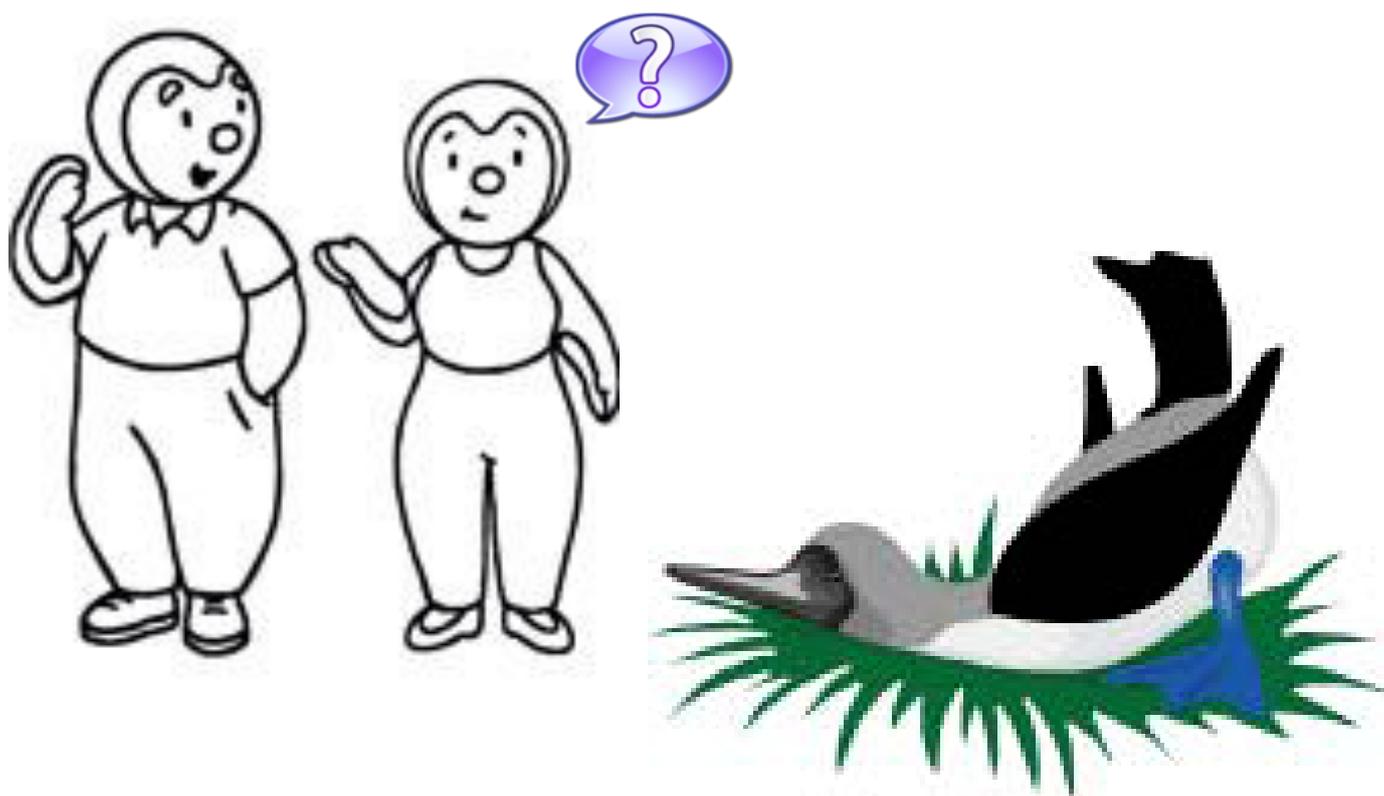


***Rôle de la psychomotricité dans
l'accompagnement des familles d'enfants
porteurs d'un Trouble d'Acquisition de la
Coordination***

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité



Ce mémoire a été supervisé par :

Nathalie Noack

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Nathalie Noack, mon maître de mémoire, pour sa grande disponibilité, son écoute et pour avoir élargi ma réflexion par ses précieux conseils tout au long de l'année.

Merci à tous les professeurs et tous les maitres de stage qui ont participé à ma formation pendant 3 ans et qui m'ont beaucoup apporté par leurs connaissances et leur savoir-faire.

Merci à Julie et Agnès, mes maitres de stage, pour m'avoir donnée l'opportunité, cette année, de porter ce projet à jour. Et je remercie, sincèrement, les parents de ces quatre enfants pour leur disponibilité et leur participation. Plus qu'une étude, ce travail aura été une expérience professionnelle très enrichissante.

J'ajoute un petit clin d'œil pour ma famille et mes amis, d'ici ou d'ailleurs, de métropole ou d'outre-mer, qui ont suivi mon évolution, qui ont cru en moi et qui m'ont soutenu jusqu'au bout. Un grand merci aussi à mes copines de promo qui ont partagées ces 3 dernières années. Des rencontres inoubliables, des amitiés riches... Merci pour tous ces moments de bonheurs et vos sourires !!!

Merci aussi d'avoir été tout près de moi quand c'était plus difficile.

