnelles, la mère a expliqué à la directrice qu'ils ne souhaitaient pas informer leurs enfants de cet évènement. En novembre

2020, les enfants ont été voir leur père et lui ont dit au revoir en pensant qu'il allait subir une importante opération qui allait l'immobiliser pendant quelques mois. Ce secret a possiblement de grandes répercussions sur les apprentissages des enfants car le frère de Mathias scolarisé en CE1 a d'importantes difficultés de lecture et d'attention. Il ne connaît pas le son des lettres ou les inverse.

Lors de notre échange, Mathias n'évoque pas ses parents. Il me précise juste que son frère est en CE1 dans la même école que lui. Il me dit qu'il aime un peu l'école. Il adore beaucoup les récréations car il peut rigoler. Il apprécie aussi écrire et apprendre des « *choses* » à son frère. Ce qu'il aime le moins c'est lire car il n'arrive pas à se repérer avec les syllabes et les dictées. Plus tard, il aimerait devenir mécanicien ou menuisier.

À l'épreuve du dessin du bonhomme, Mathias obtient un score de 22 points ce qui le situe à ce qui est attendu pour un enfant de son âge. Il a mis 6 minutes et 16 secondes pour le réaliser. La tenue du crayon est en prise digitale et cela engendre des tensions dans sa main, qu'il peut verbaliser. Son bonhomme est réalisé sur la partie supérieure de la feuille et il a utilisé plusieurs couleurs. Il mesure 6,8 cm. Il nomme son bonhomme « *monsieur à la calvitie* », il a 41 ans et travaille dans l'armée.

Figure 4 : Dessin du bonhomme réalisé par Mathias, 9 ans

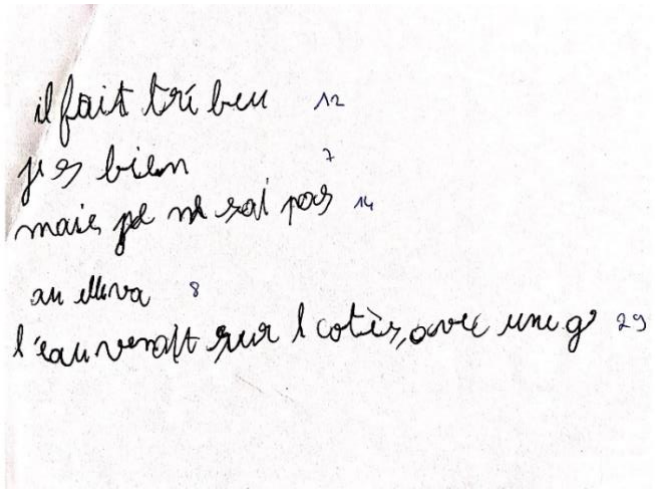


À l'épreuve des représentations corporelles de Moyano, Mathias peut répondre que nous ne voyons pas le cœur, les poumons, les ossements, l'estomac, le cerveau et la vessie. Il peut ensuite dire que les parties qui sont visibles sont les yeux, la bouche, le nez, les cheveux, les mains, les doigts, les orteils et les pieds. Il peut me citer les bras, la bouche, les cheveux, les

jambes et la langue comme parties du corps qui peuvent se plier. Pour lui, avec son corps nous pouvons écrire, lire, prendre des choses, regarder, sentir et toucher. Mathias peut dire que les parties du corps les plus fragiles sont les doigts car « *on peut vite se les casser* », les bras car « *on peut les mettre dans de mauvaises positions* », la nuque qui est très sensible et les yeux si « *on les touche cela fait mal* ». Les parties qui sont solides sont la tête, le crâne, les jambes et les pieds qui peuvent « *porter des choses lourdes* ». Il ne sait pas ce qu'il aime dans son corps et il n'y a aucune partie qu'il n'apprécie pas. Et pour la dernière question, il me dit que la pensée est située dans le cerveau.

À l'épreuve d'évaluation rapide de l'écriture (BHK-F), Mathias obtient un score total de 35 ce qui correspond à -7 écart-type pour la qualité de l'écriture, ce qui situe son score en zone pathologique. Lors de la passation, il semble perdu entre les allers et retours qu'il fait entre sa copie et le texte. Il prend du temps pour replacer ses yeux. Je remarque qu'il a même oublié une phrase, il ne va pas s'en apercevoir. Nous pouvons observer aussi qu'il va omettre des lettres à l'intérieur des mots et qu'il ne fait pas les majuscules. L'écriture est un exercice très difficile pour lui et il peut le verbaliser. Nous pouvons nous questionner sur une possible dysgraphie.
Concernant la vitesse de l'écriture, Mathias a écrit 70 mots en cinq minutes. Il obtient un score de -2,1 écart-type ce qui situe son score en zone pathologique. Normalement, un enfant en classe de CM1 peut écrire en moyenne 213 mots.

Figure 5 : Épreuve du BHK-F réalisé par Mathias, 9 ans



Pour conclure, Mathias est un enfant qui a de grandes difficultés dans les apprentissages notamment en écriture et en lecture. Il en a conscience et peut l'exprimer. Nous pouvons faire une hypothèse entre sa situation familiale et ses difficultés dans les apprentissages. Est-ce que Mathias est disponible psychiquement pour s'investir dans les apprentissages ? Nous pouvons imaginer que les enfants peuvent s'apercevoir, peut-être inconsciemment, qu'il y a un secret dans la famille et qu'ils ne peuvent pas s'impliquer à l'école.

3.2.3. Conclusion de mon stage en école élémentaire :

J'ai réalisé mon stage en décembre 2020 juste avant les vacances scolaires. J'ai observé des enfants qui étaient agités et certainement moins impliqués dans les apprentissages à l'approche des fêtes de Noël. J'ai noté que le port du masque a aussi eu des impacts dans mes observations notamment pour percevoir les émotions des enfants. Concernant le masque aussi, je me suis aperçue qu'il a peut-être des conséquences sur la concentration des enfants pendant les apprentissages et qu'il peut bouleverser leurs repères. La Covid-19 a aussi des répercussions sur les enfants. Les maîtresses pensent qu'ils sont plus anxieux.

Suite à stage, nous pouvons nous questionner si les observations seraient les mêmes dans une école urbaine. En effet, les différents territoires en France n'ont pas accès aux mêmes ressources pour l'éducation des enfants. En fonction du niveau social des parents et de la zone géographique, le niveau scolaire des enfants peut varier. En discutant avec les maitresses de cette école, elles m'ont fait part du niveau globalement faible des élèves par rapport à d'autres écoles.

En France, d'une manière générale le niveau scolaire a diminué. Selon P. Crevel, « *Une des explications majeures de la baisse du niveau provient du recul de la pratique de l'écrit et de la lecture ainsi que du manque croissant de concentration des élèves.* » (2020). Malgré tout, le nombre de jeunes qui obtiennent un diplôme de l'enseignement supérieur n'a jamais été aussi élevé. Comment pouvons-nous expliquer cette incohérence ? Plusieurs hypothèses peuvent être émises. D'abord, l'évolution des programmes scolaires. En effet, l'enseignement inculqué aux élèves s'est modifié au cours du temps. Ensuite, le réaménagement et la création de différentes filières a peut-être permis à ces étudiants d'atteindre plus facilement l'enseignement supérieur. Pouvons-nous penser que la baisse générale du niveau scolaire en France a entraîné plus de consultations en soin et notamment pour les garçons ?

PARTIE 4 : MISE EN LIEN DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

L'objectif de cette partie est de mettre en lien les hypothèses avec les résultats des sondages obtenus ainsi que mes observations lors du stage en école élémentaire pour avoir une ébauche de réponse à ma problématique. Nous allons nous concentrer sur les principales difficultés qui conduisent à des prises en soin auprès de divers professionnels. Chaque trouble mentionné dans les sondages ne sera donc pas analysé et comparé. Mais d'abord, commençons par un rappel de ce qu'est la psychomotricité.

4.1. LA THÉRAPIE PSYCHOMOTRICE AU CENTRE DE MA RECHERCHE

Il apparaît significativement que le nombre de garçons accueillis en soin est toujours plus élevé que ça soit en psychomotricité mais également dans d'autres professions. Quels liens pouvons-nous faire entre ma recherche et la psychomotricité ?

4.1.1. Qu'est-ce que la psychomotricité ? :

En 1974, J. de Ajuriaguerra dans son livre *Manuel de psychiatrie de l'enfant,* est le premier à évoquer l'existence d'un lien entre l'organisation psychomotrice de l'enfant et l'objet. Par objet, il entend l'environnement de l'enfant. Pour comprendre ce lien, il s'appuiera sur la phénoménologie. La psychomotricité est une discipline qui met en lien le corps et l'esprit. Elle considère le sujet dans sa globalité. « *Il n'est pas juste de dire que l'homme pense avec son cerveau, c'est avec son corps tout entier. Il pense avec ses doigts, avec ses pieds, avec son ventre, comme il pense avec son cerveau ; il pense avec l'ensemble.* » (Janet, 1867). Le travail en psychomotricité s'appuie sur le développement psychomoteur, cognitif et psycho-affectif. Il s'ajuste en fonction du patient et de ses spécificités qui font de lui un individu unique. « *Le fait d'effectuer un soin si technique, précis comme l'est l'acte psychomoteur, tout en prenant en compte de la spécificité du patient, de son histoire, son état de santé physique et mentale, vient de l'influence à la fois positiviste et phénoménologique.* » (Vachez-Gatecel, Valentin-Lefranc, 2019, p. 1-2).

À ce jour, il n'y a pas une unique définition de la fonction du psychomotricien car le champ d'action varie et la manière de concevoir celle-ci est aussi très large. Elle est au carrefour de plusieurs disciplines telles que : la psychologie, l'anatomie, la neurologie, la psychanalyse…

D’après le Décret de compétence publié en juillet 1990 par le Ministère des Affaires Sociales et de l’Emploi, le psychomotricien intervient sur prescription médicale auprès de tous types de patients et de n’importe quel âge. Il est apte à réaliser un bilan psychomoteur et à rééduquer des troubles du développement psychomoteur et à traiter des troubles psycho-affectifs.

4.1.2. Le soin psychomoteur, une voie privilégiée pour les garçons ? :

Suite aux sondages des étudiants en psychomotricité et des psychomotriciens, il apparait clairement que le nombre de garçon accueillis en psychomotricité est significativement plus important que celui des filles. Mais comment pouvons-nous expliquer cette grande différence retrouvée dans les indications ? Une des raisons avancées pourrait être qu’il serait plus aisé de passer par une mise en corps des difficultés pour les garçons et par une mise en mots pour une fille.

La psychomotricité serait une voie privilégiée pour un garçon. Effectivement, comme expliqué plusieurs fois, les garçons auraient tendance à être davantage dans le corporel, dans le mouvement. En lien, avec mon observation en stage en école élémentaire, nous pouvons prendre comme exemple les activités des filles et des garçons dans le milieu scolaire. Il apparaît que les garçons sont dans le mouvement en jouant au football ou au basket-ball et les filles passent ce temps à discuter.

4.2. DES OBSERVATIONS COMMUNES ENTRE LES SONDAGES

Lorsque nous observons les difficultés relevées pour les garçons dans les sondages, nous observons un tronc commun avec dans l’ordre : des TSA, des troubles du comportements ainsi que des difficultés dans les apprentissages à différents niveaux. Pour les filles, nous pouvons aussi relever un tronc commun avec : des difficultés dans les apprentissages, des retards de développement et des TSA. Nous constatons pour les garçons et les filles que, deux des trois difficultés dégagées dans les sondages sont communes : les TSA et les difficultés dans les apprentissages. Néanmoins, il faut se souvenir que le nombre de garçons et de filles ayant ces difficultés n’est pas le même donc les deux troubles sont communs mais, dans des proportions qui diffèrent.

4.2.1. Les Troubles du Spectre de l'Autisme :

Comme dit précédemment, le TSA est retrouvé en grande majorité mais en proportion différente chez les garçons et les filles. La définition du trouble du spectre de l'autisme défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) est « *l'un des troubles neurodéveloppementaux (TDN). Les critères de diagnostiques actualisés par le DSM-5 sont définis dans deux dimensions symptomatiques qui sont : les déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés et le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités. »* (2018).

L'étiologie de ce trouble n'est pas complètement définie. « *Les facteurs génétiques sont impliqués dans le TSA mais ne suffisent pas à l'expliquer. Le TSA résulterait donc d'une interaction gène/environnement. »* (Albaret et al, 2018, p. 522). Les scientifiques estiment que le TSA serait en lien avec des prédispositions génétiques. Ces gènes qui semblent être impliqués sont pré ou post-nataux car ces derniers se modifient sous l'effet de l'environnement.

En psychomotricité, les enfants autistes ont des particularités sensorielles et d'importantes angoisses. Ils peuvent être soit hyposensibles soit hypersensibles en fonction de certains sens. Les angoisses notamment corporelles sont omniprésentes. Nous pouvons citer les angoisses de chutes : l'enfant a l'impression de ne pas être solide, d'être aspiré par le sol. Il y a aussi les angoisses de liquéfaction qui sont en lien avec une représentation fragile des limites corporelles. Toutes ces angoisses semblent affecter l'élaboration du schéma corporel et sa représentation. Le travail en psychomotricité s'articule principalement autour des particularités sensorielles, des angoisses corporelles et de la communication. Le thérapeute s'engage corporellement dans la prise en charge. Il met aussi des mots sur les expériences que l'enfant vit et le réassure sur ses angoisses.

Certains auteurs amènent à croire qu'autant de garçons que de filles seraient touchés par ce trouble. Ceux-ci auraient des particularités sensorielles et par conséquent des difficultés d'intégration sensorielle. Cependant, le sex-ratio est de quatre garçons pour une fille. (*Ibid.* p. 520). Certains psychomotriciens diplômés m'ont fait remarquer dans les sondages que les garçons sont plus rapidement pris en soin que les filles pour ce trouble. Mais comment pouvons-nous expliquer cela ? Le premier élément de réponse peut être que celui-ci est plus prégnant chez les garçons, notamment avec de l'agitation. Un autre élément de réponse en lien, est que

les parents étant plus attentifs à leur enfant garçon détecteraient plus rapidement ce trouble. Néanmoins, ces éléments de réponse restent des hypothèses. La science a encore de nombreux éléments à nous révéler.

4.2.2. Les difficultés dans les apprentissages :

Nous pouvons définir les difficultés d'apprentissages comme des difficultés qui s'expriment sur différents plans : affectif, pédagogique ou encore cognitif. Ces difficultés peuvent se manifester dans les apprentissages comme le lire, écrire et compter. Nous pouvons parler de trouble des apprentissages lorsque « *les déficits dans les apprentissages scolaires sont persistants, sévères et non dus à des difficultés psychologiques, sociales ou culturelles.* » (*Ibid.* p. 547). La détermination de l'origine de ses difficultés pourrait permettre d'accompagner l'enfant au plus près de ses besoins.

En psychomotricité, lorsqu'un enfant consulte pour des difficultés quelconques dans les apprentissages, un bilan complet est réalisé pour vérifier toute la sphère psychomotrice. En effet, les motifs initiaux de consultation de l'enfant peuvent ne pas être ceux imaginés préalablement. Suite au bilan psychomoteur, ce dernier peut démontrer l'origine des difficultés de l'enfant qu'elles soient liées au développement psychomoteur ou psycho-affectif. Le travail pourra s'effectuer avec l'approbation de sa famille et de la coopération de l'enfant, conditions primordiales pour l'accompagner au mieux.

Si nous prenons l'histoire familiale de Mathias que j'ai rencontré lors de mon stage en école élémentaire, nous avons une possible explication de ses difficultés. Pour rappel, Mathias a 9 ans et est en CM1. Il vit avec son petit frère et sa mère. Son père est en prison et les parents n'ont pas souhaité l'expliquer aux enfants. Mathias a un grand secret dans sa famille qui certainement, est difficile à supporter pour ses parents. Cependant, ce secret est lourd de conséquences car il pourrait être à l'origine de ses difficultés scolaires notamment en écriture. Mathias ne serait pas disponible psychiquement pour s'investir dans les apprentissages car il serait trop occupé, inconsciemment, à comprendre pourquoi ses parents et particulièrement sa mère ne va pas bien. De plus, qu'est-ce que le père peut laisser transparaître à ses enfants sur son rapport à la loi et aux règles et qu'elles peuvent être les répercussions ?

Antoine est un autre petit garçon que j'ai rencontré lors de mon stage. Il a 8 ans et est en CE2. Un désinvestissement scolaire serait à l'origine de ses difficultés notamment en mathématiques. Il serait en lien avec une absence d'école d'une période de sept mois (en raison de la crise sanitaire) et donc d'un manque de stimulation. En effet, nous pouvons imaginer que cette absence d'école à créer une discontinuité dans les apprentissages et un manque d'intérêt. Ce manque d'intérêt peut aussi venir des parents qui n'ont pas investi la scolarité de leur enfant pendant cette grande période. Également, Antoine m'explique dans l'entretien qu'il apprécie énormément jouer aux jeux de société et à la console. Nous pouvons imaginer que durant cette période, ses journées étaient rythmées par des activités ludiques et moins scolaires. L'intérêt pour l'école s'efface au profit des activités ludiques.

4.3. DES OBSERVATIONS QUI DIFFÈRENT DANS LES SONDAGES

4.3.1. Pour les garçons : des troubles du comportement :

Intéressons-nous maintenant aux troubles du comportement qui sont la deuxième difficulté retrouvée en majorité dans les sondages. Qu'est-ce qui pourrait expliquer que ces troubles soient plus présents chez les garçons que chez les filles ? Le trouble du comportement peut être qualifié comme un désordre psychique qui s'exprime de différentes façons. Néanmoins, ces troubles n'ont pas de définition scientifique car ils sont « *directement liés au contexte social et culturel* ». (Krotenberg et al, 2012, p. 53). Actuellement, le sex-ratio serait de trois à neuf garçons pour une fille. Pour essayer de comprendre pourquoi ces troubles apparaissent et se retrouvent en majorité chez les garçons, nous pouvons mettre en lien certaines hypothèses de la première partie. Ces possibles réponses seront à nuancer car chaque enfant est unique, a un environnement différent et parfois ce sont plusieurs raisons qui conduisent à un trouble du comportement. Aussi, ces troubles peuvent apparaitre dans le cadre d'autres pathologies et constitue alors une comorbidité.

D'abord, comme le précise Krotenberg et al, ces troubles sont directement liés à la situation sociale et donc se rapportent à la sphère familiale. Nous pouvons supposer qu'un milieu carencé, qui peut, ne pas être assez sécurisant et contenant, entraîne une instabilité psychique et physique. De plus, les interactions précoces et les liens avec les figures parentales ne sont pas solides. Ainsi, si l'enfant ne s'est pas construit avec des attaches stables et solides, son développement psychique peut être impacté. Cela a des répercussions dans les liens avec autrui,

les difficultés d'attachement ou de séparation. Il peut ressentir un mal-être et ne peut l'exprimer d'une autre manière.

Lorsque nous recevons un enfant en consultation de psychomotricité pour un trouble du comportement, l'échange avec la famille est un moment essentiel. Il permet de faire l'anamnèse et de cerner la situation familiale de l'enfant. En effet, elle permet de savoir si le père est présent et quelle place occupe-t-il au sein de la famille. Grâce à ces éléments, nous pouvons déjà avoir un profil de l'enfant et de l'origine de ses difficultés. Ensuite, le bilan psychomoteur permet d'aborder les compétences de l'enfant et donc de percevoir s'il a des difficultés qui peuvent le mettre en échec. Le trouble du comportement peut s'expliquer par l'association de diverses raisons.

Comme dit précédemment, les garçons sont plutôt dans des comportements corporels lors de frustration tandis que les filles vont plutôt utiliser le langage verbal. L'expression d'un désaccord ne s'exprime pas de la même manière et le degré de violence est différent. L'aspect destructeur et hors la loi est plus présents pour des garçons.

Ensuite, dans le milieu scolaire, les rapports entre les enseignants et les élèves ne sont pas toujours de bonne entente. Nous pouvons retrouver de la provocation et donc des difficultés pour l'enseignant à avoir de l'autorité, d'autant plus si l'enseignant est une femme car, ce sont plutôt les hommes qui reflètent le respect des règles. Une relation fragilisée peut entraîner des conflits et une absence d'implication dans les apprentissages.

4.3.2. Pour les filles : des retards de développement :

Le retard de développement est l'autre trouble que nous retrouvons chez les filles. Quels éléments pourraient expliquer que ce retard soit retrouvé en plus grande majorité chez les filles ? Le retard de développement au niveau psychomoteur peut se définir comme un délai d'acquisition dans les étapes du développement cognitif, langagier et moteur.

Les étiologies sont diverses. Les facteurs génétiques entrent en jeu notamment lors d'anomalies génétiques comme la trisomie 21. Les causes peuvent aussi être pré ou post-natal avec par exemple des infections, des maladies chroniques de la mère, de la prématurité ou encore une

anoxie qui correspond à une insuffisance d'apport en oxygène entraînant une souffrance tissulaire notamment des muscles cardiaques et du cerveau.

Cependant, les retards de développement n'ont parfois pas de causes neurologiques, génétiques ou environnementales connues. Nous pouvons supposer que lors du développement, les parents encourageraient un peu plus les petits garçons à faire des expériences motrices malgré de possibles chutes. Les petites filles paraissant plus précieuses et sensibles aux yeux des parents seraient davantage freinées dans leurs explorations motrices. Ce manque d'expériences sensori-motrices chez les filles pourraient expliquer la différence de ratio à propos du retard de développement psychomoteur.

En fonction de l'âge du patient que nous recevons pour un retard de développement, le bilan psychomoteur initial ne sera pas le même. Néanmoins, les objectifs seront identiques : découvrir où l'enfant en est dans son développement psychomoteur et psycho-affectif en fonction de ce qui est attendu pour son âge. Par la suite, le travail engagé en psychomotricité dépendra des compétences de l'enfant pour ensuite se diriger vers ses difficultés psychomotrices.

4.4. DES OBSERVATIONS COMMUNES EN PROPORTION DIFFÉRENTES

Lorsque nous analysons plus précisément les résultats des sondages et particulièrement celui des étudiants en psychomotricité et des psychomotriciens, nous remarquons des différences de proportions entre les garçons et les filles pour différents troubles. En effet, les TDAH, TDC et instabilité psychomotrice se retrouvent en nombre plus important chez les garçons tandis que les TCA, les angoisses et l'inhibition sont davantage identifiés chez les filles. Quelles peuvent être les raisons qui amènent à ces différences ?