Enfin, je dirige une grande pensée pour cette personne qui m'a guidée toute ma vie, qui m'a soutenu et encouragé. Merci pour sa présence et son attention, sa force et son dynamisme. Elle restera à jamais mon plus beau modèle.

| | |
|---------------------------|----------|
| INTRODUCTION | 1 |
|---------------------------|----------|

PARTIE THEORIQUE

| | |
|--|-----------|
| I. Le trouble d'acquisition de la coordination | 3 |
| A. Définition | 3 |
| 1) Critères diagnostic | 4 |
| 2) L'hétérogénéité du trouble | 4 |
| 3) Les comorbidités du TAC | 4 |
| B. La démarche diagnostique | 5 |
| 1) Les différents signes diagnostiques | 5 |
| 2) Principales difficultés rencontrées dans la vie quotidienne | 6 |
| 3) Les outils d'évaluation | 6 |
| a) Les tests | 7 |
| b) Les questionnaires | 7 |
| 4) Le diagnostic : sur quels types d'examens ? | 7 |
| C. Diversité du trouble | 8 |
| 1) Phénomènes centraux | 8 |
| 2) Différents groupes parmi les TAC | 8 |
| D. Impact du TAC sur la vie quotidienne de l'enfant | 10 |
| 1) Les répercussions psycho-sociales | 10 |
| 2) Evolution des difficultés retrouvées à l'école | 11 |
| II. L'accompagnement des Familles ayant un enfant TAC | 14 |
| A. Prises en charge ciblées sur l'enfant | 14 |
| B. Les répercussions du TAC au niveau de la famille : comprendre pour mieux guider les familles. | 14 |
| 1) Parcours des familles ayant un enfant TAC : étude de C.Missiuna | 15 |
| 2) Quel type d'accompagnement peut-on proposer aux familles ? | 19 |
| b. Guidance parentale ou co-thérapie ? | 19 |
| c. Et l'éducation précoce autour du TAC ? | 21 |
| C. Aménagements de l'environnement de l'enfant TAC | 22 |

| | | |
|-------------|---|-----------|
| a. | Graphisme et Ecriture | 23 |
| b. | Aspects visuo-spatiaux | 24 |
| c. | Aide humaine..... | 24 |
| d. | Activités physiques et sportives | 25 |
| e. | Les activités extra-scolaires..... | 25 |
| III. | Réflexion sur le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement des familles ayant un enfant TAC..... | 26 |
| A. | Quel rôle le psychomotricien peut-il avoir dans l'annonce du diagnostic | 26 |
| B. | Création d'une collaboration psychomotricien/famille..... | 27 |
| C. | Quel est le rôle du psychomotricien auprès de l'enfant TAC ? | 29 |

PARTIE PRATIQUE

| | | |
|------------|---|-----------|
| I. | Présentation de la démarche d'accompagnement des familles ayant un enfant porteur d'un TAC . | 32 |
| A. | Pourquoi rechercher la collaboration des familles ? | 32 |
| B. | Comment inclure les parents dans la prise en charge ? | 33 |
| C. | Les moyens proposés | 34 |
| D. | Le contenu des entretiens et les objectifs..... | 35 |
| E. | La durée..... | 36 |
| II. | Présentation des enfants, des Entretiens et des Prises en Charge..... | 37 |
| A. | Laurine, née le 10 juillet 2000..... | 37 |
| 1) | Présentation générale et bilans..... | 37 |
| a. | Anamnèse | 37 |
| c. | Examen psychologique..... | 38 |
| d. | Examen neuropédiatrique (mai 2010) | 38 |
| e. | Bilans psychomoteurs..... | 38 |
| 2) | Les axes de prise en charge..... | 42 |
| 3) | La prise en charge | 42 |
| a. | Les entretiens..... | 42 |
| b. | Equipes éducatives | 45 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| c. | Les séances de psychomotricité | 47 |
| 4) | Compte-rendu de fin de prise en charge..... | 48 |
| B. | Baptiste, né le 25 novembre 2003 | 49 |
| 1) | Présentation générale et bilans..... | 49 |
| a. | Anamnèse | 49 |
| b. | Bilan Psychomoteur..... | 50 |
| c. | Evaluation Psychométrique | 53 |
| 2) | Les axes de prise en charge..... | 53 |
| 3) | Mon questionnement par rapport aux capacités intellectuelles de Baptiste | 54 |
| 4) | La prise en charge de Baptiste..... | 55 |
| a. | Les entretiens | 55 |
| b. | Equipes éducatives | 58 |
| c. | Le travail abordé en séance de psychomotricité | 60 |
| 5) | Compte-rendu fin de prise en charge | 62 |
| C. | Karine, Née le 4 juillet 2000..... | 63 |
| 1) | Présentation Générale et bilans..... | 63 |
| a. | Anamnèse | 63 |
| b. | Premiers bilans | 64 |
| c. | derniers bilans..... | 66 |
| 2) | Les axes de prise en charge..... | 68 |
| 3) | La prise en charge | 69 |
| a. | Les entretiens..... | 69 |
| b. | Le travail abordé en séance de psychomotricité..... | 71 |
| 4) | Compte rendu de fin de prise en charge..... | 74 |
| | DISCUSSION..... | 75 |
| | CONCLUSION | 80 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 81 |
| | ANNEXE | 83 |

INTRODUCTION

Le Trouble d'Acquisition de la Coordination (TAC) est un trouble développemental se traduisant par un déficit dans les coordinations motrices. Ce trouble interfère significativement avec le rendement scolaire et/ou les activités de la vie quotidienne. Ce qui perturbe et ralentit l'accès à l'autonomie.