4.4.1. Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec/sans Hyperactivité :

Le TDAH se définit comme « *ce syndrome est caractérisé par une triade symptomatique – inattention, impulsivité, hyperactivité. Le trouble est chronique avec une persistance de la symptomatologie au cours du temps.* » (*Ibid.* p. 257). À ce jour, toutes les formes de TDAH ne sont pas expliquées et les scientifiques ont des avis qui divergent. Les causes seraient d'ordre environnementales, génétiques et plurifactorielles. Le sex-ratio pour ce trouble est de trois

garçons pour une fille. Qu'est-ce qui pourrait expliquer que ce trouble soit en majorité présent chez les garçons sachant que l'étiologie n'est pas exclusivement génétique ?

Un élément de réponse pourrait être l'utilisation excessive des écrans. Selon une étude canadienne publiée dans *PLOS One,* des médecins canadiens ont démontré que si un enfant de moins de 5 ans passait plus de deux heures par jour devant un écran, le risque d'un TDAH était multiplié par sept. Cette étude précise que les garçons sont plus à risque que les filles. (Siag, 2019).

Lorsqu'un diagnostic de TDAH est posé, les scientifiques conseillent une approche plurifactorielle avec diverses médiations telles que de la psychomotricité, de la psychothérapie, des guidances individuelles ou familiales. (*Ibid.* p. 269). En France, un seul traitement médicamenteux est possible. Il s'agit du méthylphénidate que nous pouvons retrouver dans plusieurs médicaments. Il n'est pas à visée curative mais il permet des effets sur la triade du syndrome.

Lorsqu'un enfant consulte en psychomotricité pour de l'agitation et des difficultés attentionnelles, il faut s'assurer du moment d'apparition des troubles et de l'ampleur qu'ils prennent dans le quotidien de l'enfant. En effet, ils peuvent « *nous conduire à suspecter des causes environnementales éventuelles : maltraitance, abus, carences, trouble réactionnel.* » (*Ibid.* p. 259). De plus, il est nécessaire d'être vigilant afin écarter d'autres troubles ayant les mêmes signes que le TDAH notamment l'anxiété. Le travail que le psychomotricien engage auprès des enfants porteurs de ce syndrome peut être axé sur le couple impulsion/inhibition ainsi que sur la détente grâce à la relaxation.

4.4.2. L'instabilité psychomotrice :

En s'appuyant sur des travaux réalisés par des scientifiques et ses observations cliniques, J. de Ajuriaguerra décrit le syndrome d'instabilité motrice sous deux formes : une forme dite *sub-choréique* et une forme dite *caractérielle.* « *L'instabilité sub-choréique était un mode d'être moteur, d'apparition précoce ou répondant à une absence d'inhibition d'une hyperactivité qui d'ordinaire disparaît avec l'âge.* » (Cité par Joly et Labes, 2015, p. 315). Pour la première forme, l'auteur note une prévalence des troubles moteurs sur les troubles affectifs. Il définit ensuite la deuxième forme : « *la forme d'instabilité affectivo-caractérielle est davantage en*

relation avec la situation du milieu dans lequel ces enfants vivent. Ces sujets […] font preuve d'intentionnalité et de direction dans leur agressivité et leur impulsivité. » (*Ibid.*). La deuxième forme est davantage axée sur la pauvreté de l'attachement et l'influence d'un contexte familial instable.

Prenons Timéo, cet enfant de 8 ans scolarisé en CE2. Sa maîtresse me décrit un enfant agité avec d'importantes difficultés de concentration. Pour lui, nous pouvons penser que son instabilité est d'ordre affectivo-caractérielle en lien avec la situation de famille. Effectivement, ses parents étant régulièrement en conflits selon ses dires, cela pourrait affecter sa stabilité psychique et donc sa concentration. Également, ce désordre psychique pourrait être en lien avec la pression que sa mère lui inflige sur la réalisation de ses devoirs.

En psychomotricité, la détermination de l'origine et les caractéristiques de l'instabilité psychomotrice doivent être identifiées. Suite à cela, le psychomotricien pourrait mettre en place son projet thérapeutique ainsi que des axes de prise en soin. La détente et un travail autour de la régulation tonico-émotionnelle pourraient être mis en place.

4.4.3. Le Trouble Développemental des Coordinations :

Nous pouvons définir le TDC comme « *un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des difficultés importantes et persistantes dans les activités de la vie quotidienne du fait de déficits dans l'acquisition et l'exécution d'habiletés motrices coordonnées générant une grande maladresse et des retards importants dans les étapes du développement psychomoteur précoce. »* (*Ibid.* p. 217). L'étiologie pour ce trouble n'est pas totalement précisée. En effet, de nombreuses études montrent des causes génétiques et héréditaire. Elles montrent aussi qu'il y aurait « *des gènes de susceptibilité qui pourraient être partagés dans plusieurs autres troubles neurodéveloppementaux. »* (*Ibid.* p. 220). Le niveau socio-économique peut aussi influencer le diagnostic de TDC. En effet, le manque de stimulations psychomotrices, sensorimotrices ainsi que les conditions d'éducation peuvent majorer le risque. Le sex-ratio est de trois garçons pour une fille.

Les signes de ce trouble peuvent apparaître tôt dans la petite enfance mais peuvent aussi se révéler avec l'accentuation des apprentissages à l'école. Les enfants ayant un TDC sont gênés dans les activités de la vie quotidienne ainsi que dans les apprentissages.

D'un point de vue psychomoteur, le TDC a des répercussions sur toute la sphère motrice comme la motricité globale et fine, l'écriture, le tonus, la planification ou encore peut entraîner des difficultés visuo-motrices. Le bilan psychomoteur permettra d'identifier le degré d'atteinte et de mettre un projet thérapeutique en fonction des besoins du patient. L'âge est à prendre en compte pour un meilleur pronostic « *L'effet des thérapeutiques est en lien avec l'âge et la fréquence, celles-ci se révèlent d'autant plus efficaces que les enfants sont âgés de plus de 5 ans et que la fréquence des interventions est élevée. »* (*Ibid.* p. 221).

4.4.4. Les Troubles du Comportement Alimentaire :

Les troubles du comportement alimentaire sont considérés comme une addiction. A. Goodman propose une définition de l'addiction comme un « *processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. »* (1990). Les TCA regroupent l'anorexie mentale et la boulimie. Pour ces deux formes, nous retrouvons des perturbations autour de l'alimentation qui peuvent entraîner des graves complications.

Selon P. Scialom, « *l'origine des troubles des conduites alimentaires (TCA) est plurifactorielle. L'expression de ces pathologies, mettant en avant des troubles profonds du lien et de l'image du corps […], donne un intérêt tout particulier à l'approche psychomotrice. »* (2015, p.183). Dans les TCA, il peut y avoir une alternance des comportements anorexiques et boulimiques.

L'anorexie mentale s'apparentant à une addiction est « *un trouble complexe et multifactoriel du comportement alimentaire. »* (*Ibid.* p. 184). Elle se caractérise par une perte de poids rapide et importante dont le sujet n'a pas conscience. Nous pouvons retrouver dans une majorité des cas, des nausées, une aménorrhée, une dépression sous-jacente et des troubles dysthymiques. Cette psychopathologie est essentiellement féminine avec un sex-ratio de neuf filles pour un garçon. À l'adolescence, l'origine de ce trouble serait des angoisses d'abandon et un rapport au corps qui se transforme avec une image corporelle déformée. De manière générale, le profil de ces jeunes filles est qu'elles sont hyperactives, perfectionnistes et intellectuelles. Il y a une volonté de tout contrôler : le corps, les études et l'alimentation.

La boulimie correspond au fait de « *manger de manière compulsive, répétitive, à des moments précis, et se fait vomir après. L'estime de soi est excessivement influencée par l'apparence corporelle et le poids.* » (*Ibid.* p. 189). Une personne boulimique ressent un vide, une importante angoisse en elle ce qui entraîne un besoin intense de manger en grande quantité. Par la suite, elle se fait vomir et reprend le contrôle sur « *le sentiment de perte en vue de désirer.* » (*Ibid.* p. 187).

Les traitements préconisés dans les TCA sont principalement les psychothérapies individuelles et familiales. La psychomotricité a toute sa place car ces troubles affectent principalement la perception, l'image du corps, la relation et l'estime de soi. (*Ibid.* p. 191).

4.4.5. Les angoisses :

Selon le dictionnaire médical, l'angoisse est « *un état affectif de caractère déplaisant à type de peur intense qui s'accompagne en règle générale de symptômes neurovégétatifs, spasmes, dyspnée, tachycardie… et qui se produit en réponse à un sentiment de menace imminente.* » (2009, p. 59). Les angoisses sont centrées sur le corps et sur les vécus. Nous pouvons parler d'angoisses archaïques lorsqu'elles apparaissent avant le langage : angoisses de morcellement, de chute, de dévoration ou encore de liquéfaction. Les angoisses existentielles se manifestent tout au long de la vie chez tous les individus mais peuvent avoir des degrés différents. Elles deviennent pathologiques lorsqu'elles entravent la vie quotidienne.

Le travail du psychomotricien se construit autour de la mise en mots des angoisses vécues par le patient lorsque celles-ci sont refoulées. « *Cela demande du professionnel la connaissance de son propre fonctionnement et de ses propres angoisses archaïques.* » (Pireyre, 2015, p. 155). Si la mise en mots peut être compliquée pour le patient, le psychomotricien peut l'orienter vers une mise en corps grâce à diverses médiations notamment par l'intermédiaire de l'expression corporelle. Le thérapeute pourra alors verbaliser et aider son patient à prendre conscience de son fonctionnement psychique. « *L'exploration et la compréhension des angoisses corporelles archaïques se révèlent cruciales pour tout psychomotricien qui s'attache à penser l'image du corps de son patient.* » (*Ibid.* p. 141).

Lorsque nous analysons les sondages, il apparaît que plus de petites filles seraient sujettes à l'angoisse que les petits garçons dans l'enfance et que cette tendance s'inverserait vers l'âge de 11 ans. Néanmoins, certaines études n'indiquent pas ces résultats. Nous pouvons émettre que les résultats de mes sondages sont biaisés car, à l'origine, mes questionnaires étaient orientés pour des professionnels ou futurs professionnels travaillant avec des enfants entre 0 et 16 ans.

T. Clark, psychologue canadien, propose une explication à ces observations en partant d'une idée préconçue. « *Si les femmes étaient réellement programmées pour être beaucoup plus angoissées que les hommes, nous les verrions manifester cette anxiété dès le plus jeune âge, n'est-ce pas ?* » (2011). Pour lui l'explication viendrait de l'éducation des enfants. Dès la naissance, les parents vont plus s'attarder sur les pleurs et le mieux-être de leur petite fille en la rassurant, que de leur petit garçon. Les situations désagréables seront plus vite vécues au cours de la vie par les petits garçons qui mettront en place des stratégies. Vers 11 ans, les conséquences éducatives apparaîtraient. « *Des recherches ont montré que jusqu'à 11 ans, les filles et les garçons courent le même risque de présenter des troubles de l'anxiété. À 15 ans en revanche, les filles sont six fois plus exposées que les garçons.* » (*Ibid.*). Cette période marque un tournant dans la vie d'une fille puisqu'il y a la transformation du corps avec la puberté. Ce passage serait très angoissant et la fille n'aurait pas les clés pour y faire face. « *La différence dans notre manière de traiter les filles et les garçons contribue en grande partie à expliquer l'état de nervosité constaté chez beaucoup de femmes adultes.* » (*Ibid.*).

4.4.6. L'inhibition :

D'après F. Fanget, « *l'inhibition est définie comme une restriction ou une interruption de l'activité d'un organe par stimulation d'une partie éloignée par voie nerveuse ou hormonale. L'autre définition étant un état caractérisé par un ralentissement ou une diminution de l'activité physique ou psychique.* » (2007, p. 24). L'inhibition est un mécanisme courant et essentiel en opposition à l'impulsion. Nous parlons fréquemment du couple impulsion/inhibition qui permet de réguler nos actes. Cependant, en excès elle devient pathologique et entrave les relations. Il existe différentes formes d'inhibitions : motrice, émotionnelle ou intellectuelle.

Selon les résultats obtenus, il semblerait que plus de filles soient inhibées. Quelles seraient les raisons qui expliqueraient cette différence entre les filles et les garçons ?

Les étiologies de l'inhibition psychomotrice sont diverses. Elles peuvent être organiques et donc liées à la génétique. Il y aurait une perturbation des connexions des neurones dans les aires cérébrales. Mais, l'inhibition peut aussi être liée au développement psychique avec notamment des carences affectives, des angoisses de séparation, des difficultés d'attachement ou encore un environnement peu sécure.

En psychomotricité, il est difficile d'évaluer ces enfants car ils se sentent observés et cela majore l'anxiété. Il est nécessaire de proposer un cadre sécurisant, contenant et leur soumettre des activités spontanées pour observer leur engagement moteur et relationnel ainsi que leurs capacités à imaginer. L'anamnèse avec la famille permet de recueillir des informations sur le patient et son environnement et cela sera déterminant pour la suite. Le projet thérapeutique se construira principalement autour de deux axes : rééducatif et thérapeutique. L'objectif est de diminuer les troubles psychomoteurs et d'accompagner le patient dans les activités motrices en mettant des mots sur ses vécus.

4.5. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET CRITIQUES

Pour élaborer mes sondages, je me suis heurtée à quelques difficultés notamment dans leur construction. Dès octobre, j'ai réfléchi à leur contenu pour les diffuser le plus rapidement possible et ainsi disposer du temps nécessaire de les traiter. Néanmoins, à cette période je n'avais pas encore suffisamment pensé à toutes mes hypothèses. J'avais quelques idées mais rien de défini, d'écrit et d'approfondi.

Avec du recul, j'aurais aimé aborder d'autres notions comme les difficultés des enfants avec des questions plus précises et peut-être moins insister sur le profil des professionnels car finalement ils m'indiquent moins d'éléments que j'avais pu l'envisager. En effet, si nous prenons les troubles du comportement mentionnés dans les résultats des sondages, ceux-ci ne signifient pas qu'ils sont exclusivement asociaux. Ils peuvent aussi être présents dans les TSA, les TDAH ou bien d'autres pathologies. De plus, les réponses à certains sondages n'étaient pas suffisantes pour pouvoir les analyser par la suite. Il était nécessaire que je trouve des stratégies pour permettre une plus vaste diffusion.

Ce mémoire ne permet pas d'aboutir à de vraies réponses pour répondre à la question sur la différence du nombre de garçons et de filles accueillis en psychomotricité. Cependant, les

résultats obtenus des sondages confirment les sex-ratio trouvé dans chaque trouble. Pour avoir des résultats fiables et significatifs, il faudrait un échantillon d'enfants plus conséquent et faire une étude plus complète. De plus, lors de cette étude je n'ai pas rencontré les enfants. Une rencontre permet d'avoir des entretiens poussés et d'avoir possiblement de plus grands champs de réponse.

CONCLUSION :

Réaliser un mémoire de recherche sur un sujet vaste comme celui-ci a été un défi de plusieurs mois. Pour mener à bien ce projet, il était essentiel que je m'organise et ce dès octobre. Pour tenter d'apporter des éléments de réponses à cette problématique, je devais émettre des hypothèses. Je les ai progressivement élaborés à partir de mes observations cliniques, sur mes terrains de stage, et en faisant des recherches théoriques. Pour confirmer ou réfuter celles-ci, le meilleur moyen, à mon sens, était de sonder les étudiants et professionnels et d'aller sur le terrain.

Suite à la réalisation et l'analyse des sondages et de mon stage, des éléments de réponse se sont dessinés pour répondre à la problématique des raisons qui expliqueraient qu'il y ait plus de garçons que de filles accueillis en psychomotricité. Tout d'abord, l'environnement familial de par sa stabilité, sa sécurité et sa contenance permet à l'enfant de se développer sur le plan psychomoteur et psycho-affectif. En effet, certains auteurs évoquent l'importance des facteurs psycho-affectifs dans l'émergence d'un trouble neurodéveloppemental. Les figures parentales servent de soubassement pour que l'enfant évolue dans le monde, notamment dans le cadre scolaire. L'école est un lieu où il y a de nombreux enjeux tels que les apprentissages et la socialisation. Ces deux domaines se mettront en place grâce aux clés données par la famille. Si des difficultés ou des troubles sont avérés, un dispositif de professionnels peut se mettre en place pour accompagner l'enfant au plus près de ses besoins.

Ensuite la place du père au sein de la famille semble être un facteur d'apparition de troubles. Cependant, cette observation est à nuancer car tous les enfants sans père ne développent pas forcément de difficultés.

La psychomotricité, grâce à son vaste champ d'application permet de soutenir un enfant vers un développement psychomoteur et psycho-affectif harmonieux. À travers, le cadre contenant et sécurisant ainsi qu'à la bienveillance, l'engagement corporel et psychique du psychomotricien, la relation thérapeutique peut s'instaurer. Celle-ci permet à l'enfant de faire des expériences corporelles ainsi que des activités sensori-motrices en toute sécurité et d'intégrer ses ressentis grâce à l'étayage du psychomotricien. Les médiations utilisées dépendent du projet thérapeutique et de l'enfant. Peut-être que des activités sportives seraient spontanément proposées à des garçons tandis que de la relaxation ou des jeux appelant

l'imaginaire amenés aux filles. Les médiations permettent de partir des notions où l'enfant est à l'aise pour explorer d'autres domaines où il se trouve davantage en difficulté.

Ce mémoire méritait d'obtenir une vraie réponse à ma problématique. À travers mes hypothèses, mes sondages, mon stages et l'analyse de ces derniers, il apparaît que je ne peux pas donner une réponse claire et exhaustive à cette question. Effectivement, le mémoire a des limites, notamment car les hypothèses traitées ne sont pas exclusives. D'autres hypothèses auraient pu être émises comme les aspects culturels qui, à mon sens, diffèrent en fonction des individus. D'autres paramètres peuvent aussi entrer en jeu et il serait nécessaire de les inclure.

Mon mémoire était principalement axé sur des enfants entre 3 et 12 ans. À ces âges, les proportions de garçons et de filles accueillis en structure sont significativement différentes. Mais est-ce aussi le cas pour des adultes ? Pouvons-nous penser que des établissements accueillants des adultes et/ou personnes âgées ont les mêmes proportions que celles mentionnées dans ce mémoire ? Si tel est le cas, quelles peuvent être les raisons qui expliqueraient cette différence ? Est-ce que l'influence familiale joue-t-elle encore un rôle à l'âge adulte ? Si les proportions diffèrent des enfants, comment pourrions-nous l'expliquer ?

BIBLIOGRAPHIE :

Académie nationale de médecine (2020). *Dictionnaire médical de l'Académie Nationale de médecine référence électronique.* Consulté le 22 Février 2021, à l'adresse https://www.academie-medecine.fr/addiction-aux-jeux-video-des-enfants-a-risque-ou-un-risque-pour-tous-les-enfants/

Ajuriaguerra de, J. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant.* Masson.

Albaret, J.-M. Giromini, F. Scialom, P. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité, sémiologie et nosographies psychomotrices.* De Boeck Supérieur.

Albaret, J.-M. Giromini, F. Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité : clinique et thérapeutique.* De Boeck Supérieur.

Auduc, J.-L. (2009). *Sauvons les garçons !* Descartes & Cie.

Ayres, J. (1972). *Sensory integration and the Child*. Western Psychological Services

Bion, W. (1962). *Aux sources de l'expérience.* Presses Universitaires de France.

Bourdin, D. (2007). Le complexe d'Œdipe selon Freud. Dans Magali Molinié éd., *La psychanalyse : points de vue pluriels* (pp. 113-117). Auxerre, France : Éditions Sciences Humaines. https://doi.org/10.3917/sh.molin.2007.01.0113"

Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte.* Presses Universitaires de France.

Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche.* Érès.

Carreau-Rizzetto, M.-C. (2003). Le fantasme de castration et les personnalités limites. *Cliniques méditerranéennes*, 219-232. https://doi.org/10.3917/cm.068.0219

Chaussebourg, L. (2009). « *Le divorce* », rapport pour le Secrétariat général, sous-direction de la Statistique, des Études et de la Documentation, ministère de la Justice.

Chiland, C. (1999). *Le sexe mène le monde*. Calmann-Lévy.

Clark, T. (2011). Les filles sont plus sujettes à l'angoisse que les garçons… À qui la faute ? *Slate*. Consulté le 25 Avril 2021, à l'adresse http://www.slate.fr/story/38065/filles-plus-angoisse-que-garcons

Crevel, P. (2020). *Baisse du niveau scolaire en France, une antienne qui n'en est peut-être pas une ?* Consulté le 6 Mars 2021, à l'adresse : http://philippecrevel.fr/baisse-du-niveau-scolaire-en-france-une-antienne-qui-nen-est-peut-etre-pas-une

De Lièvre, B. Staes, L. (2011). *La psychomotricité au service de l'enfant : Notions et applications pédagogiques.* De Boeck Supérieur.

De Montaigne, M. (1595). *Les essais.* Livre de poche.

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps.* Du Seuil.

Franget, F. (2007). De l'inhibition sociale à l'anxiété sociale. *Le journal des psychologues,* 244 (1), 24-28. Doi :10.3917/jdp.244.0024

Freud, S. (1912). *La dynamique du transfert.* Payot.

Golse, B. (1989). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant.* Masson. (2ème Ed.).

Goodman, A. (1990). Addiction : définition and implication. *British Journal of Addiction,* 85 (11).

Guevara, R. (2016). *Concours paramédicaux – Biologie – Cours et entraînement*. Vuibert.

Haute Autorité de Santé (Février 2018). *Trouble du spectre de l'autisme, des signes d'alerte à la consultation dédiée en soins primaires*. p.1. Consulté le 5 Février, à l'adresse

https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201802/tsa__des_signes_dalerte_a_la_consultation_dediee_en_soins_primaires_1er_ligne_-_synthese.pdf

Institut National d'Études Démographiques (INED), (2019). *Naissances totales par sexe.* Consulté le 25 Février 2021, à l'adresse https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/naissances-sexe/

Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), (2016). *En 2016, 400 000 enfants alternent entre les deux domiciles de leurs parents séparés.* Consulté le 18 Avril 2021, à l'adresse https://www.insee.fr/fr/statistiques/3689165

Janet, P. (1867). *Le cerveau et la pensée.* Germer Baillière.

Jeffrey, D. (2015). Transfert et contre-transfert dans la relation pédagogique. *Formation et profession,* 23 (1), 74-77. http://dx.doi.org/10.18162/fp.2015.a52

Joly, F. Labes, G. (2015). Comparaisons entre les notions de syndrome d'instabilité psychomotrice et de syndrome hyperkinétique. *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité.* p. 305-324. Édition du Papyrus.

Krotenberg, A. Lambert, E. (2012). Chapitre II. Les troubles du comportement : un terme générique pour désigner des situations très variées. *Scolarité et troubles du comportement : des solutions pour enseigner* (pp. 53-92). Champ social.

Lecuyer, R. (2002). *Comprendre l'intelligence des bébés en 40 questions.* Dunod.

Marcelli, D., Bossière, M. & Ducanda, A. (2020). L'exposition précoce et excessive aux écrans (EPEE) : un nouveau syndrome. *Devenir,* 2(2), 119-137. https://doi.org/10.3917/dev.202.0119

Ministère des affaires sociales et de l'emploi, (1990). *Le décret de compétence du psychomotricien.* Consulté le 7 Mai 2021, à l'adresse : https://medecine.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2018/12/Decret-de-competence-du-psychomotricien.pdf

Ministère de l'éducation de la Communauté française de Belgique, (2010). *Rapport sur l'égalité entre les filles et les garçons dans les modes d'accueil de la petite enfance.* Consulté le 15 avril 2021, à l'adresse : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-151P_egalite_fille_garcon_petite_enfance.pdf

Ministère de l'emploi et de la solidarité, (1998). Rapport sur *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.* Consulté le 14 Avril 2021, à l'adresse : http://editions.ensp.fr

Observatoire français de drogues et des Toxicomanies, (2014). *Enquête PELLEAS (Programme d'Étude sur les Liens et L'impact des Écrans sur l'Adolescent Scolarisé).* Consulté le 2 Avril 2021, à l'adresse https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/projets-termines/pelleas/

Piaget, J. (1961). *Les mécanismes perceptifs : modèles probabilistes, analyse génétique, relations avec l'intelligence.* Presses Universitaires de France.

Pireyre, E. (2015). Chapitre 6. L'identité sexuée. *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (pp. 67-71). Dunod.

Pireyre, E. (2015). Chapitre 12. Les angoisses corporelles archaïques. *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (pp. 141-156). Dunod.

Potel, C. (2015). *Être psychomotricien.* Érès.

Quevauvilliers, J. (2009). *Dictionnaire médical.* (p. 59). Masson.

Régnier-Loilier, A. (2013). Focus – Séparation et rupture des relations entre le père et l'enfant. *Information sociales,* 2(2), 70-74. https://doi.org/10.3917/inso.176.0070

Reuillard, P. (2008). La préoccupation paternelle… primaire du père suffisamment bon. *Le Journal des psychologues*, 10(10), 51-54. https://doi.org/10.3917/jdp.263.0051

Rivière, J. (2003). *Le développement psychomoteur du jeune enfant.* Solal.

Rouyer, V. (2007). *La construction de l'identité sexuée*. Armand Colin.

Siag, J. (2019). Le temps d'écran excessif associé à des problèmes de comportement. *La presse*. Consulté le 26 Avril 2021, à l'adresse https://www.lapresse.ca/societe/sante/2019-04-19/le-temps-d-ecran-excessif-associe-a-des-problemes-de-comportement

Spitz, R. (1968). *De la naissance à la parole.* Presses Universitaires de France.

Stambak, M. (1956). *Contribution à l'étude du développement moteur chez le nourrisson.* (p. 49-59). Enfance.

Stoleru, S. Mazet, P. (2003). *3ème édition, psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, développement des interactions précoces.* Masson.

Streri, A. (1991). Voir, atteindre, toucher. *Les relations entre la vision et le toucher chez le bébé*. Presses Universitaires de France.

Thirion, M. (2002). *Les compétences du nouveau-né,* Albin Michel.

Vachez-Gatecel, A. (2016). *L'enfant et l'imaginaire.* p. 42. Dunod.

Vachez-Gatecel, A. Valentin-Lefranc, A. (2019). *Le grand livre des pratiques psychomotrices.* p. 1-2. Dunod.

Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité : l'espace potentiel.* Gallimard.

Winnicott, D.W. (1992). *Le bébé et sa mère*. Payot.

Zaouche-Gaudron, C. (2006). Enfants et précarités. *Le Journal des psychologues*, 7(7), 63-66. https://doi.org/10.3917/jdp.240.0063

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I : …… I
Diagrammes des différentes questions du sondage des étudiants en psychomotricité

ANNEXE II : …….. V
Diagrammes des différentes questions du sondage des psychomotriciens

ANNEXE III : …… XI
Diagrammes des différentes questions du sondage des étudiants et professionnels paramédicaux

ANNEXE IV : …….. XVIII
Diagrammes des différentes questions du sondage des enseignants

ANNEXE V : …… XXIV
Questionnaire des représentations corporelles de Moyano

ANNEXES I : Diagrammes des différentes questions du sondage des étudiants en psychomotricité

Diagramme en pourcentage représentant la répartition des étudiants en psychomotricité selon les années d'étude :

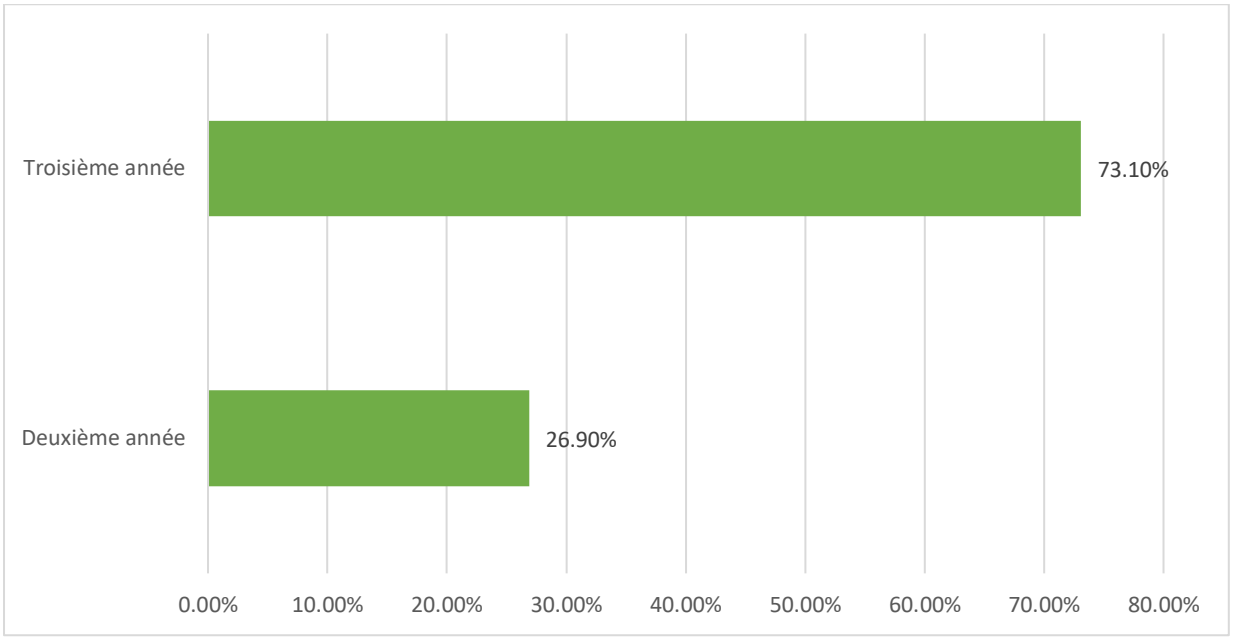


Diagramme en pourcentage représentant la répartition des étudiants dans les écoles :

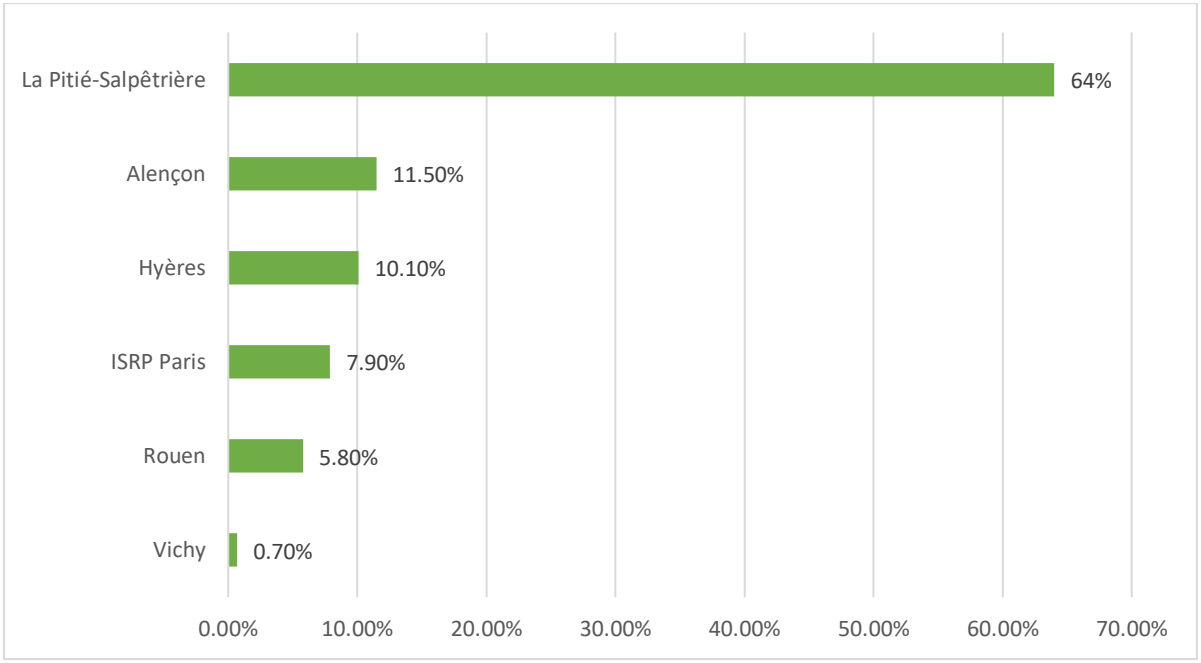


Diagramme en pourcentage de la répartition des étudiants dans les structures :

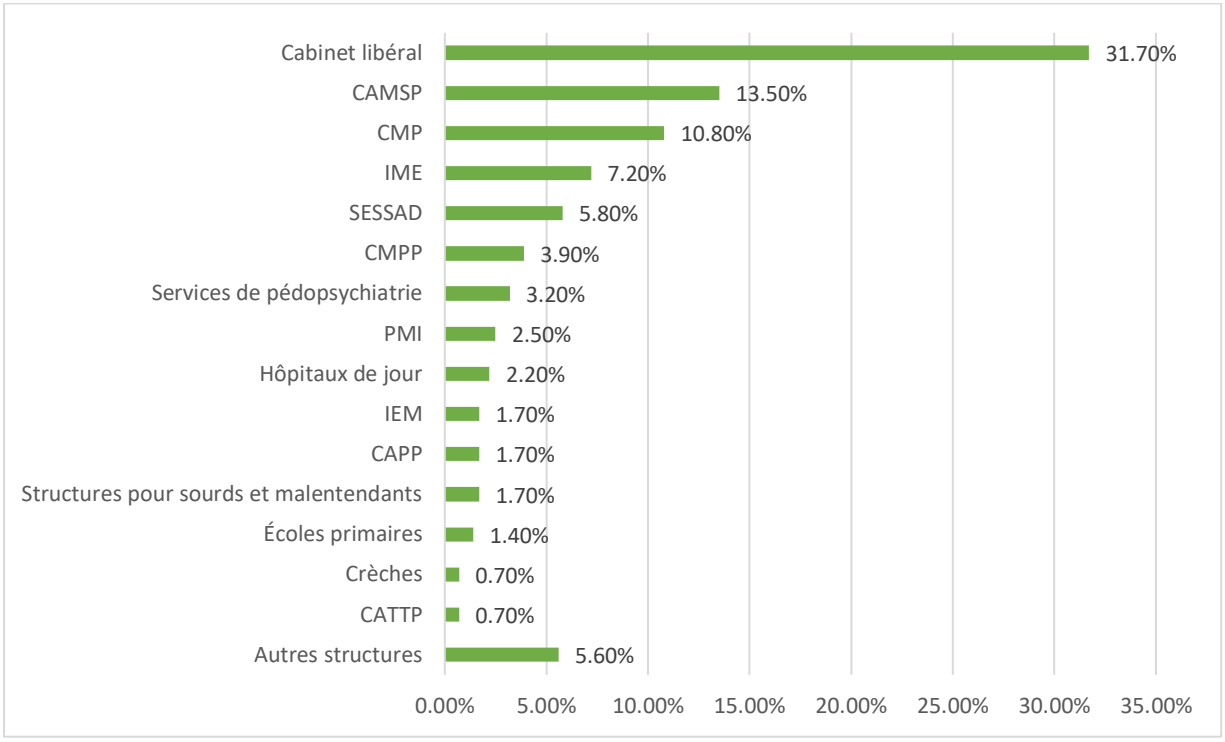


Diagramme en pourcentage représentant la répartition des enfants en divers tranches d'âges :

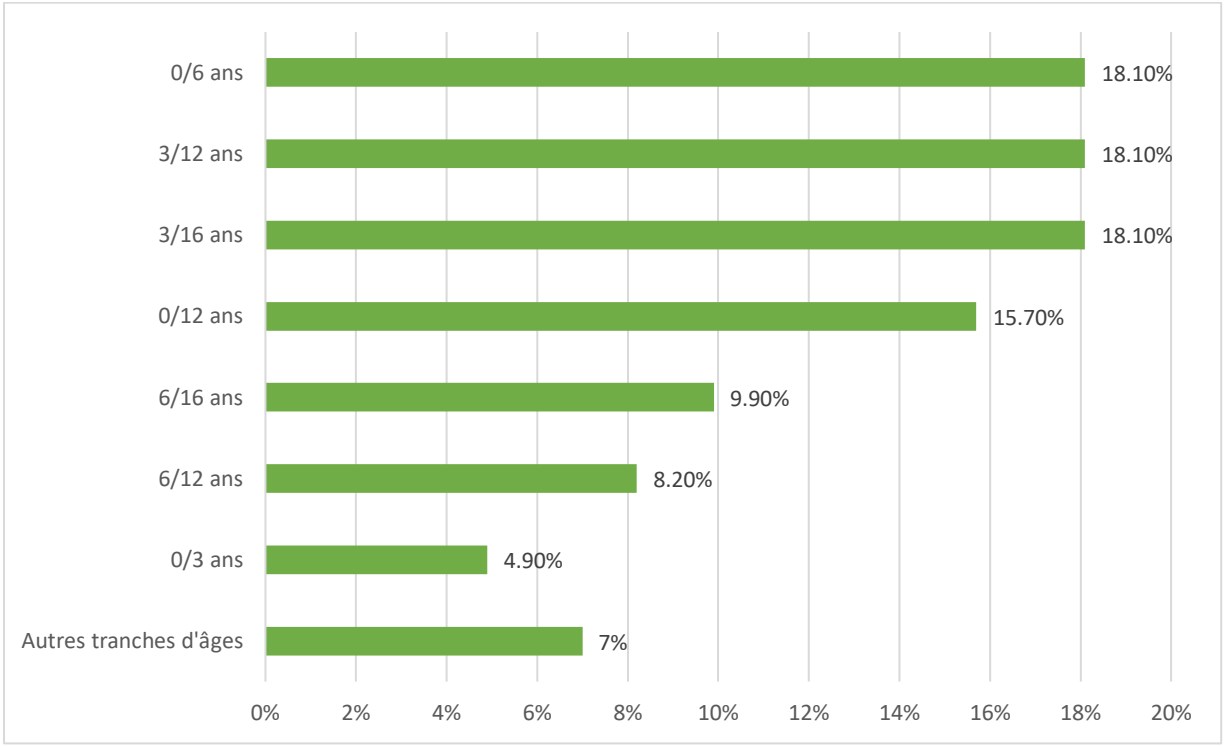


Diagramme en pourcentage de la répartition des étudiants en stage dans les différentes régions en France :

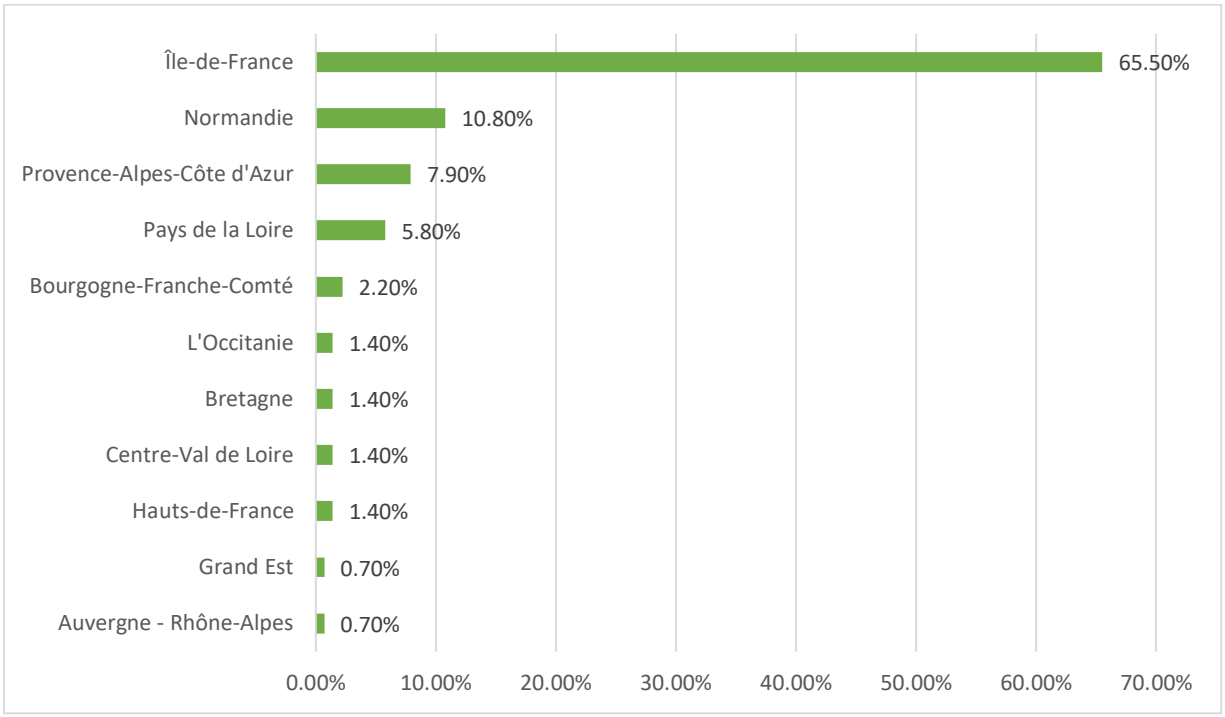


Diagramme représentant le nombre de garçons et de filles suivis en psychomotricité :

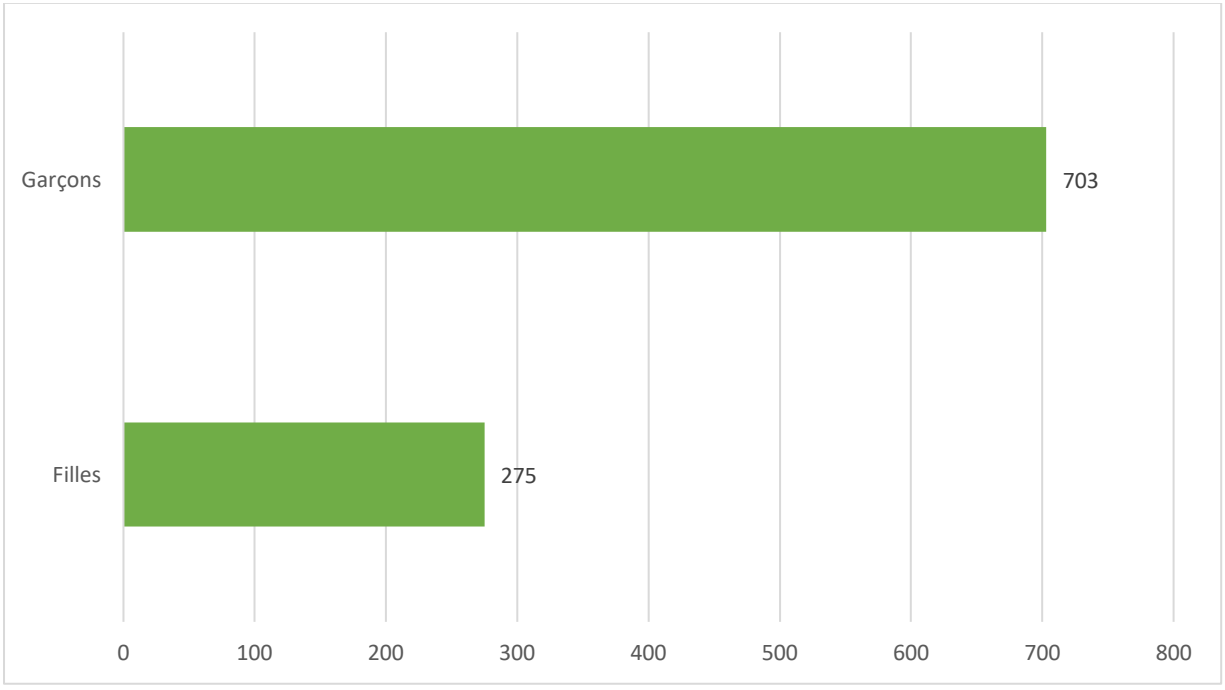


Diagramme en pourcentage représentant les motifs de consultation pour les garçons :