Dans la prise en charge de ces enfants, il est important de pouvoir identifier leurs compétences et leurs difficultés sur le plan psychomoteur ; mais également identifier les difficultés qu'ils rencontrent dans la vie quotidienne telles qu'elles sont perçues par les parents ou par l'entourage. Ceci suppose de prendre en compte la demande et les attentes des parents, les informations qu'ils apportent au professionnel. Cela est vrai pour tous les troubles, et plus particulièrement pour les Troubles d'Acquisitions de la Coordination ; car c'est au quotidien que ce trouble est le plus présent, avec des apparitions bien souvent contextuelles. Ainsi, l'alliance et la collaboration « psychomotricien/famille » permettrait-elle une meilleure progression de l'enfant ?

A ce propos : Comment utiliser les renseignements apportés par les parents dans la prise en charge psychomotrice ? Quelle place peut-on accorder aux parents ? Quelles informations pouvons-nous leur rapporter ? Quel est l'intérêt d'une collaboration « parents-enfants-professionnel » pour nous psychomotriciens ? Et finalement, *quel accompagnement peut-on proposer à ces familles ayant un enfant porteur d'un TAC ?*

Sur mon lieu de stage, cette réflexion est née de la demande d'aide des parents sur la compréhension et l'ajustement nécessaire aux difficultés de leur enfant.

Afin de cibler au mieux mes objectifs, il m'a semblé important de pouvoir axer mes recherches sur les données actuelles concernant « le Tac » et son impact sur la vie quotidienne, sociale et scolaire de l'enfant dans son environnement. Sur les travaux concernant la relation parent/professionnel, et les modes d'aide ou d'accompagnement déjà existants.

Mes objectifs ont été alors : de mettre en place des « outils » ou de construire une démarche pour instaurer cette relation (Parents/Professionnels), comprendre les attentes des familles, cerner leur perception des difficultés de leur enfant. Mais aussi, de les aider et les soutenir dans leur propre démarche d'accompagnement. Et finalement, de permettre aux parents de trouver les stratégies et les ajustements nécessaires au mode de fonctionnement familial.

PARTIE THEORIQUE

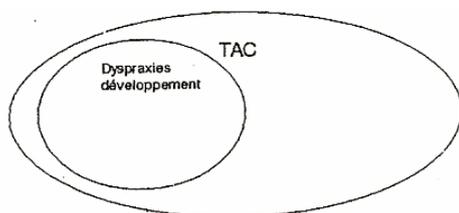
I. Le trouble d'acquisition de la coordination

A. Définition

Il s'agit d'un **trouble développemental**, caractérisé par un déficit perceptivo-moteur qui touche les activités de la vie quotidienne de l'enfant.

Il peut être brièvement défini comme «une performance motrice médiocre dans les activités de la vie quotidienne qui ne correspond ni à l'âge ni au niveau d'intelligence de l'enfant et qui n'est pas imputable à une maladie ou un accident » (Geuze, 2005).

Ce terme, issu de la classification du DSM-IV, a été retenu au cours d'une conférence de consensus multidisciplinaire et internationale qui s'est tenue en 1994 à Londres (Ontario). Cependant, il est possible que le terme de « dyspraxie de développement » soit toujours utilisé. Nous retiendrons que ce terme renvoie à une catégorie de troubles faisant partie du TAC.



Le Trouble d'Acquisition de la Coordination (TAC) est un trouble aux manifestations motrices très hétérogènes : ainsi, l'enfant peut avoir des difficultés dans un domaine moteur bien ciblé (au niveau de l'écriture et de la motricité fine seulement...) ou bien dans plusieurs domaines moteurs (coordinations, équilibre, motricité fine...).

La dyspraxie de développement est un sous-groupe du Trouble d'Acquisition de la Coordination qui associe en plus des déficits purement moteurs, des troubles des praxies idéomotrices, de l'habillage ou bien visuo-constructives.

TAC => difficultés motrices

DYSPRAXIE de DEVELOPPEMENT => difficultés motrices et visuo-spatiales

Le TAC se traduit par une atteinte de la motricité intentionnelle. Il n'y a pas d'atteinte de la commande motrice (paralysie) mais les **gestes** sont **lents** et **maladroits** pouvant s'expliquer par des difficultés à anticiper, à programmer ou à ajuster le mouvement volontaire. De ce fait l'automatisation des mouvements est beaucoup plus longue que chez les sujets ordinaires.

On sait aujourd'hui qu'il y a une prévalence pour ce trouble d'environ 5 à 6% des enfants d'âge scolaire, et que malgré des sexe ratio très variables selon les études (de 2 garçons/1 fille à 7/1), le trouble semble plus toucher les garçons que les filles.

1) Critères diagnostic

Le TAC fait partie du DSM IV où différents critères permettent une approche diagnostique :

A- La performance dans les activités de la vie quotidienne qui requièrent la coordination motrice est, de façon substantielle, inférieure à ce qui est attendu avec l'âge et le QI. Cela peut se manifester par des retards prononcés vis-à-vis des stades du développement moteur, par le fait de renverser des objets, de la « maladresse », de médiocres performances en sport ou en écriture.

B- Cette perturbation interfère de façon significative avec le niveau scolaire ou les activités de la vie quotidienne.

C- Cette perturbation n'est pas imputable à un état pathologique général (comme une Infirmité Motrice Cérébrale, hémiplégie) et ne répond pas aux critères diagnostics d'un Trouble Envahissant du Développement.

D- En cas de retard mental, les difficultés motrices dépassent celles habituellement associées à celui-ci.