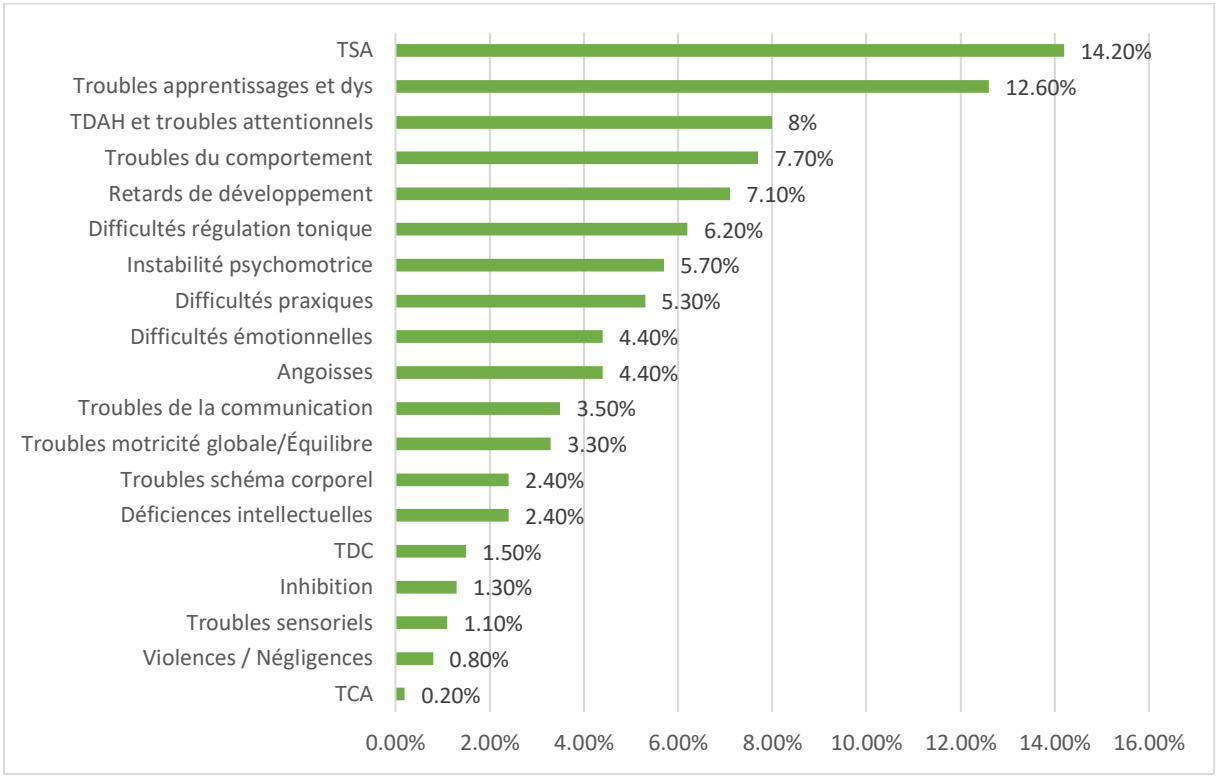
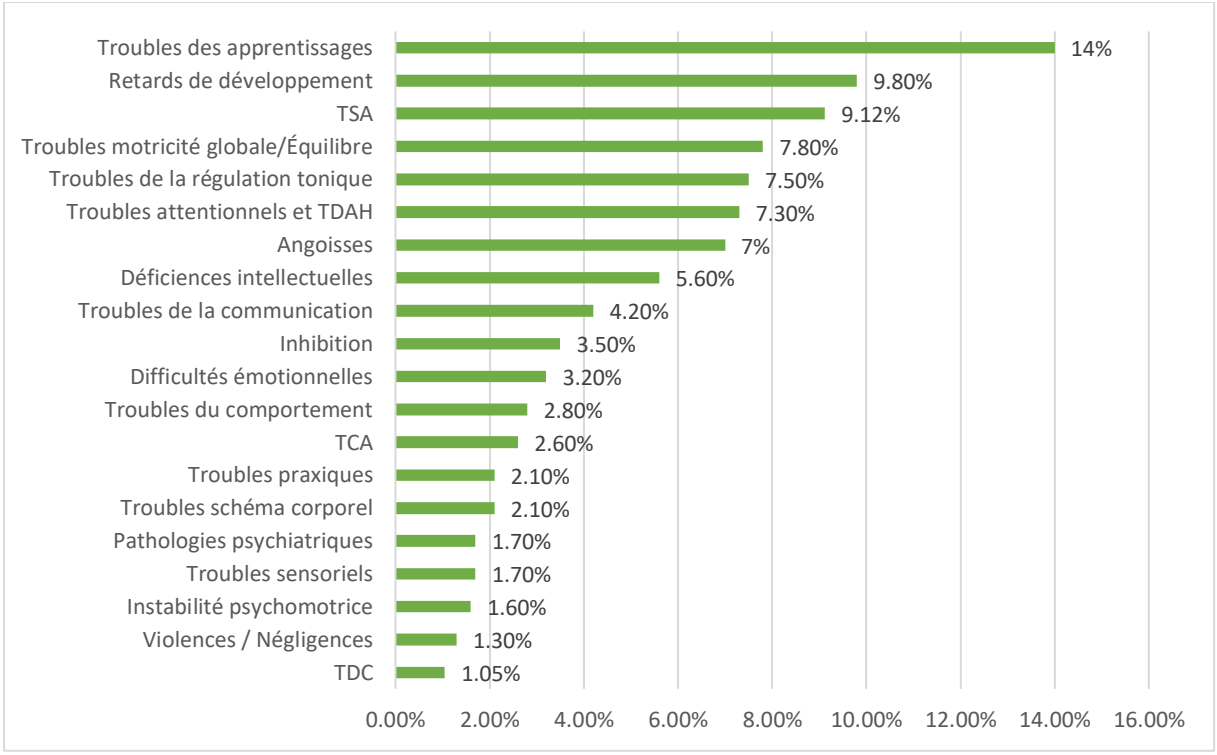


Diagramme en pourcentage représentant les motifs de consultation pour les filles :



ANNEXE II : Diagrammes des différentes questions du sondage des psychomotriciens

Diagramme en pourcentage représentant la répartition de l'année de diplôme des psychomotriciens :

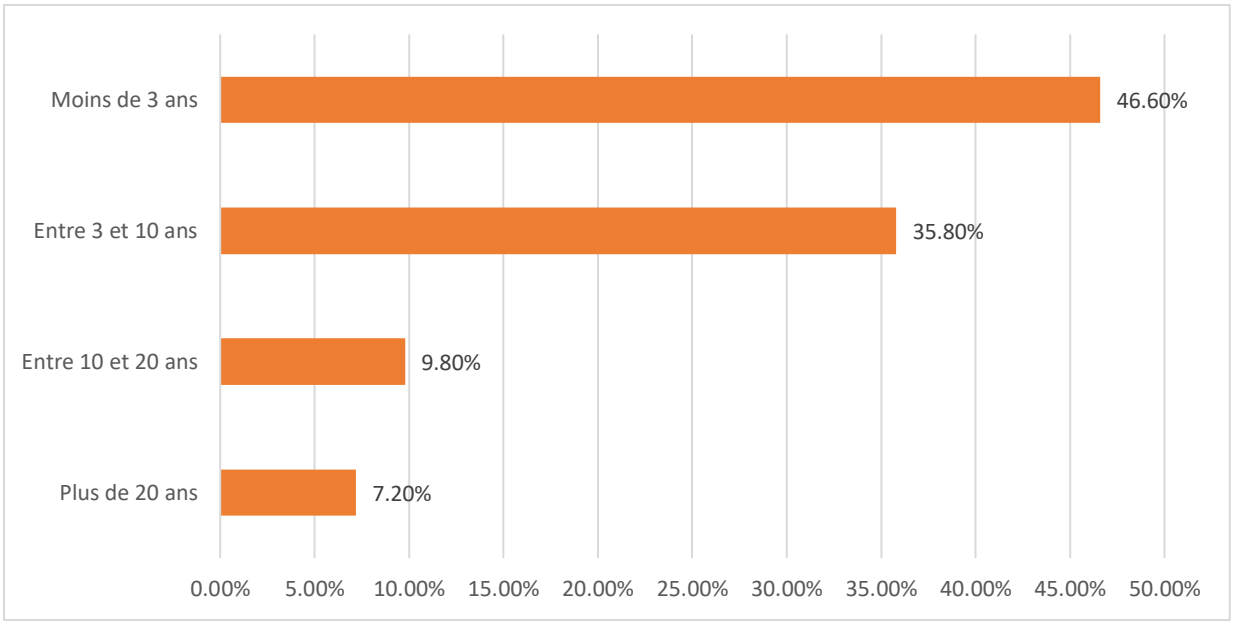


Diagramme en pourcentage de la répartition des écoles où les psychomotriciens ont fait leur formation :

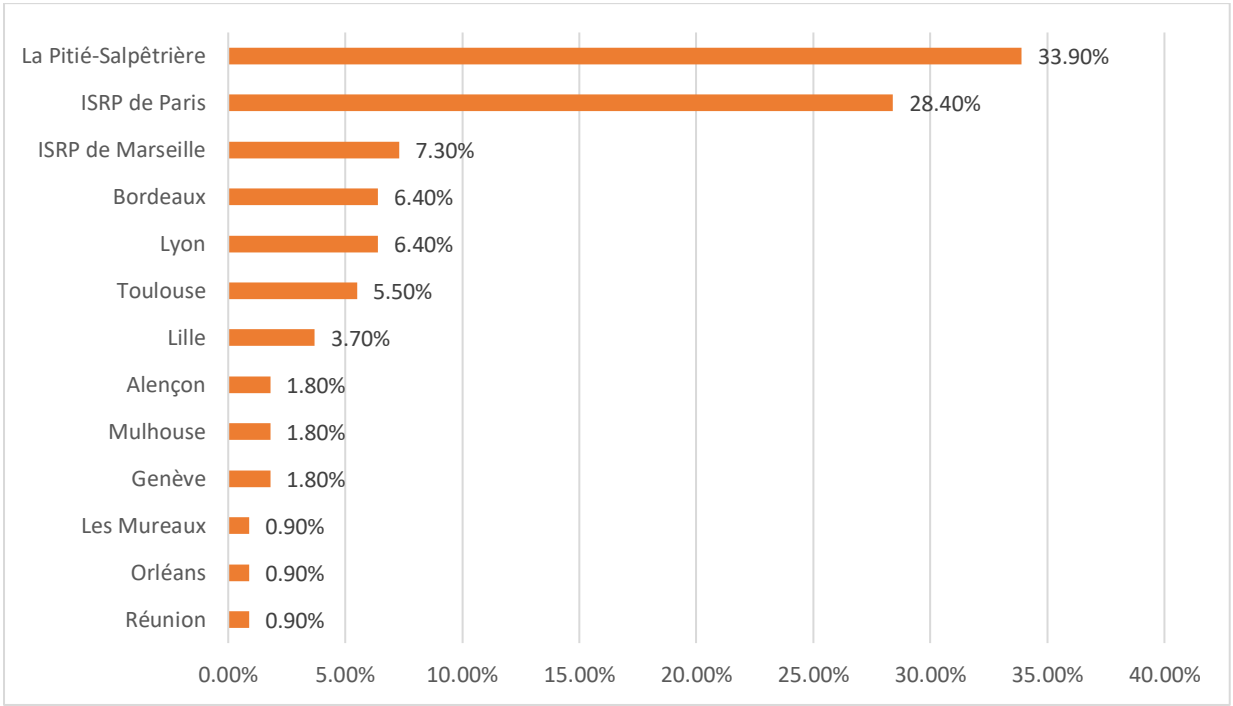


Diagramme en pourcentage représentant le lieu d'exercice des psychomotriciens :

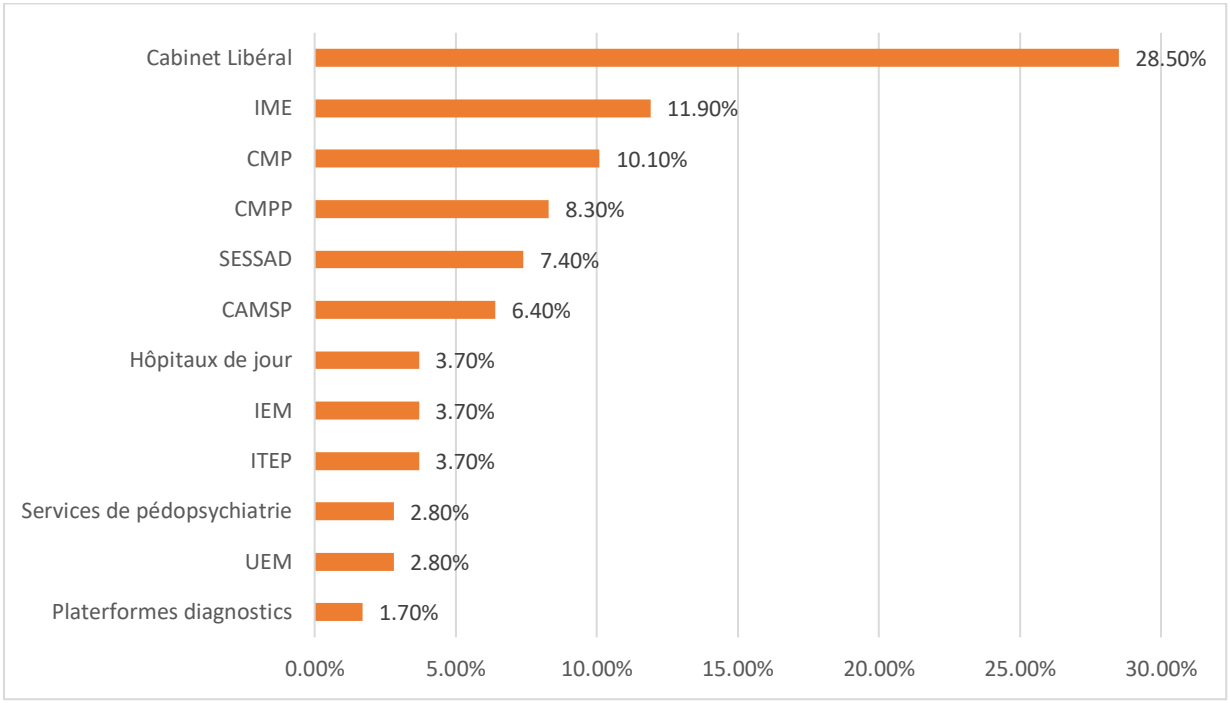


Diagramme en pourcentage représentant la répartition des psychomotriciens dans les différentes régions :

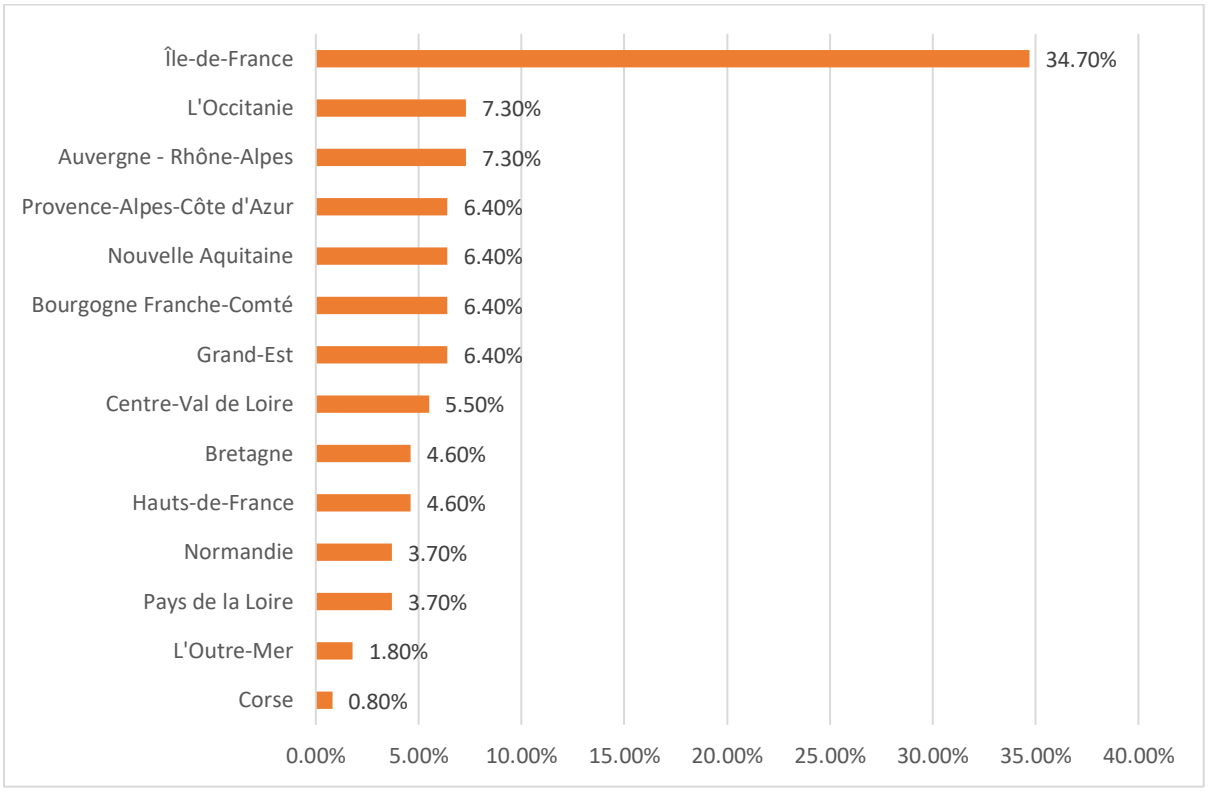


Diagramme en pourcentage de la répartition des années passées au sein d'une structure pour les psychomotriciens :

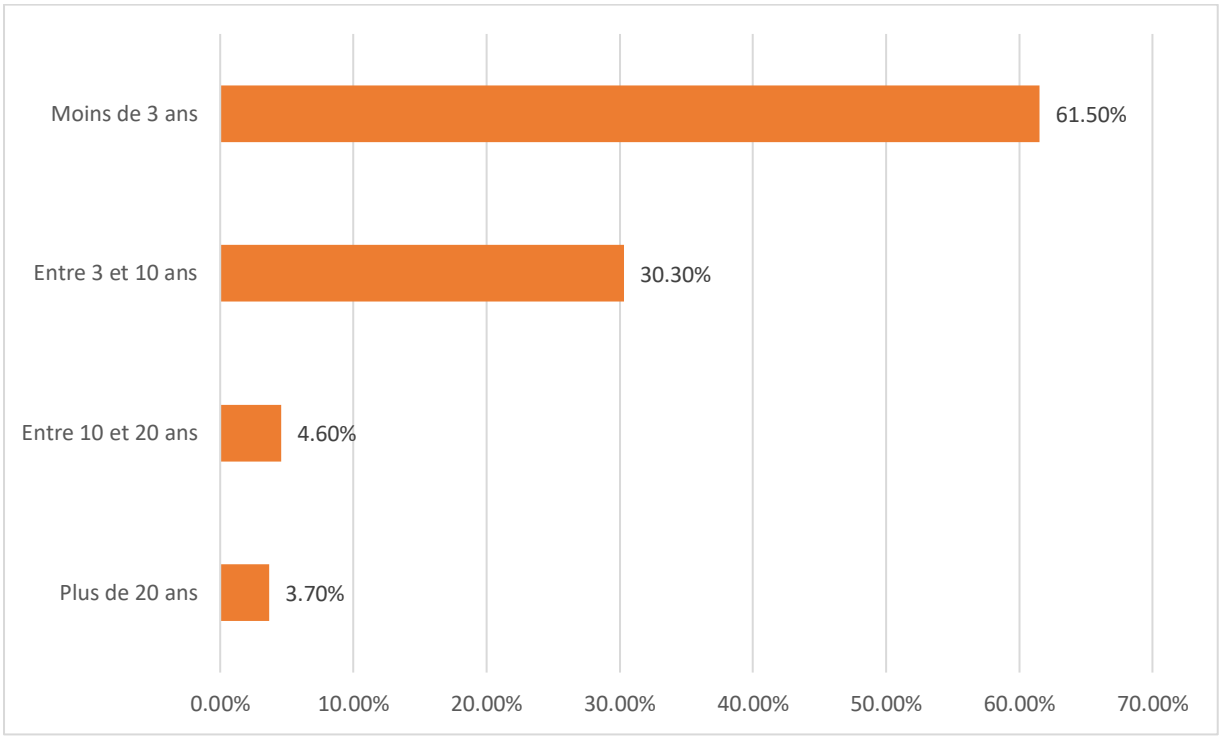


Diagramme en pourcentage représentant la répartition des enfants en divers tranches d'âges :

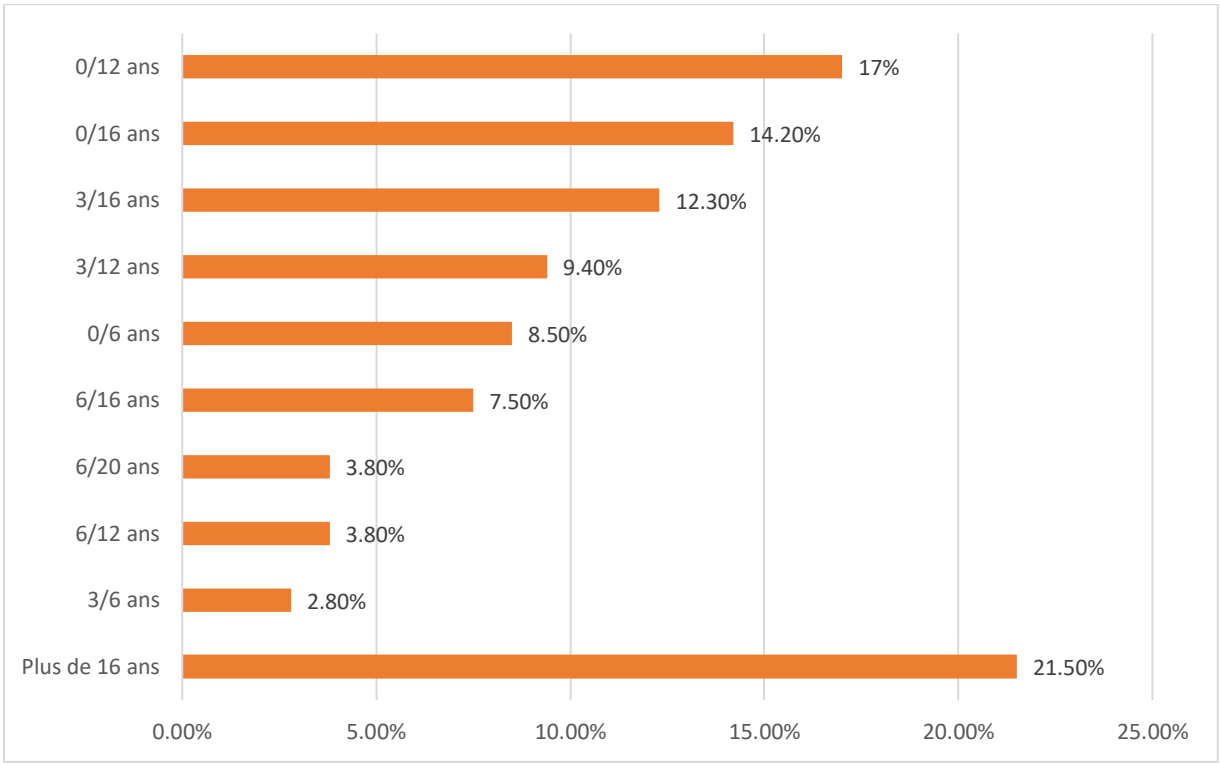


Diagramme représentant le nombre de garçons et de filles suivis en psychomotricité :

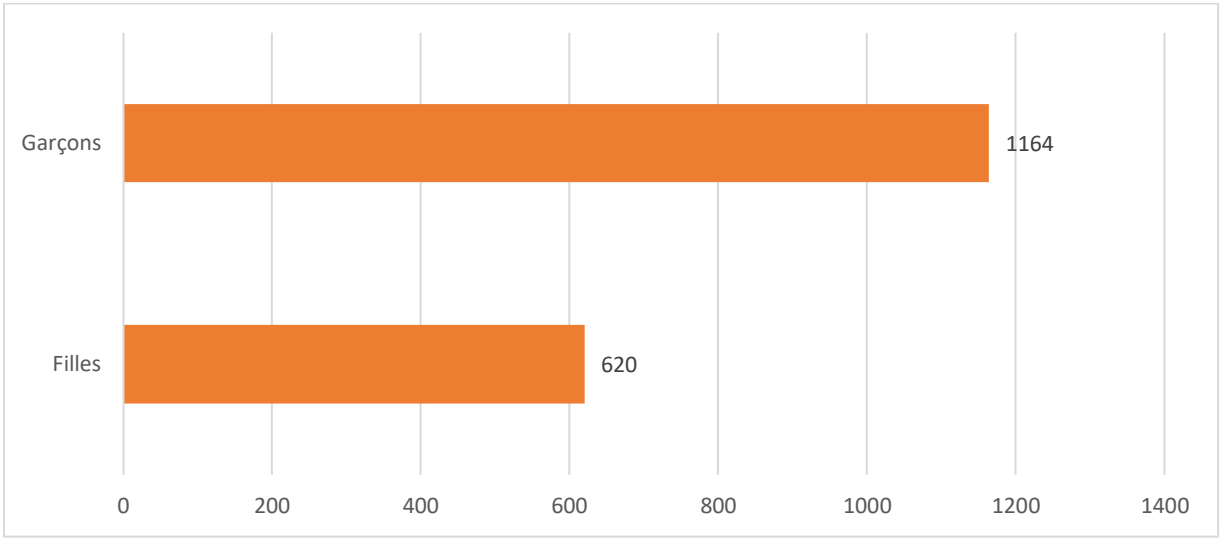


Diagramme en pourcentage représentant les motifs de consultation pour les garçons :

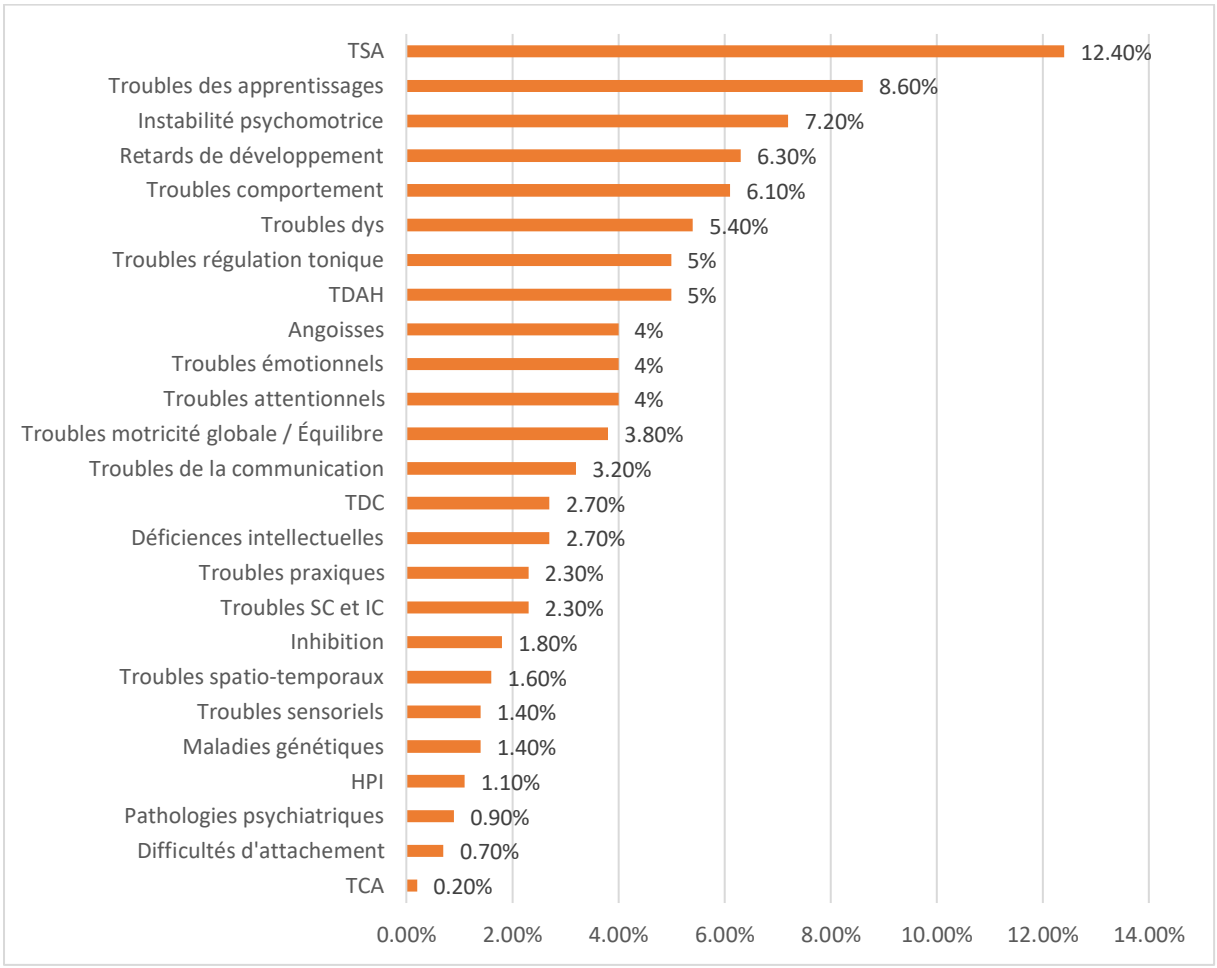


Diagramme en pourcentage représentant les motifs de consultation pour les filles :

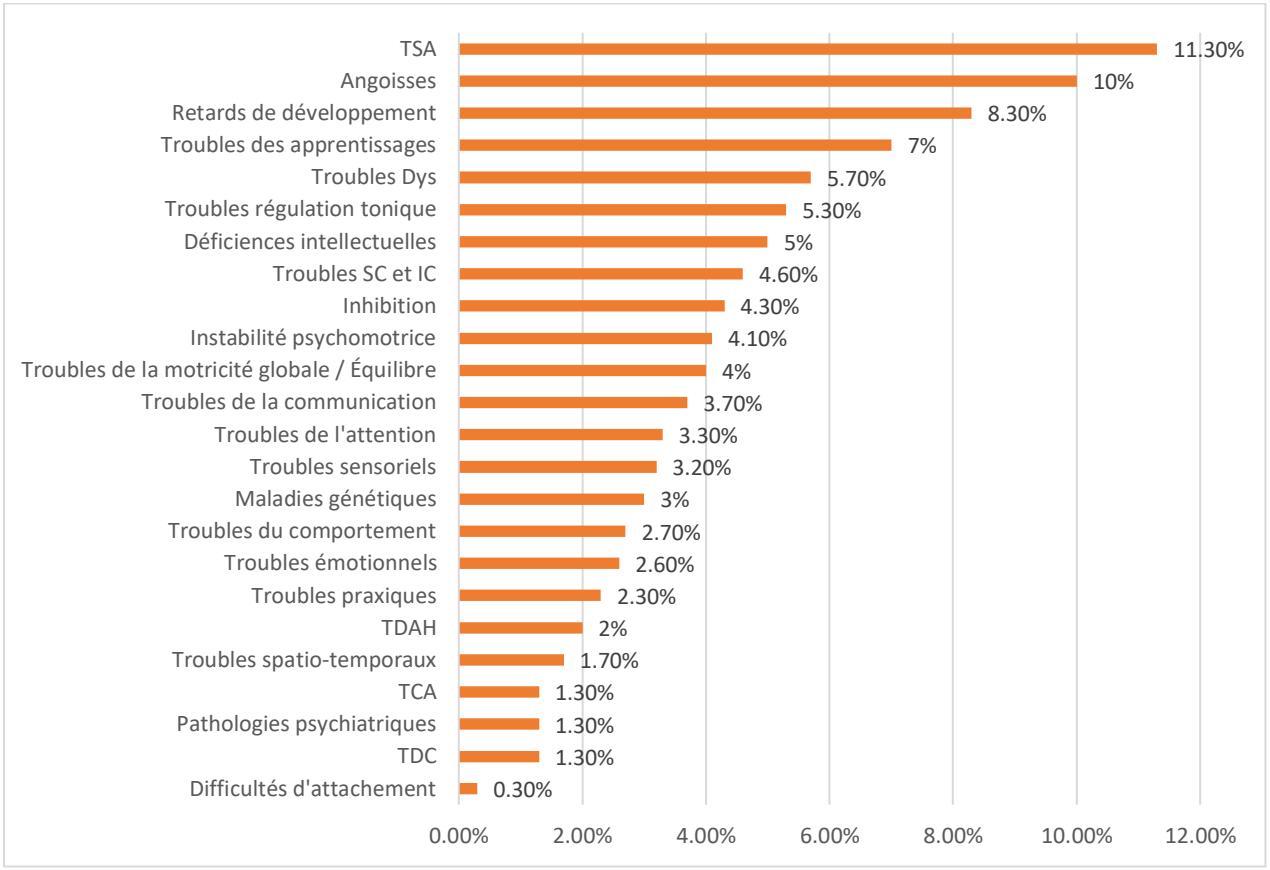


Diagramme en pourcentage des différentes situations familiales pour des garçons en difficultés :

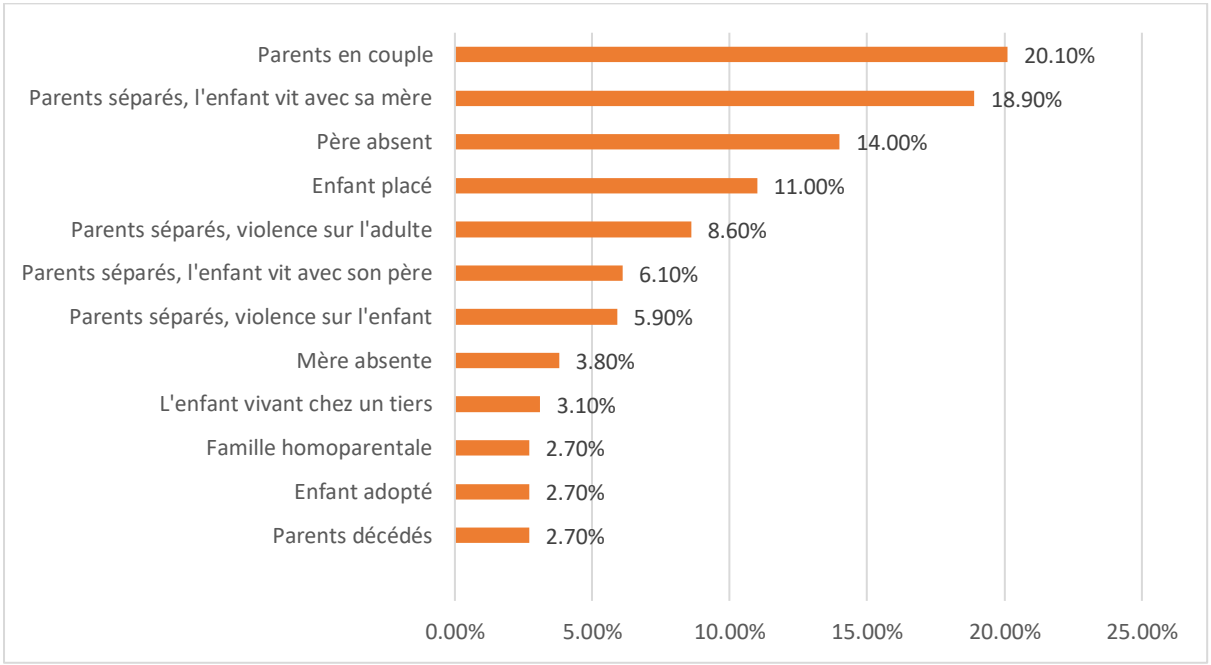
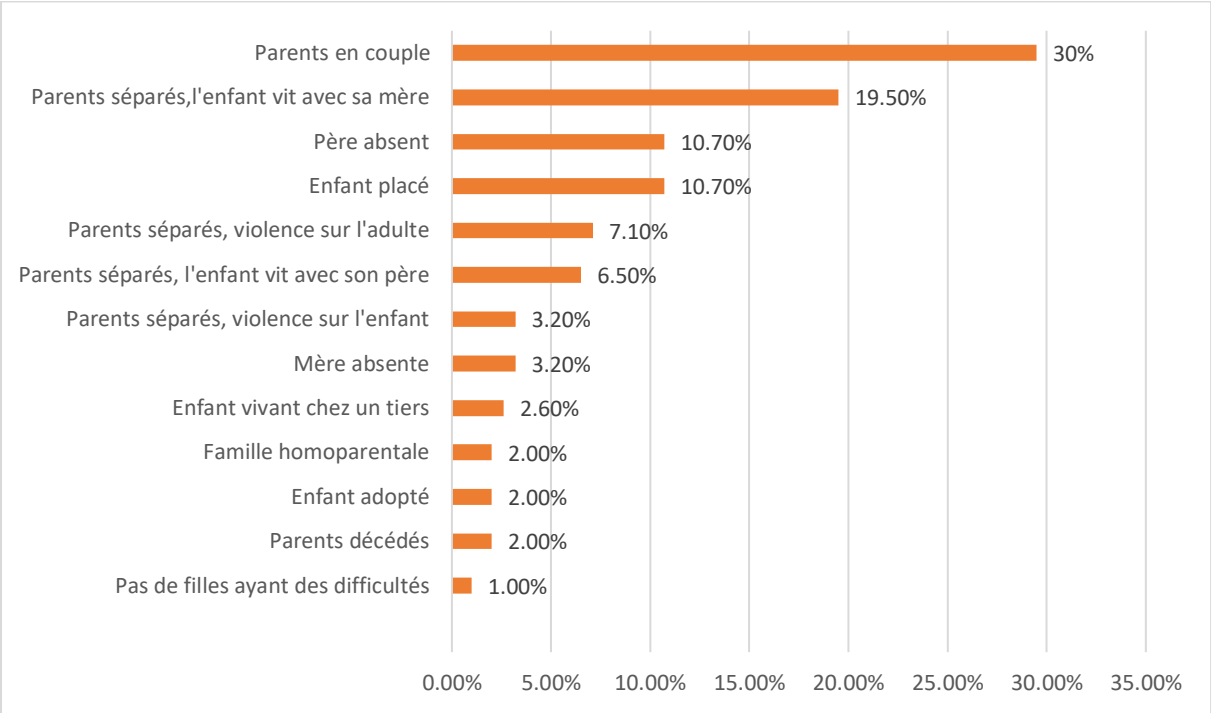


Diagramme en pourcentage des différentes situations familiales pour des filles en difficultés :



ANNEXE III : Diagrammes des différentes questions du sondage des étudiants et professionnels paramédicaux

Diagramme en pourcentage de la répartition des étudiants et professionnels paramédicaux dans les diverses formations :

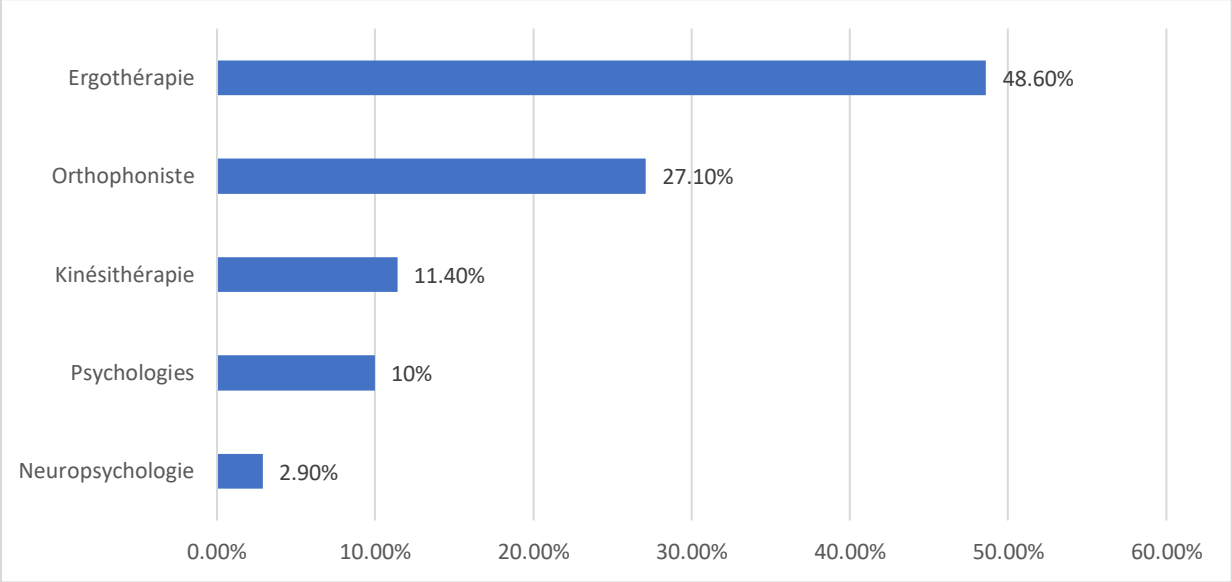


Diagramme en pourcentage de la répartition des étudiants et professionnels paramédicaux selon les années d'études :

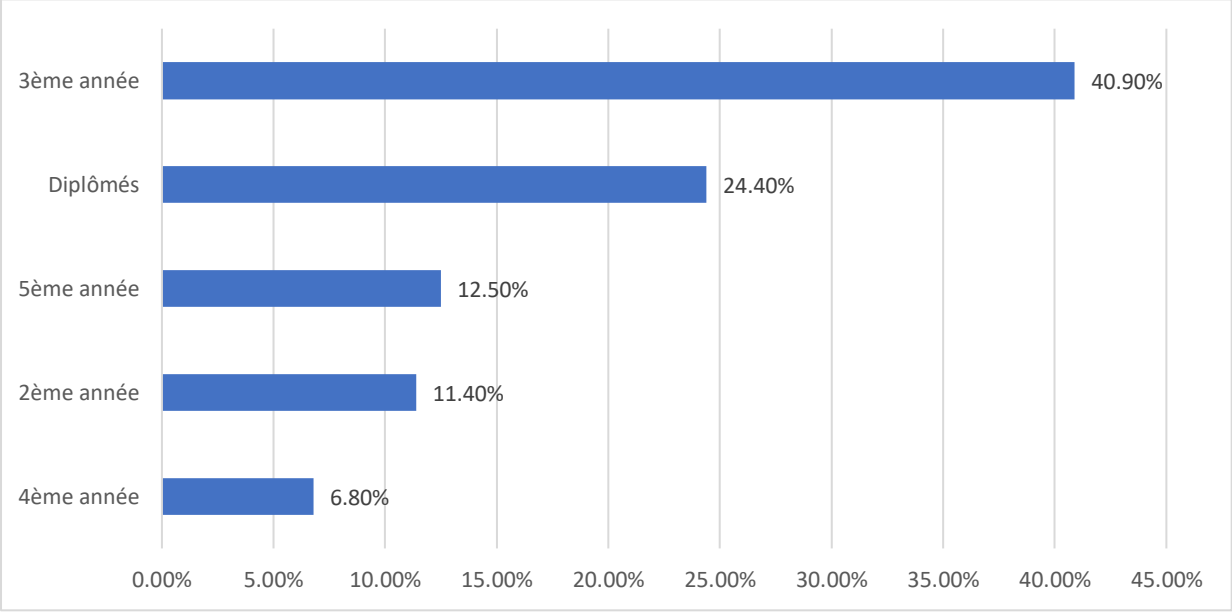


Diagramme en pourcentage représentant la répartition dans les divers lieux d'exercices des étudiants et professionnelles paramédicaux :

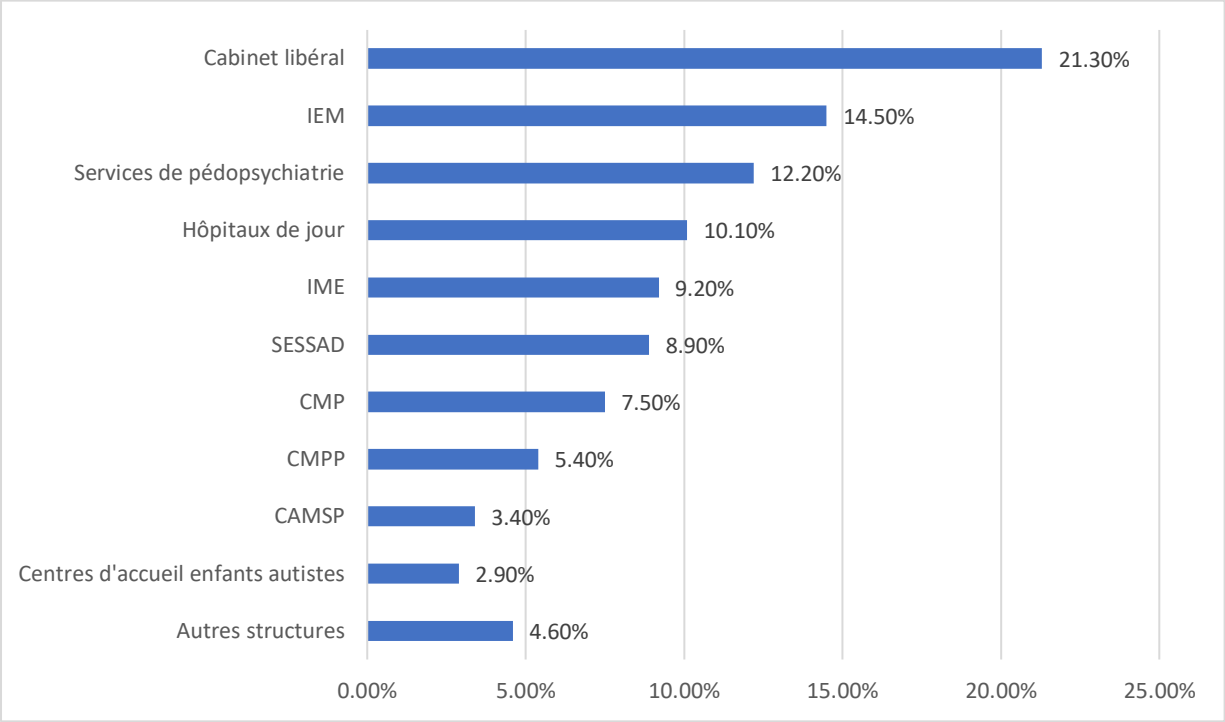


Diagramme en pourcentage de la répartition des enfants selon leur tranches d'âges :