2) L'hétérogénéité du trouble

-Degré de gravité des difficultés rencontrées : de la simple lenteur dans les activités motrices, à l'incapacité totale de réaliser des apprentissages moteurs.

-Etendue des difficultés de coordination : de l'incapacité à réaliser toutes activités motrices, à un déficit isolé dans certaines activités quotidiennes ou au niveau manuel.

-Début d'apparition des troubles : dès les premiers gestes du nouveau-né ou lors de l'entrée à l'école primaire. Cependant, l'évocation d'un diagnostic est communément admise vers 5 ans en raison de l'instabilité du développement avant cet âge. L'analyse rétrospective des enfants TAC peut amener à considérer des difficultés dans le développement plus précocement. Toutefois, on ne peut donc pas considérer ces signes précoces comme prédictifs en raison de la difficulté à identifier précisément leur nature dans les premières années de vie.

3) Les comorbidités du TAC

La comorbidité est une pathologie qui se rajoute et complique la pathologie initiale. Bien qu'il puisse exister des sujets présentant un TAC « pur », en pratique, ce trouble est rarement isolé. Les troubles les plus fréquemment associés au TAC sont (GEUZE, 2004) :

- Le Trouble déficitaire d'attention (TDA/H)
- Les troubles du langage écrit, comme la dyslexie, la dysgraphie
- Les troubles des apprentissages généraux ou spécifiques, comme la dyscalculie

Mais, on peut retrouver également :

- Les troubles du développement du langage oral, comme la dysphasie

L'association de troubles augmente la complexité du tableau clinique de l'enfant TAC. C'est donc un paramètre très important à prendre en compte lors du diagnostic et pour la construction du projet thérapeutique, afin de cibler les difficultés liées à chacun des troubles. Ceci souligne l'intérêt d'une évaluation multidisciplinaire.

B. La démarche diagnostique

Que l'on travaille en libéral ou en institution, poser un diagnostic pour un enfant, relève de la collaboration de différents professionnels ayant, un regard avisé sur le développement de l'enfant, chacun rapportant ses observations cliniques et métriques. Et ce n'est qu'après la réunion de toutes ces informations que le médecin traitant pourra confirmer ou non l'existence, en l'occurrence ici, d'un TAC.

Alors quelles informations peuvent nous guider dans notre démarche diagnostique ? Et, qu'allons nous rechercher à travers cette évaluation ?

1) Les différents signes diagnostiques

Les principaux signes qui vont nous orienter vers la suspicion d'un trouble d'acquisition de la coordination sont ceux généralement qui nous sont rapportés par l'entourage de l'enfant (les parents, les enseignants, la fratrie...). (Albaret, *le TAC*, 2008).

- *Les difficultés dans les activités de la vie quotidienne (AVQ)* : cela concerne les activités comme s'habiller, boutonner une chemise, lacer ses chaussures, utiliser des couverts, faire sa toilette (se brosser les dents, se laver...).
- *La lenteur importante dans les activités motrices* : Cette lenteur se retrouve dans les différentes activités motrices ainsi que dans les nouveaux apprentissages (faire du tricycle, lancer et attraper une balle, faire du vélo, sauter pieds joints, à cloche pied...). Elle est un signe caractéristique du TAC.
- *Le trouble des apprentissages scolaires*: les difficultés se retrouvent essentiellement en lecture, en écriture et en arithmétique. Cependant, il est important de noter que de nombreuses différences inter-individuelles existent à ce niveau.

2) Principales difficultés rencontrées dans la vie quotidienne

Les difficultés liées au TAC se retrouvent principalement dans les activités de la vie quotidienne et les apprentissages scolaires.

C'est un trouble du « comment faire ». C'est-à-dire qu'il existe chez ces enfants un déficit de planification et d'exécution des mouvements, dans le but de réaliser une tâche, orientée vers un but précis et adaptée à leur environnement (BRETON, LEGER 2007).

Le tableau présenté ci-dessous est extrait de 41 études de cas faites avec des enfants TAC. Il répertorie les activités de la vie quotidienne qui semblent les plus touchées chez les enfants de 4 à 16 ans. Celles-ci sont classées en ordre de fréquence décroissant. (Geuze, 2005).

| 4-6 ans | 7-10 ans | 11-16 ans |
|--|---|--|
| -l' habillage (boutonnage, laçage de chaussure) -le dessin -la locomotion (la marche, montée/descente escalier, saut cloche pied, la course, le saut) -le maniement des couverts et des ciseaux | - écriture et dessin - habillage - jeu de construction - jeux de ballons et jeux de plein air - locomotion | - écriture et dessin - habillage - jeu de construction - locomotion - utilisation d'outils (marteau, jardinage, ciseaux...) |

C'est à l'évocation des signes rencontrés par ces familles dans la vie quotidienne, que nous allons envisager un premier diagnostic. La démarche consiste alors, à rechercher, à travers notre bilan des éléments en faveur ou non d'un TAC. L'évaluation va s'appuyer sur des observations cliniques, lors de la passation de tests, lors de mises en situation réelles, mais également, sur les observations rapportées par la famille, lors d'échanges plus approfondis afin de cerner les difficultés concrètes de l'enfant.

3) Les outils d'évaluation

Il me semble important d'évaluer les compétences et les difficultés de l'enfant le plus tôt possible, afin de pouvoir mettre en place, de façon précoce, la prise en charge la plus adaptée et ainsi d'éviter que d'autres difficultés ne viennent perturber le développement psychomoteur de l'enfant.