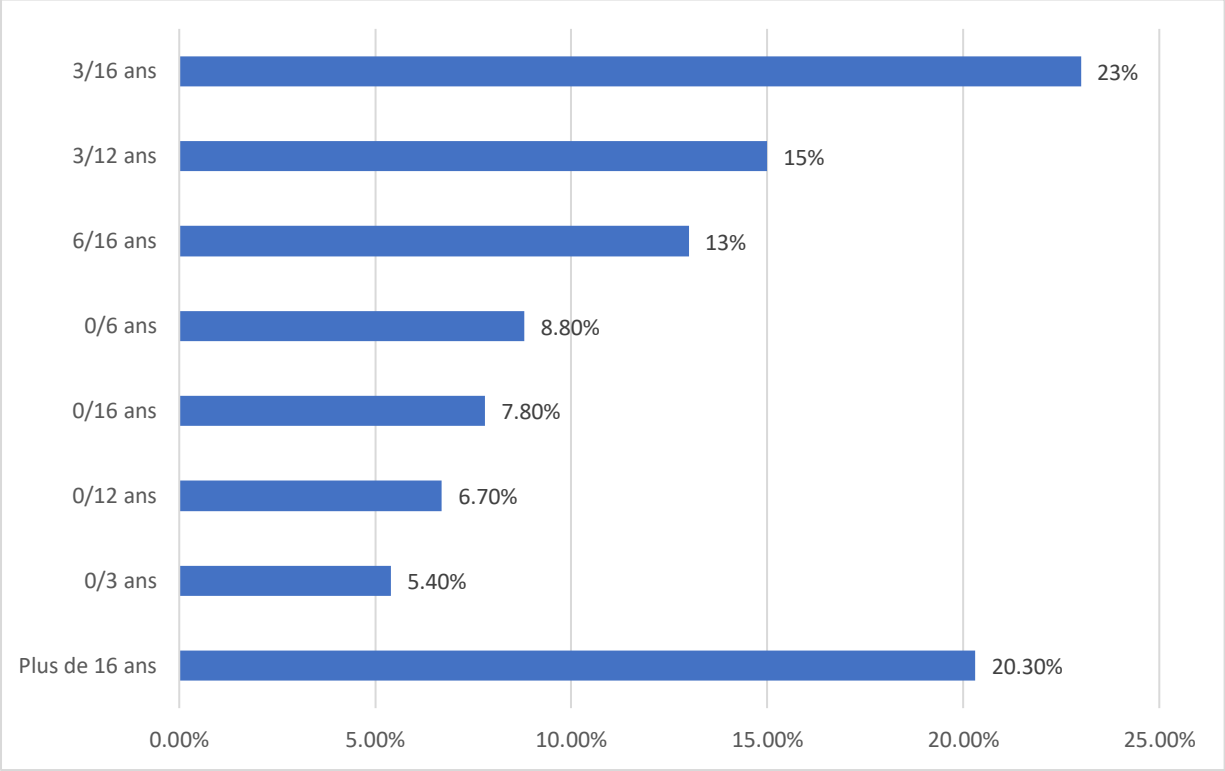


Diagramme en pourcentage de la répartition des étudiants et professionnels paramédicaux dans les différentes régions en France et à l'étranger :

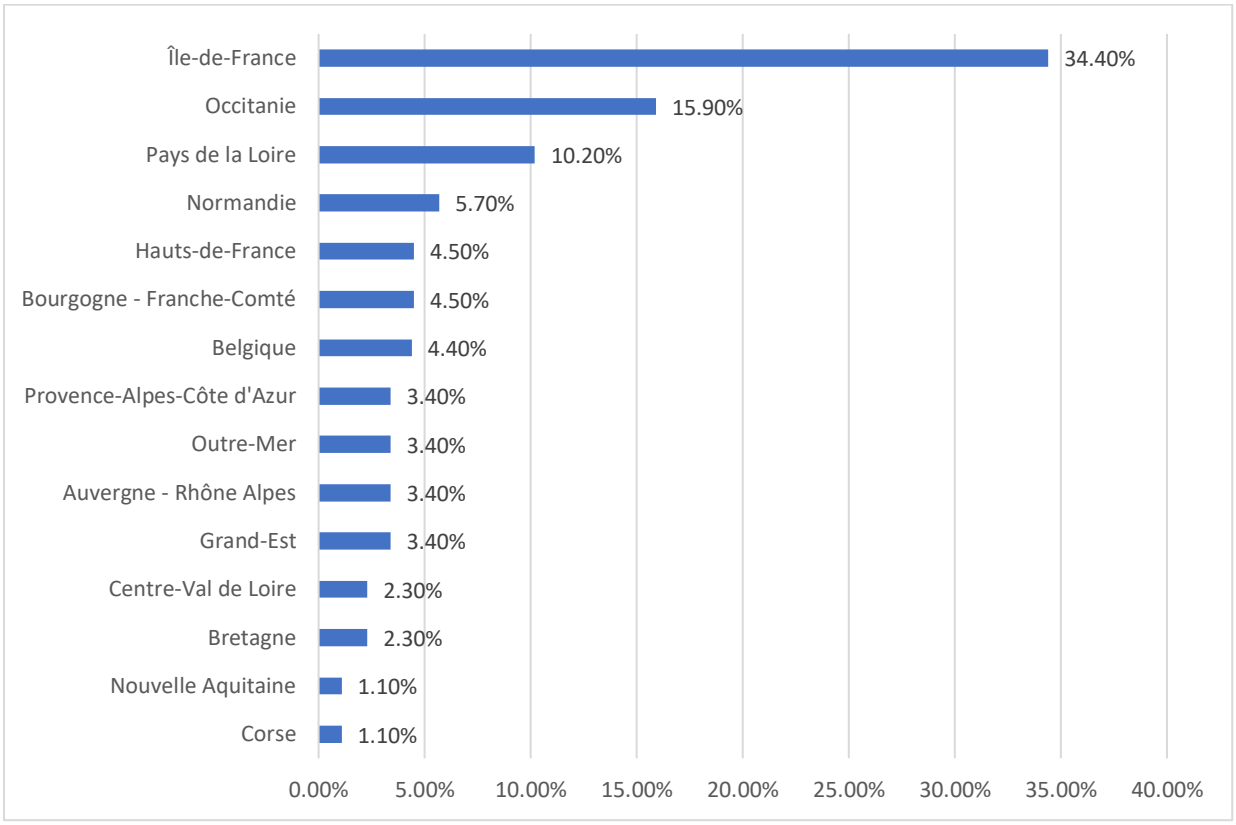


Diagramme en pourcentage du nombre de garçons et de filles suivis en orthophonie :

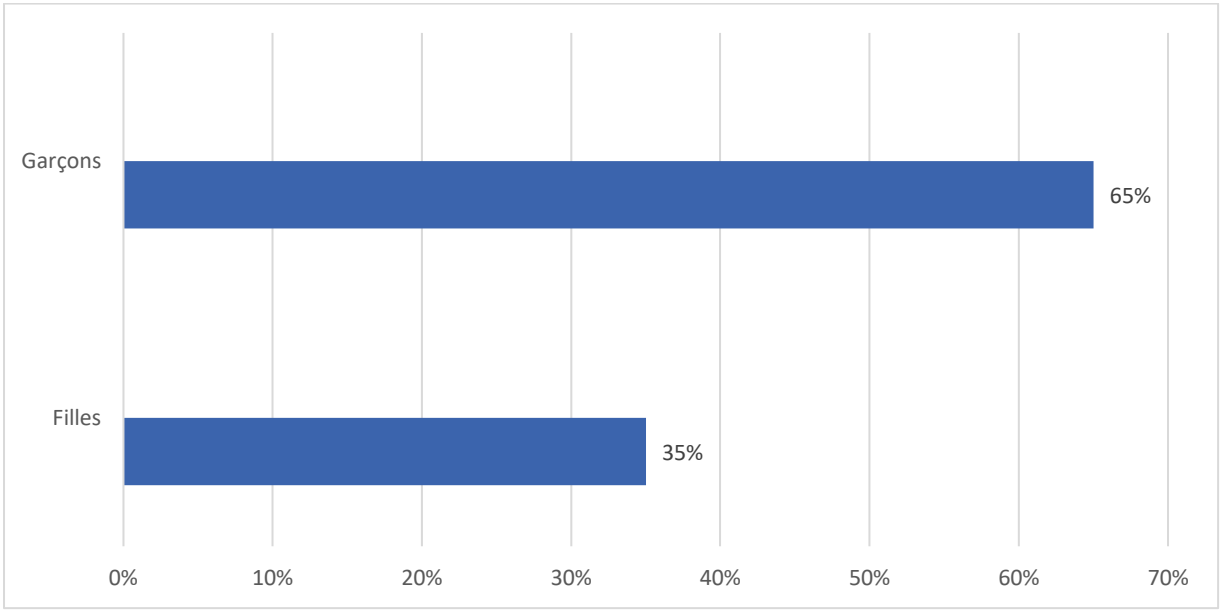


Diagramme en pourcentage du nombre de garçons et de filles suivis en kinésithérapie :

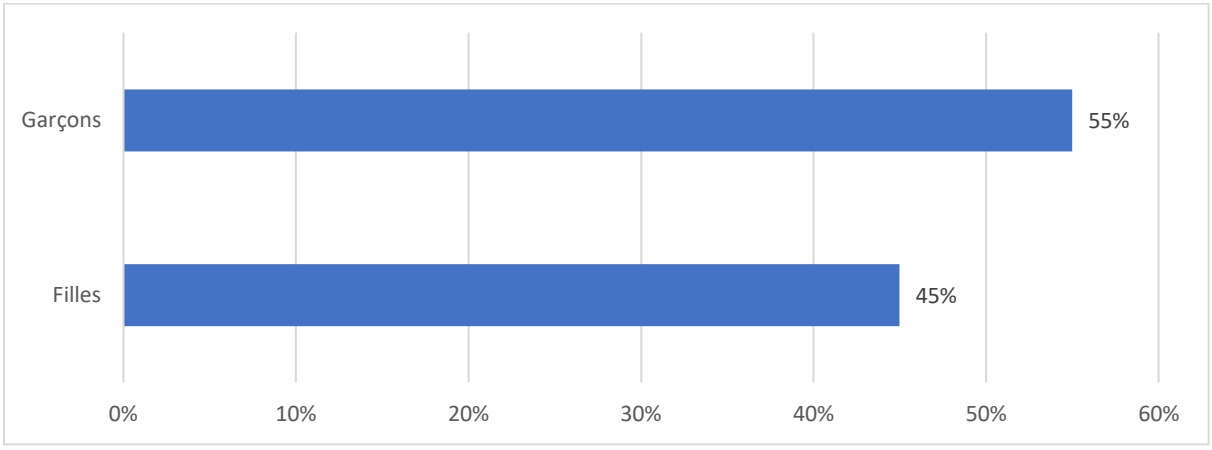


Diagramme en pourcentage du nombre de garçons et de filles suivis en neuropsychologie :

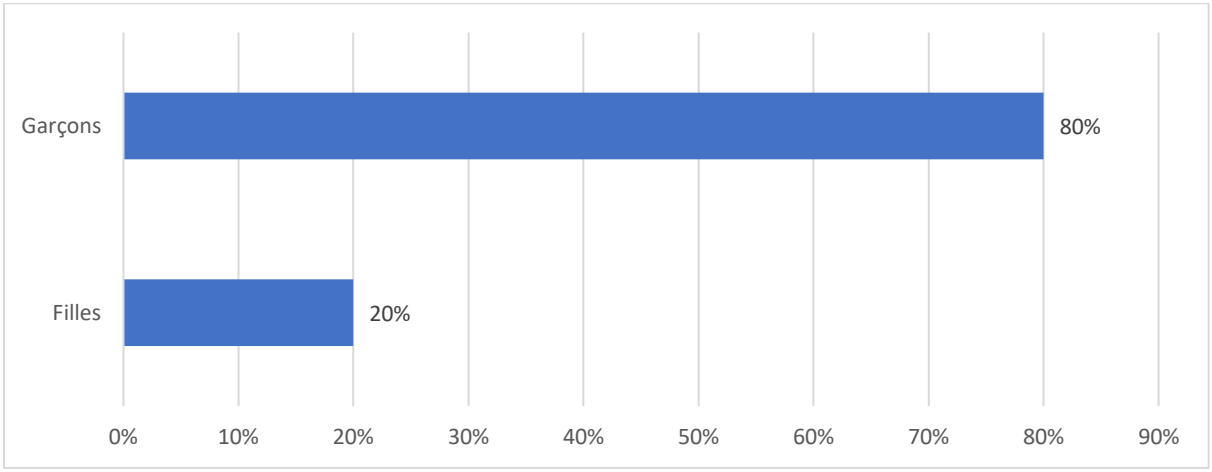


Diagramme en pourcentage du nombre de garçons et de filles suivis en ergothérapie :

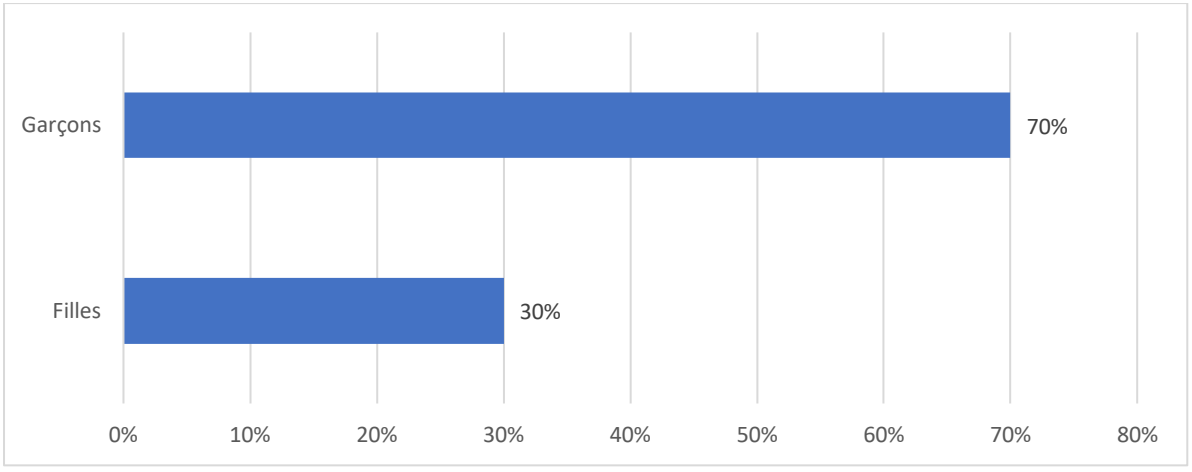


Diagramme en pourcentage du nombre de garçons et de filles suivis en psychologie :

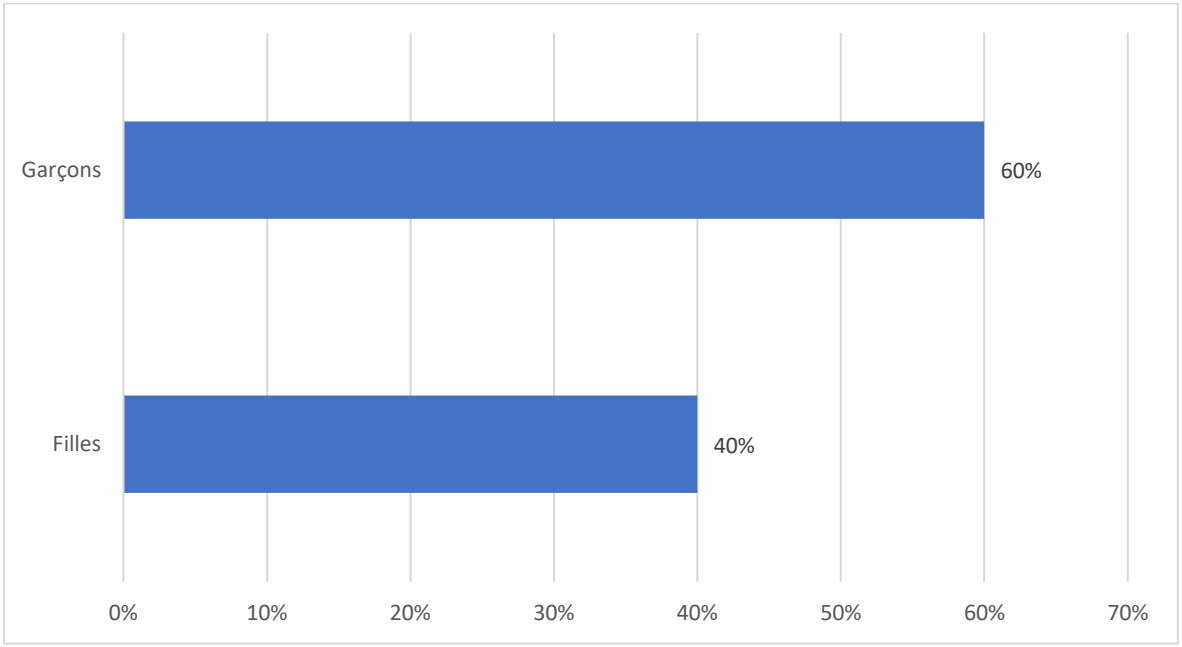


Diagramme en pourcentage représentant les difficultés des garçons relevées en psychologie :

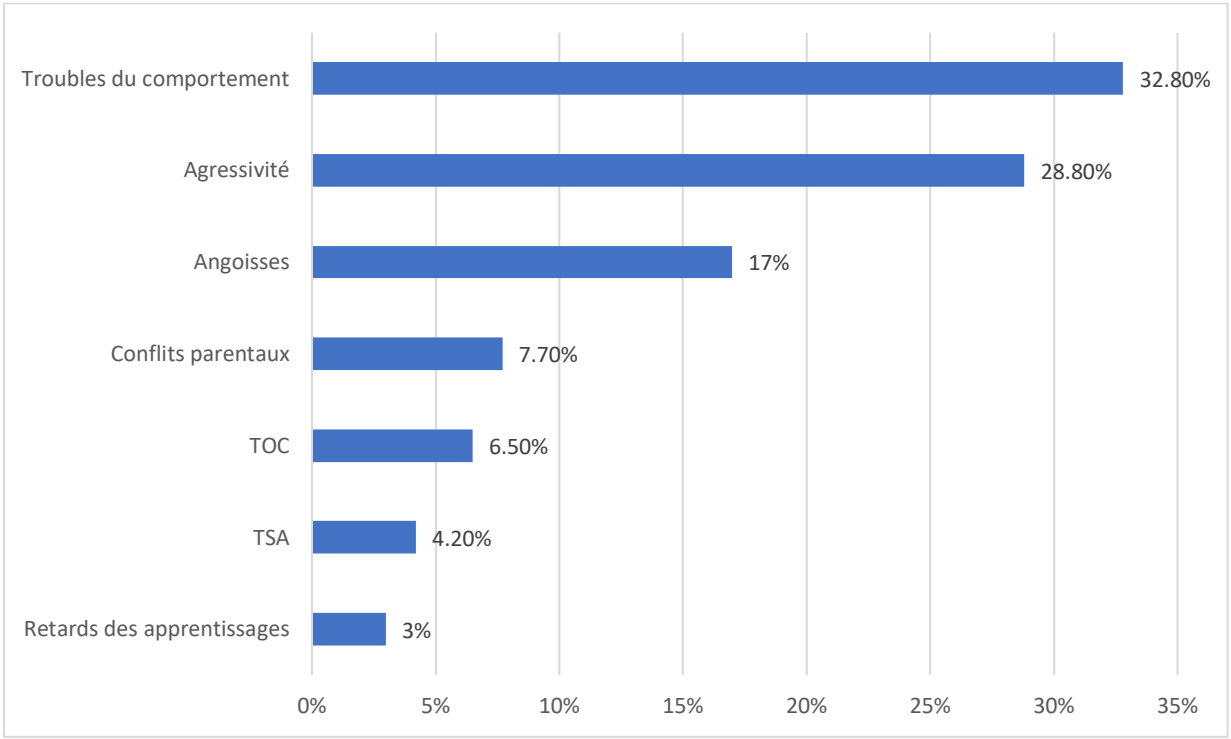


Diagramme en pourcentage représentant les difficultés des garçons relevées en ergothérapie :

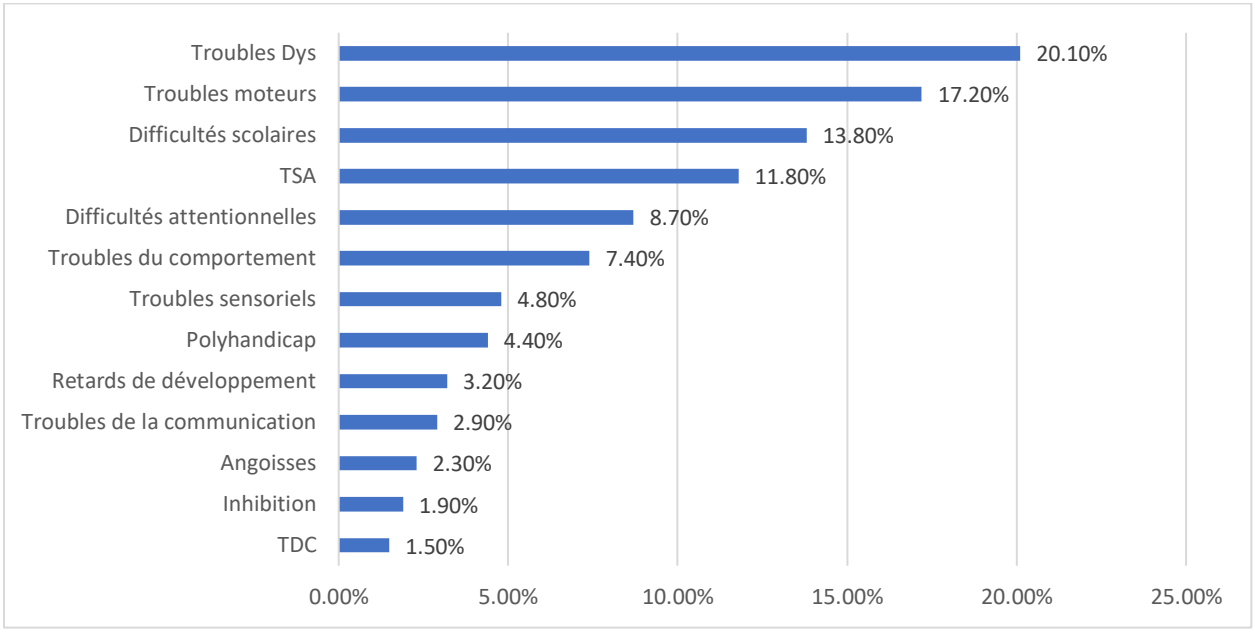


Diagramme en pourcentage représentant les difficultés des garçons relevées en orthophonie :

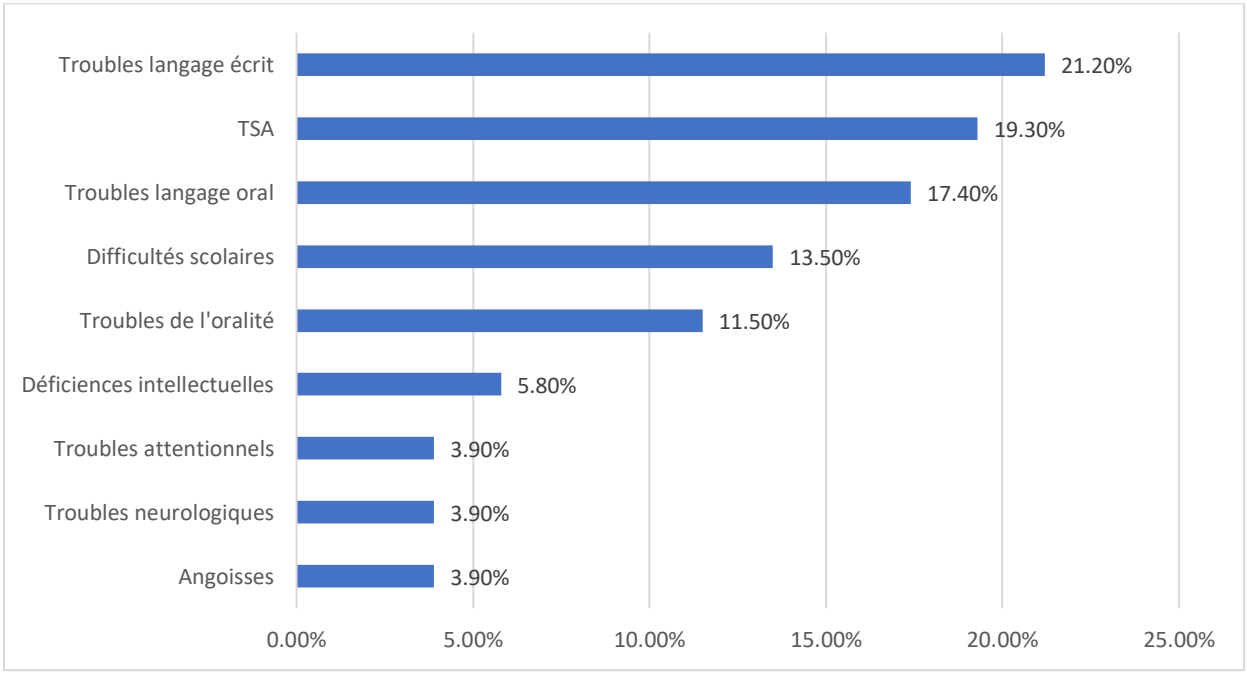


Diagramme en pourcentage représentant les difficultés des filles relevées en ergothérapie :

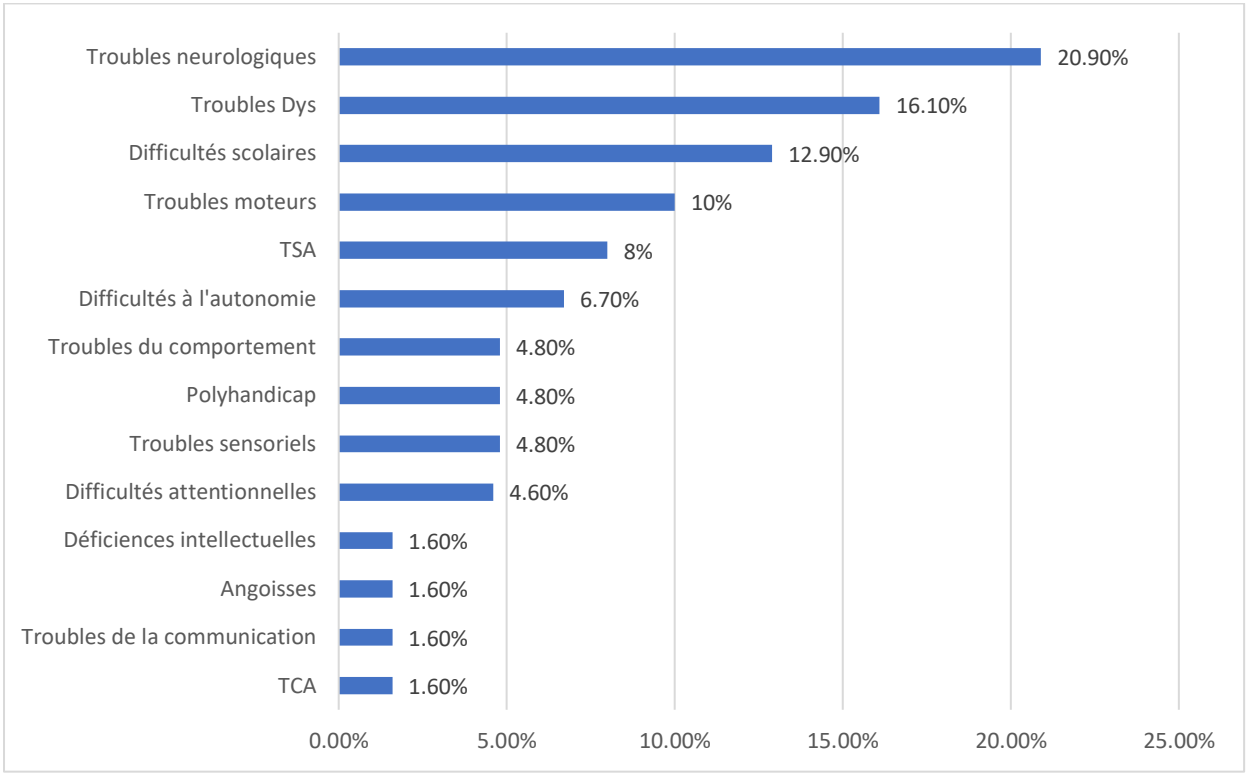
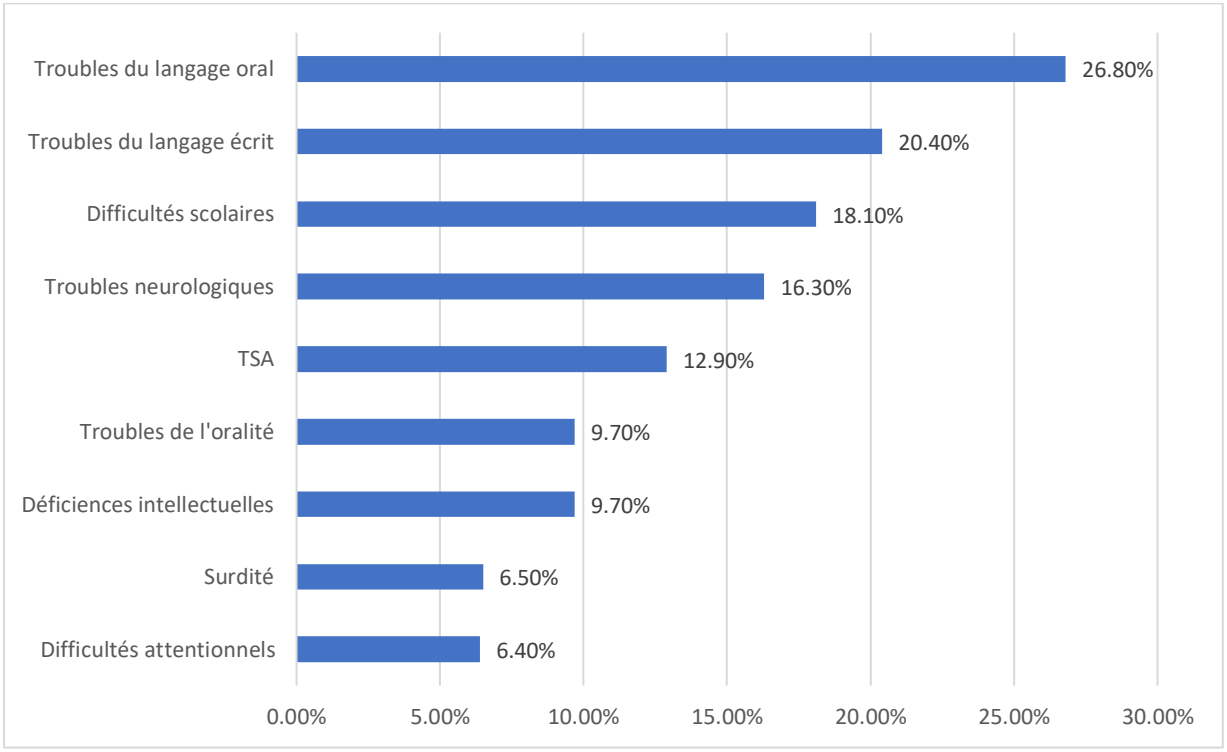


Diagramme en pourcentage représentant les difficultés des filles relevées en orthophonie :



ANNEXE IV : Diagrammes des différentes questions du sondage des enseignants

Diagramme en pourcentage de la répartition des enseignants selon leur ancienneté :

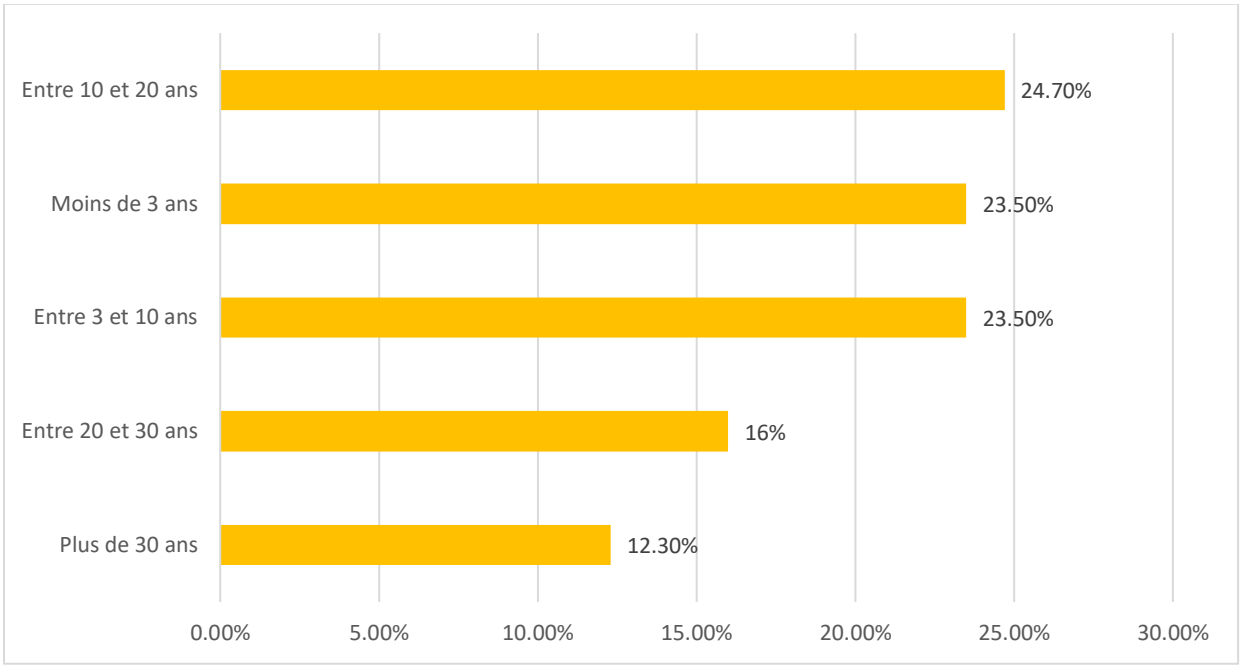


Diagramme en pourcentage de la répartition des enseignants dans les divers niveaux scolaires :

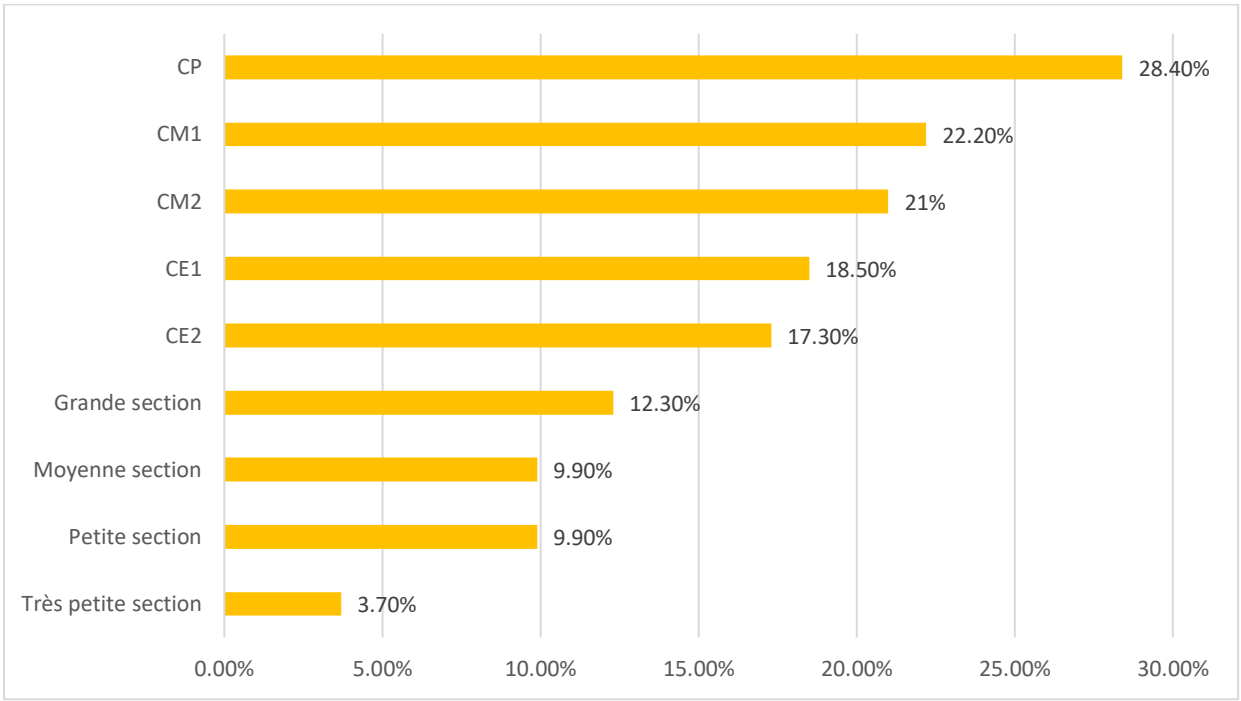


Diagramme en pourcentage représentant les difficultés pour les garçons mentionnés par les enseignants :

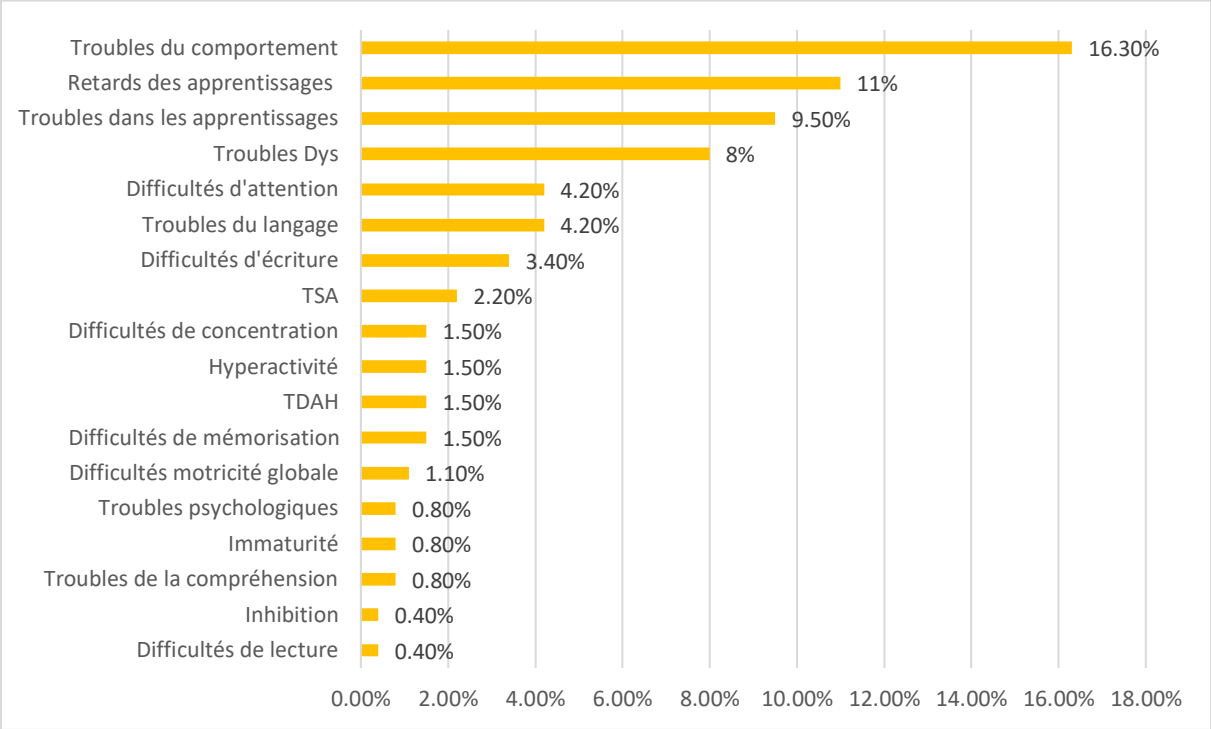


Diagramme en pourcentage représentant les difficultés pour les filles mentionnées par les enseignants :

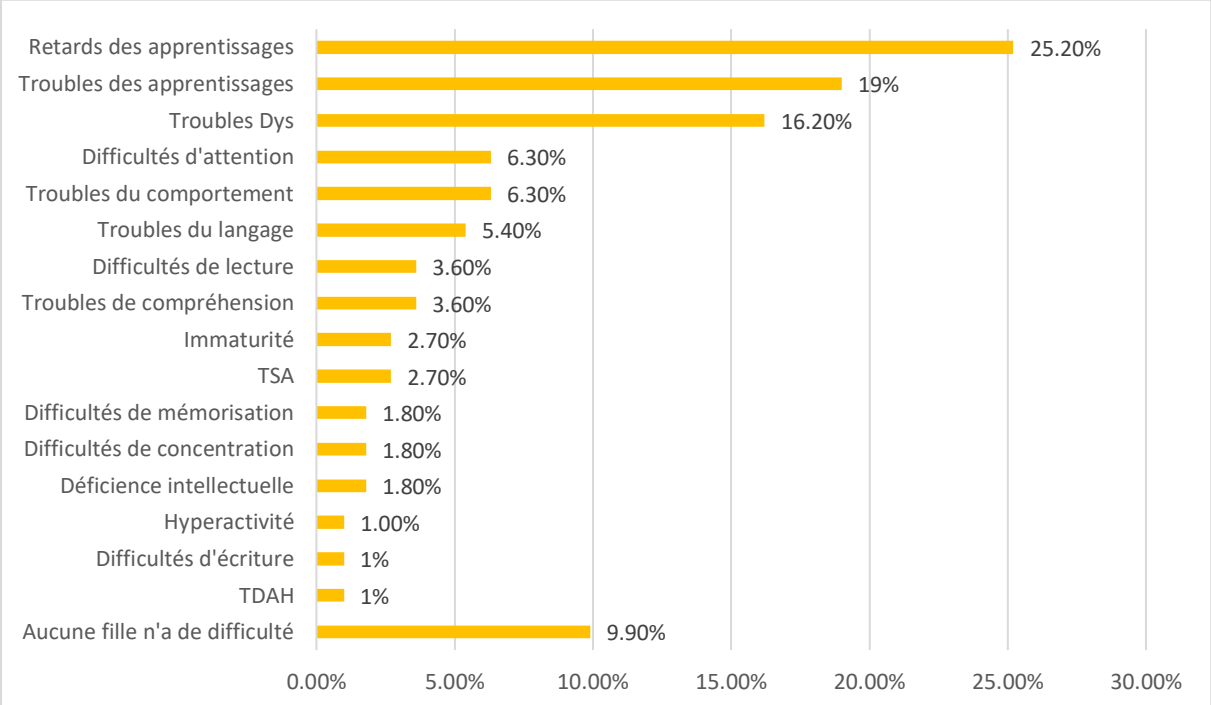


Diagramme en pourcentage de la répartition des enfants pris en charge selon les professions en cabinet libéral :

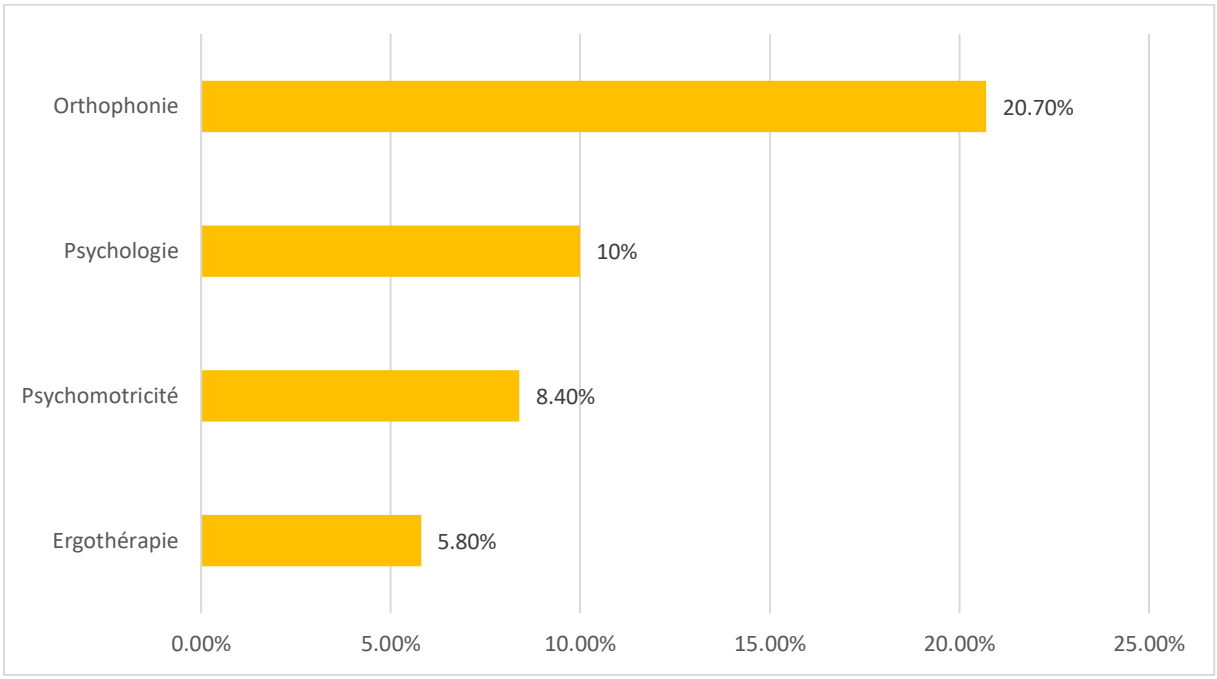


Diagramme en pourcentage de la répartition des enfants pris en charge selon les professions en CAPP :