Lorsqu'il y a suspicion d'un TAC, c'est généralement le médecin pédiatre qui suit l'enfant qui va orienter les familles vers un psychomotricien pour réaliser un bilan des coordinations, de la perception, de l'écriture, des praxies gestuelles et visuo-constructives.

Pour cela, nous disposons de deux types d'outils qui sont les tests et les questionnaires.

a) Les tests

Evaluation des Coordinations et capacités motrices :

- Echelle de développement psychomoteur de Lincoln-Oseretsky (enfants de 5 ans 6 mois à 14 ans 6 mois)
- Batterie d'Evaluation des Mouvements chez l'enfant – M- ABC (enfants de 4 à 12 ans)
- Echelle de coordination motrice de Charlop-Atwell (enfants de 3 ans 5 mois à 6 ans)
- PurduePegboard (enfants de 6 à 10 ans)

Evaluation de l'Ecriture :

- Echelle d'évaluation rapide de l'écriture chez l'enfant – BHK (enfants de 6 à 11 ans)

Evaluation des Praxies gestuelles :

- Test d'imitation de gestes de Bergès-Lézine (enfants de 3 à 12 ans)

Evaluation des Praxies constructives :

- Figure de Rey, A et B (de 4 ans à l'âge adulte)

Evaluation Perceptive :

- Test de la perception visuelle de Marianne Frostig (enfants de 4 à 7 ans)

b) Les questionnaires

- Le questionnaire de la Batterie d'Evaluation du Mouvement chez l'enfant M-ABC
- Le questionnaire de Coordination / The Developmental Coordination Disorder Questionnaire DCDQ (Wilson et al., 2007)
- Le questionnaire des Habilités de Mouvement des Premières Années / Early Years Movement Skills Checklist (Chambers et Sugden, 2002)

4) Le diagnostic : sur quels types d'examens ?

Le diagnostic de TAC nécessite plusieurs examens spécialisés :

- Un bilan ophtalmologique et parfois orthoptique.
- Un bilan psychologique.
- Un bilan psychomoteur et/ou ergothérapeutique.
- Un examen médical neuro-pédiatrique pour rechercher aussi les causes et/ou les éventuels signes associés.

La démarche diagnostic du TAC s'instaure donc par une évaluation fonctionnelle individualisée des troubles et des capacités de l'enfant. Cette évaluation est issue de l'observation des différents professionnels, précédemment cités, expérimentés et formés à l'examen de différents domaines du développement et se fait dans une relation de collaboration avec la famille. Ainsi, le

psychomotricien, mais aussi l'ergothérapeute, l'orthophoniste, le psychologue et l'orthoptiste peuvent avoir un regard sur les particularités présentées par l'enfant TAC. Cette évaluation s'articule avec la recherche d'anomalies, de troubles ou de maladies qui permettraient d'établir un diagnostic différentiel. Le diagnostic ne peut être posé que par le médecin référant qui coordonne et rassemble l'ensemble des bilans effectués.

Concernant les troubles des apprentissages, le diagnostic ne peut pas être posé avant 6 ans. Cependant, lorsque certains signes sont présents, mais ne permettent pas de faire le diagnostic, (parce que l'enfant est encore trop jeune et/ou que l'intensité de ces difficultés n'est pas assez importante), il peut être tout de même judicieux de débiter une prise en charge afin de garder un œil sur ces difficultés et d'éviter qu'elles ne s'accroissent et interfèrent de façon majeure la vie relationnelle de l'enfant et de sa famille.

C. Diversité du trouble

1) Phénomènes centraux

Il existe trois principales difficultés retrouvées chez le sujet TAC (Albaret, *le TAC*. 2008).

• Au niveau du contrôle postural :

Des difficultés de régulation tonique : hypotonie ou hypertonie (raideur, posture avachie)

Une immaturité de contrôle postural : difficulté d'anticipation à l'ajustement postural

Des difficultés à maintenir un équilibre statique unipodal

Des difficultés à réaliser un équilibre dynamique (saut « cloche-pieds »)

• Au niveau des apprentissages moteurs :

Difficultés dans l'apprentissage d'une activité nouvelle (vélo)

Difficultés d'anticipation et de planification du mouvement (attraper une balle)

Difficulté d'adaptation aux changements (marche sur une surface non familière)

Difficultés à automatiser un mouvement (double tâche)

• Coordination sensori-motrice médiocre :

Lenteur, imprécision, manque de fluidité (locomotion, danse, écriture...)

Pour les enfants TAC, la motricité n'a pas de sens. Ils ont du mal à savoir quels éléments sont importants pour pouvoir améliorer leurs capacités motrices.

2) Différents groupes parmi les TAC

Les enfants diagnostiqués TAC, présentent une hétérogénéité des symptômes avec une grande variété au niveau des difficultés sensorielles et motrices.

Des années 1980 à 2000, certains chercheurs tentent de mettre en évidence l'existence de sous-groupes du TAC en se basant sur les difficultés sensorimotrices spécifiques présentées par ces enfants. Par exemple, certains présentent un déficit global dans le domaine sensorimoteur, d'autres présentent des difficultés touchant des secteurs spécifiques tels que l'équilibre ou la motricité fine. Le TAC est considéré comme un trouble non homogène, pour lequel ces études ont tenté de retranscrire la variabilité des symptômes perceptifs et moteurs.

- Déficits perceptifs :

Les recherches sur les déficits perceptifs des enfants TAC se sont basées sur les capacités de discrimination kinesthésique et visuelle de ces enfants, et sur les phénomènes d'intégration visuo-proprioceptif qui vont avoir une incidence sur la perception de l'espace.