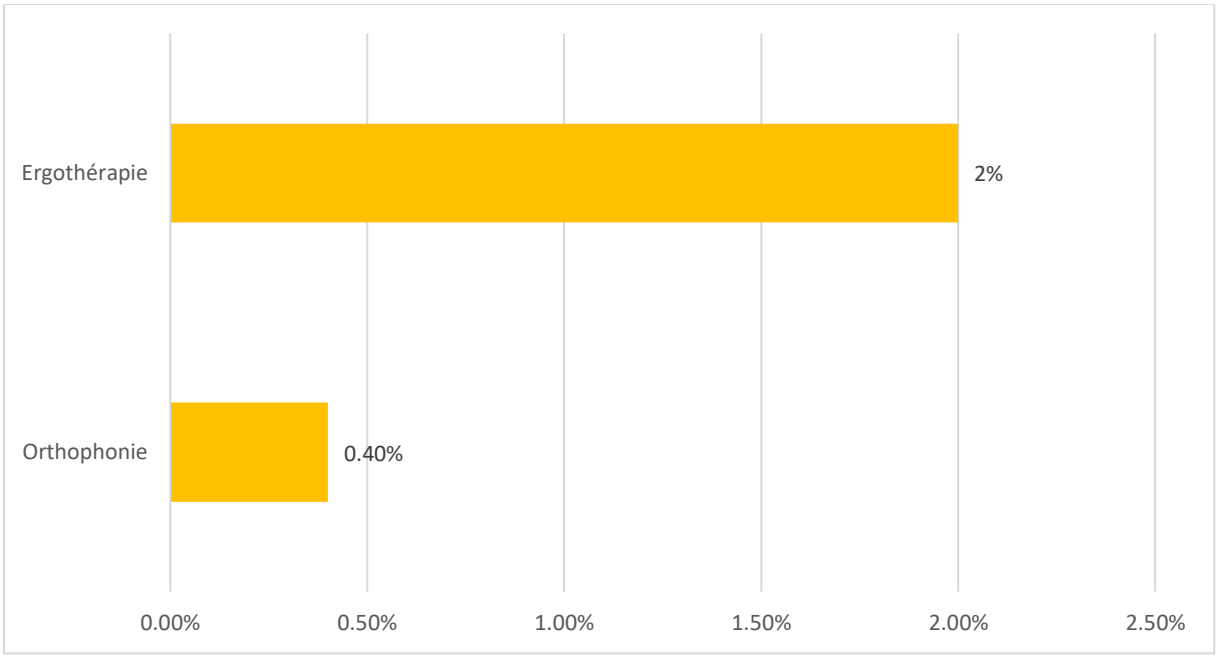


Diagramme en pourcentage de la répartition des enfants pris en charge selon les professions en CATTP :

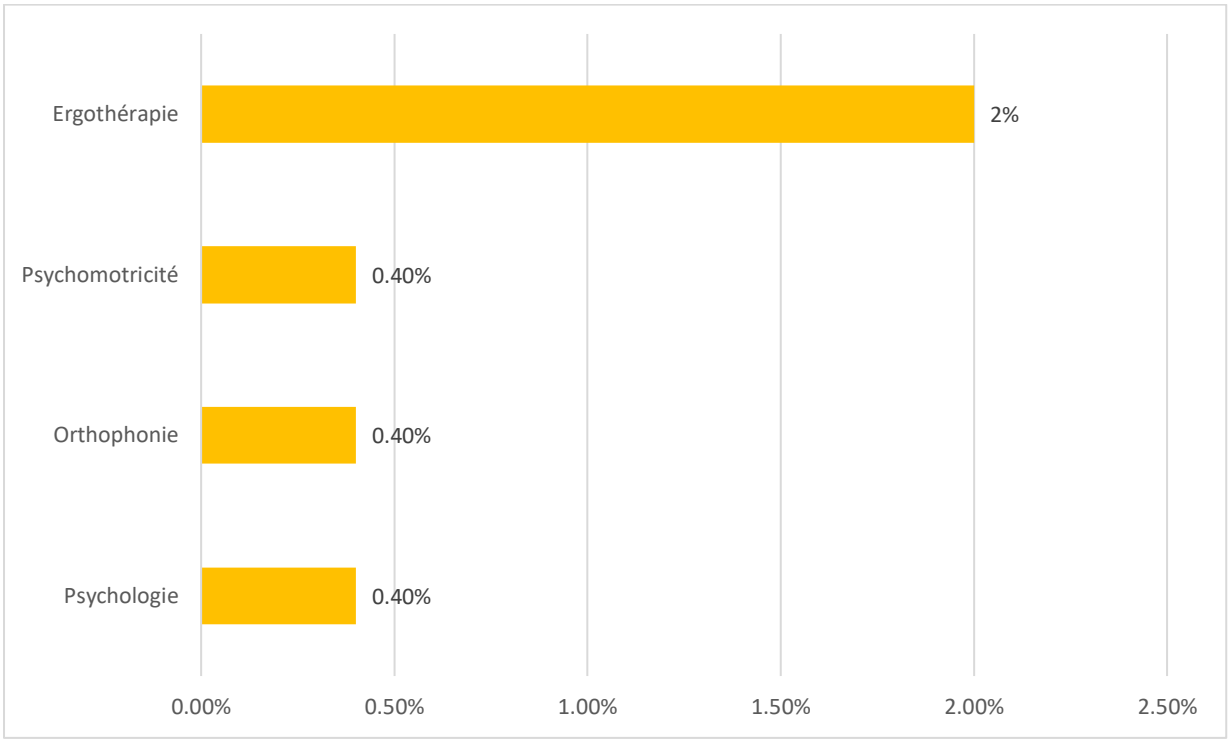


Diagramme en pourcentage de la répartition des enfants pris en charge selon les professions en CMP :

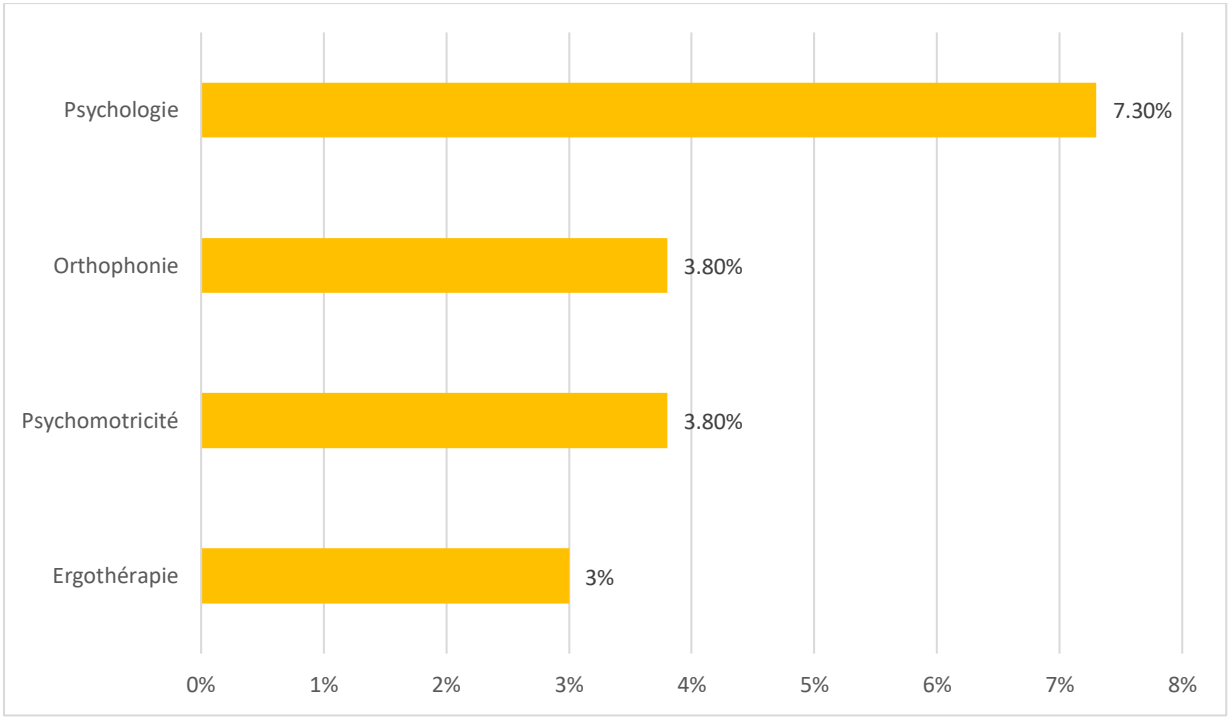


Diagramme en pourcentage de la répartition des enfants pris en charge selon les professions en CMPP :

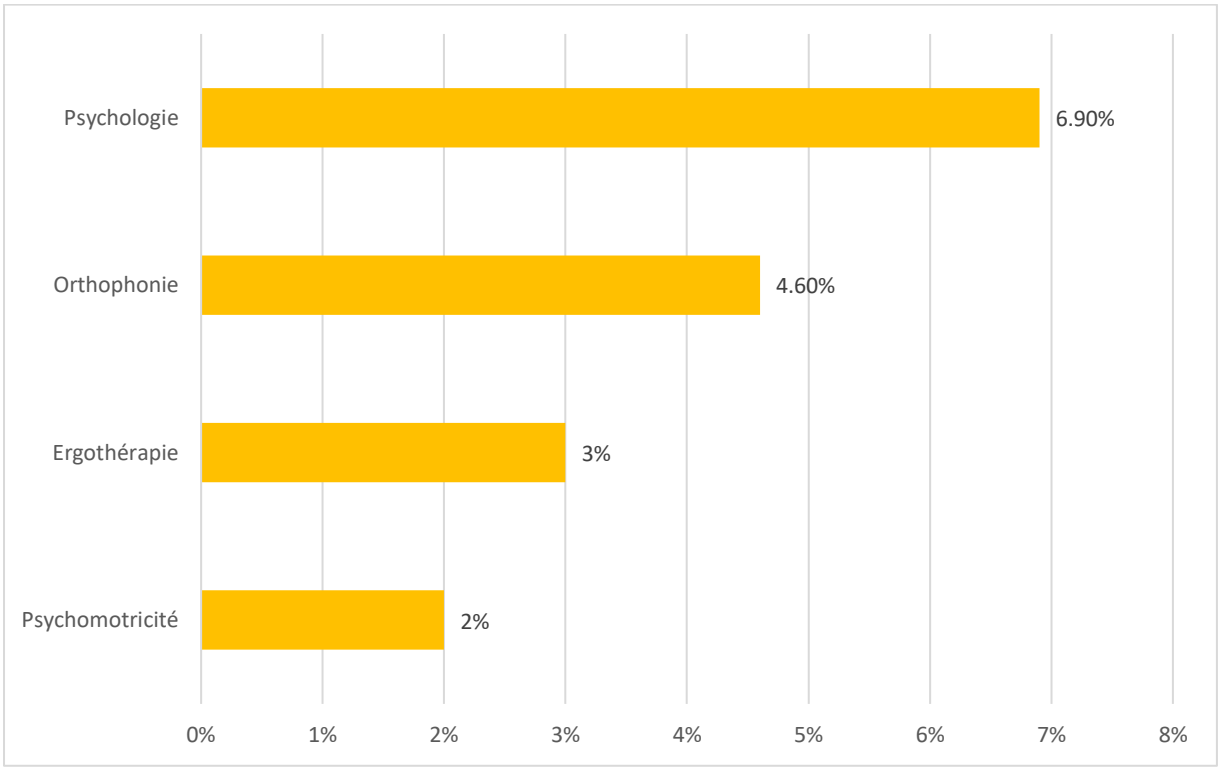


Diagramme en pourcentage de la répartition des enfants pris en charge selon les professions en service de pédopsychiatrie :

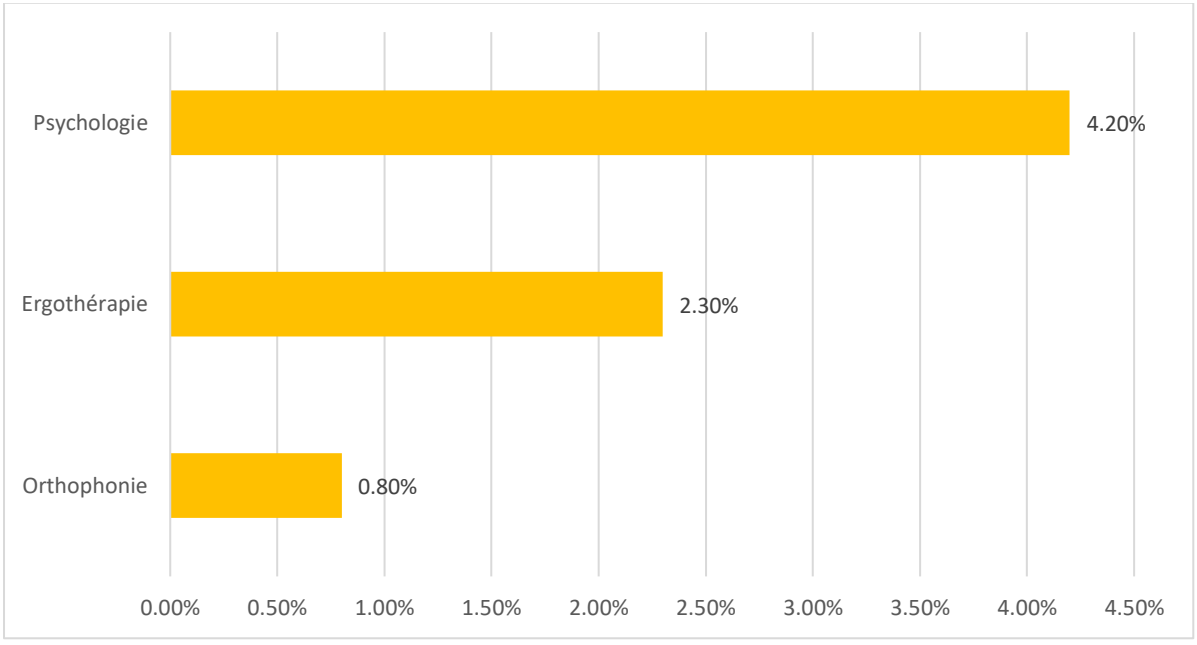


Diagramme en pourcentage des différentes situations familiales pour des garçons en difficultés :

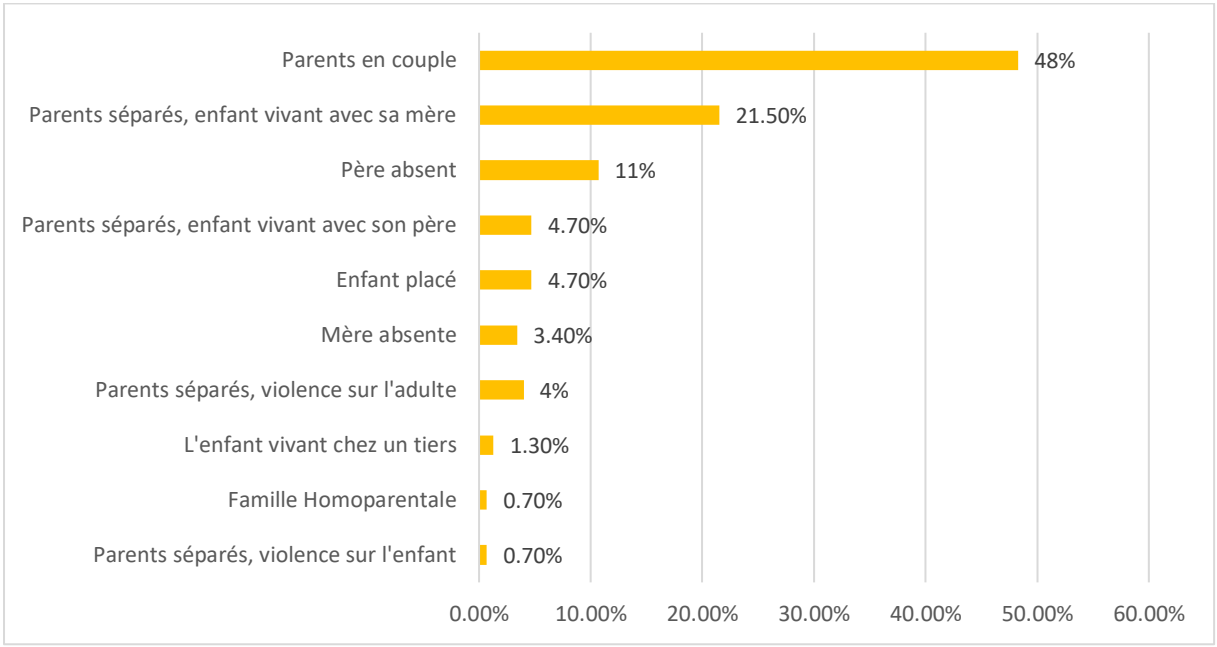
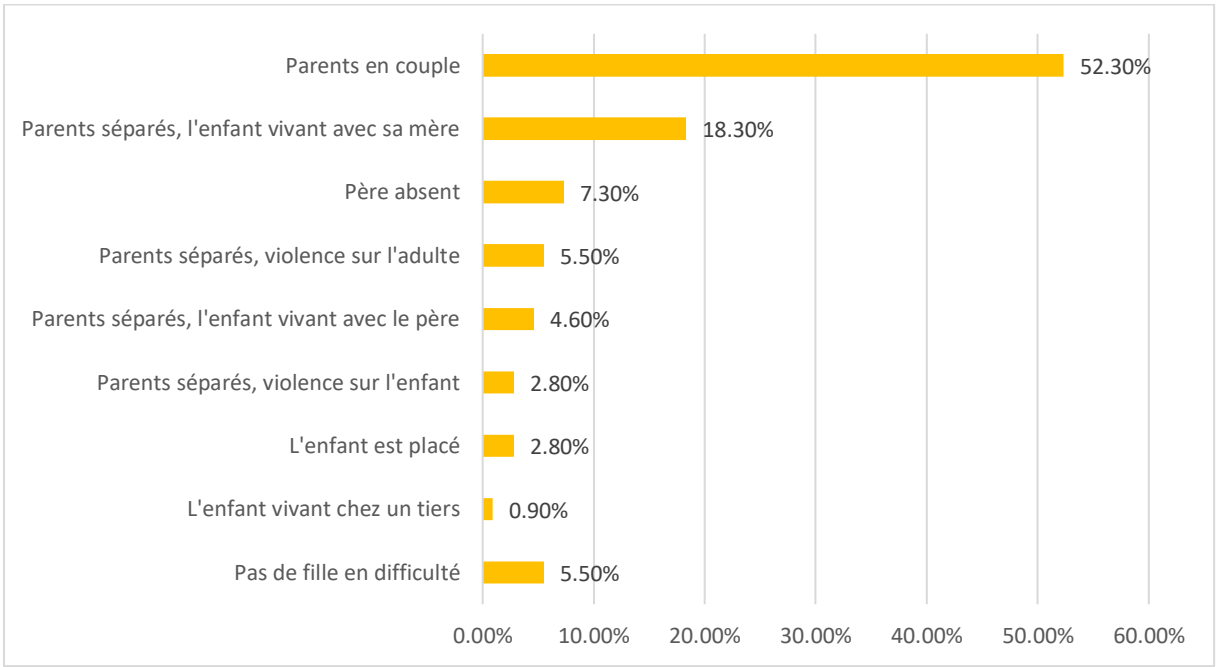


Diagramme en pourcentage des différentes situations familiales pour des filles en difficultés :



ANNEXE V : ENTRETIEN DES REPRÉSENTATIONS CORPORELLES DE MOYANO

- Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?

……

- Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ?

……

- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?

……

- On peut faire quoi avec son corps ?

……

- Qu'est ce qui est fragile dans le corps et pourquoi ?

……

- Qu'est ce qui est solide dans le corps et pourquoi ?

……

- Qu'est-ce que tu aimes bien dans le corps ?

……

- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps ?

……

- Où est la pensée à ton avis ?

……

RÉSUMÉ :

Ce mémoire expose une recherche menée pour comprendre les raisons qui expliqueraient qu'il y ait plus de garçons que de filles qui consultent en psychomotricité. Grâce à la création de divers sondages et lors d'un stage en école élémentaire, plusieurs éléments de réponses se sont dessinés. Il est essentiel que l'environnement familial soit suffisamment contenant, sécurisant et stable. Effectivement, la famille constitue le soubassement et contribue au bon développement psychomoteur et psycho-affectif de l'enfant. Par la suite, l'enfant pourra avoir des clés pour entrer en relation avec ses pairs et s'investir dans les apprentissages. Si les conditions d'un bon environnement familial ne sont pas réunies, il est possible que le développement de l'enfant soit affecté. Différents troubles peuvent apparaître et cela peut nécessiter des prises en soin auprès de divers professionnels comme en psychomotricité.

SUMMARY :

This dissertation show a research conducted to understand the reasons which explain there are more boys than girls who consult in psychomotor therapy. Thanks to the creation of various surveys and during an internship in elementary school, several elements of answers has been demonstrated. It is essential that the family environment be sufficiently containing, secure and stable. Indeed, family constitute the bedrock and contribute to the good child psychomotor and psycho-affective development. Thereafter, the child could have keys to get in connection with their peers and invest himself in apprenticeship. If good family environment conditions are not reunited, it is possible the child development be affected. Different disorders can be appeared and can necessitate taken care from diverse professional as psychomotor therapy.

MOTS-CLÉ :

- Psychomotricité
- Environnement familial
- Garçon
- Trouble du spectre de l'autisme
- Trouble des apprentissages

KEYWORDS :

- Psychomotor therapy
- Family environment
- Boy
- Autism spectrum disorder
- Learning disorder