Les premières études ont mis en évidence un premier sous-groupe d'enfant TAC présentant une faible sensibilité kinesthésique (Laszlo & Bairstow 1985 ; 1988).

Dans un second sous-groupe, il existerait parmi les difficultés visuelles associées au TAC, une perception imprécise de la taille des objets et de leur orientation (Lord & Hulme 1987 ; 1988). Ces derniers auteurs suggèrent que les difficultés motrices résultent, en partie, d'un déficit de la perception visuo-spatiale.

Enfin, dans un troisième sous-groupe, le TAC a également été associé à un déficit d'intégration des informations visuelles et proprioceptives (Mon-Williams, Wan & pascal, 1994 ; 1999). Sigmundsson et al. en 1997 montrent que le fait que l'aspect perceptif soit touché chez l'enfant atteint d'un TAC engendre des difficultés à se représenter les objets, l'espace, et les liens entre eux. L'enfant éprouve ainsi des difficultés pour analyser le sens/l'orientation, et les relations entre objets. Par extension, cela interfère avec la reconnaissance droite/gauche, et sur le domaine graphique (reconnaissance diagonale/ perpendiculaire par exemple).

Ces déficits de traitement et d'intégration sensorielle, c'est-à-dire l'incapacité du cerveau à interpréter et à organiser efficacement les informations données par les sens, va forcément entraîner des difficultés sur les réalisations motrices de ces enfants notamment au niveau de l'adaptation de la force musculaire, de la stabilité posturale, ...

- Déficits moteurs :

Certes, dans la majorité des travaux, le TAC est associé à un trouble perceptif. Cependant, des études montrent également des anomalies de l'exécution motrice, alors même que les composantes perceptives ne présentent aucune difficulté.

Au niveau moteur, on peut observer une diminution de la force musculaire chez les enfants atteints d'un TAC (Raynor, 2001). D'autres études montrent que ces enfants ont une plus grande variabilité

dans le timing et la force des contractions musculaires, que les épreuves soient rythmiques ou non (Lundy-Ekman et Al 1991). Enfin, dans une étude portant sur la coordination bi-manuelle, il a été montré, que les mouvements digitaux rythmiques sont plus variables chez les enfants TAC, sur le plan temporel comme spatial (Volman & Geuze, 1998).

Concrètement, les difficultés en motricité globale se manifestent par des difficultés d'équilibre, de coordination, et une faible vitesse d'exécution. Pour la motricité fine, la première difficulté est souvent le choix de la main dominante qui est plus tardive, ce qui provoque un retard dans différentes acquisitions (l'écriture, par une mauvaise prise), dans la spécialisation de chaque main et dans les coordinations oculo-manuelles.

D. Impact du TAC sur la vie quotidienne de l'enfant

1) Les répercussions psycho-sociales

Les difficultés rencontrées au niveau perceptivo-moteur par un enfant présentant un TAC vont dans un premier temps le rendre peu performant face à certaines habiletés. Malheureusement, ces faibles performances vont très souvent entraîner des conséquences secondaires sur le développement psycho-social et affectif de l'enfant.

L'enfant TAC n'arrivant pas à diriger son corps comme il le voudrait, un sentiment de frustration s'installe. Il se démotive rapidement face à l'apprentissage (Rose et al., 1998), et ne se permet pas de faire des expériences motrices qui lui permettraient de progresser (Bouffard et al., 1996 ; Smith et Anderson, 2000).

Chaque activité est donc un véritable challenge pour ces enfants qui ne cessent avec l'âge de se comparer davantage avec leurs pairs. L'enfant TAC est souvent exclu par ses pairs lorsque ceux-ci se rendent compte de ses faibles performances motrices dans les jeux collectifs. Si l'enfant essuie également les moqueries de ses camarades, il peut alors s'isoler socialement, et par conséquent réduire ses activités (schoemaker et kalverboer, 1994).

L'enfant TAC entre alors dans un phénomène de boucle vicieuse :

- Réduction de l'expérience motrice => augmentation du retard d'acquisition,
- Réduction de l'expérience motrice => perte de confiance en soi ou mauvaise perception de ses possibilités

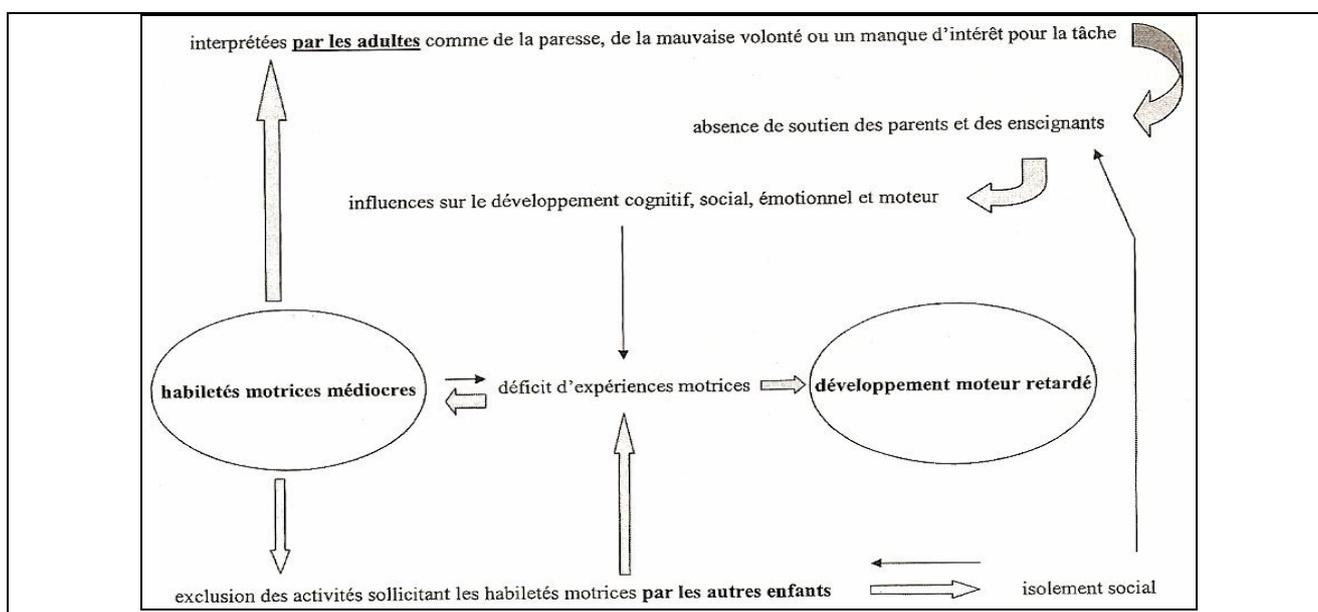
C'est là que nous avons aussi un rôle important de travail sur l'estime de soi, pour permettre le maintien ou le retour de la confiance qu'éprouve l'enfant sur ses capacités.

Les difficultés du TAC, notamment la lenteur et l'imprécision, peuvent être interprétés comme de la paresse ou un manque d'intérêt par l'entourage familial de l'enfant et le corps enseignant. De ce fait, l'enfant pourrait ne pas se sentir soutenu, pourrait être entraîné dans une diminution de son

estime personnelle et développer une anxiété pouvant aggraver ses difficultés (Causgrove Dunn et Watkinson, 1994 ; Maeland, 1994)

Nous pouvons retenir trois grandes conséquences secondaires au TAC (Albaret, 2009) :

- Les problèmes comportementaux et académiques : refus scolaire, évitement de certaines activités...
- Les problèmes émotionnels et interpersonnels : victimisation, baisse de l'estime de soi, diminution du sentiment d'efficacité personnelle...
- Le risque aggravé d'apparition de problèmes de santé mentale : dépression, anxiété...



Les conséquences des habiletés motrices médiocres. (Geuze, 2005)

2) Evolution des difficultés retrouvées à l'école

Selon l'intensité et l'étendue des difficultés mais également les troubles associés, l'élève TAC va vite présenter des troubles de l'apprentissage. Si ses difficultés sont reconnues et comprises de façon précoce, il pourra tout de même suivre une scolarité normale avec des adaptations.

D'après C. Missiuna, les caractéristiques communes des difficultés susceptibles d'être repérées en classe chez ces enfants sont :

- Organiser son pupitre, son casier, ses devoirs et même l'espace sur une page.
- Avoir une écriture précise et organisée sur la page en mathématiques, en écriture.
- Respecter le délai normal pour effectuer les tâches demandées.
- Rechercher des distractions pour compenser les tâches écrites exigeant plus d'effort.

A l'inverse ce sont des enfants qui vont se montrer très performant à l'oral (ils racontent, inventent...). Tout ceci est révélateur de leur dissociation entre tâches verbales et « manuelles ».

Nous allons voir dans cette partie, les principales difficultés rencontrées par l'enfant TAC durant sa scolarité en maternelle, primaire et collège (répertoriées par l'association *DMF*).

En maternelle, l'enfant TAC va se retrouver rapidement en difficulté, car on lui propose essentiellement des tâches de coordinations bi-manuelles. Tous n'éprouveront pas les mêmes problèmes, mais tous auront des problèmes de manipulation révélateurs de leur maladresse.

Le découpage : il n'arrive pas à utiliser une paire de ciseaux ou n'arrive pas à découper autour, ou sur une ligne,

Le collage: il renverse la colle, perd les dessins qu'il doit coller, place la colle directement sur le dessin et non pas sur l'envers,

Dans le cas où des difficultés visuo-spatiales sont présentes :

Les gommettes : il a du mal à décoller les gommettes et il ne les place pas au bon endroit,

Le coloriage : il dépasse les limites, parfois il ne regarde même pas ce qu'il fait,

Le graphisme : il a du mal à reproduire les lettres, il n'arrive pas à écrire son prénom, ou tout juste quelques lettres en bâton déformées (mauvaise coordination oeil-main),

Le sport : il va avoir du mal à participer dès :

- qu'il y a des consignes spatiales: faire tourner les tricycles entre ou autour d'obstacles,
- qu'il y a des jeux de manipulation de ballons,
- qu'il faut sauter,
- qu'il faut courir : il est désordonné.

L'intégration en classe primaire, pour l'enfant TAC sera différente, selon qu'il est porteur ou pas de troubles associés (dysphasie, hyperactivité avec trouble de l'attention, dysgraphie).

Concernant la lecture, les enfants TAC ont généralement une très bonne conscience phonologique et phonémique (surtout si cette compétence a été travaillée dès la maternelle). Ce qui va leur permettre d'apprendre à lire normalement en CP.

Concernant l'écriture, à partir du C.P./CE1, la dysgraphie sera de plus en plus flagrante du fait des exigences scolaires grandissantes, et non de l'aggravation de la pathologie, qui elle, est stable (M.

Mazeau). Il faut toujours être conscient que pour l'enfant TAC gérer le contrôle du dessin des lettres est une tâche qui absorbe toute son attention, ne lui laissant que peu de disponibilité pour gérer simultanément d'autres informations, plus conceptuelles : écouter ce qui est dit ou faire attention à l'orthographe par exemple. De plus, les enfants TAC souffrent pour la plupart de troubles de l'organisation du regard et de la structuration spatiale. De ce fait, la copie leur est extrêmement coûteuse.

Ces troubles visuo-spatiaux vont être également à l'origine de leurs difficultés en arithmétique et en géométrie.

Dénombrer une collection d'objets nécessite de coordonner plusieurs actions :

- parcourir des yeux la collection : chaque élément l'un après l'autre,
- pointer avec le doigt chaque objet une fois et une seule, sans en oublier

Les enfants n'arrivent pas à gérer ces tâches simultanément et ne peuvent compter d'une façon fiable des collections. Ce qui risque de compromettre leur conception du nombre.

En géométrie, l'enfant TAC va être gêné par la manipulation des différents outils (règles, compas, équerre...) qui requièrent des coordinations bi-manuelles et oculo-motrices extrêmement précises.

Au *collège*, l'adolescent a déjà mis en place des systèmes de compensations, notamment pour l'écriture. Toutefois, les exigences scolaires, en particulier au niveau de la quantité de productions écrites et du rythme, vont mettre le jeune TAC face à ses difficultés de lenteur et de précision.

Les études (Cantell et al ; 1994-200) montrent qu'à l'adolescence les performances motrices s'améliorent mais qu'elles restent tout de même en décalage avec celles des enfants du même âge ce qui entravent d'autant plus l'accès à des activités sportives ou culturelles.

Ce qui reste le plus problématique à cet âge, c'est la persistance des problèmes de perception de l'espace, de résolution de problème et d'organisation. En effet, l'entrée au collège engendre un nouvel environnement, avec les changements de salle, de professeurs, une exigence d'autonomie de travail et de gestion du matériel scolaire. On demande donc à l'adolescent de faire preuve d'organisation, de rapidité et de pouvoir gérer son temps, ce qui peut justement mettre en difficulté les sujets porteurs du trouble de l'acquisition de la coordination.

II. L'accompagnement des Familles ayant un enfant TAC

L'accompagnement des familles ayant un enfant TAC est un sujet encore peu abordé dans la littérature. Dans cette partie, j'ai cherché à regrouper l'ensemble des données qui m'ont permis de réfléchir à la manière dont on peut accompagner ces enfants TAC en séance, dont on peut aborder les familles ; où se situaient leurs interrogations et comment aménager l'environnement scolaire de ces enfants. C'est donc un recueil d'informations qui m'a aidé dans ma démarche auprès des familles.

A. Prises en charge ciblées sur l'enfant

Différentes approches thérapeutiques ont été envisagées pour la prise en charge d'un enfant TAC. Cependant toutes ne font pas l'unanimité. Il existe en effet un grand nombre de travaux scientifiques dont les résultats sont loin d'être concordants. Dans des revues littéraires, Polatajko sépare cette intervention thérapeutique auprès de l'enfant TAC en deux catégories : les approches orientées sur le déficit, et les approches orientées sur la performance (voir annexe 1).

Il m'a semblé intéressant de revenir sur les différentes techniques rééducatives qui ont été envisagées et testées avec les enfants TAC. Elles permettent de comprendre un peu plus le fonctionnement de ces enfants et bien que l'efficacité de certaines n'ait pas été prouvée, elles nous donnent tout de même des pistes pour notre approche thérapeutique.

B. Les répercussions du TAC au niveau de la famille : comprendre pour mieux guider les familles.

Le « Trouble d'Acquisition de la Coordination » interfère de manière significative dans le développement moteur, psychomoteur et social de l'enfant dès le plus jeune âge. Plus tard au niveau scolaire. De plus, cet enfant évolue dans une sphère familiale qui n'est certainement pas préparé à ce type de difficultés.

On peut alors se demander :

- Comment les parents décèlent-ils les premiers signes ? Quelle perception ont-ils de ces difficultés ? Ce qui va les amener à consulter ?
- Quelle réaction l'annonce du diagnostic peut elle amener ou entraîne-t-elle une fois un nom posé, sur les difficultés de leur enfant ? Sont-ils suffisamment informés sur les démarches à suivre ? Sont-ils écoutés ? Comment vont-ils s'y prendre ?

1) Parcours des familles ayant un enfant TAC : étude de C.Missiuna

Pour ces familles, dont les enfants présentent un TAC : la difficulté vient du fait que ce trouble est encore peu connu ; bien souvent peu visible, donc mal perçu, et mal compris par les autres. Il est donc important de donner « sens » aux difficultés de leur enfant. Car cela aura très certainement, une incidence sur l'acceptation, dans l'engagement et dans le relai à la maison par la suite.

Missiuna et Coll en 2006 se sont penchés sur la question du vécu des parents d'enfants souffrant d'un Trouble de l'Acquisition de la Coordination.

Ils ont mené une étude au Canada afin de comprendre : comment les premières expériences d'un enfant TAC étaient perçues par ses parents ; le tracé des différentes expériences traversées par les parents ; mais également leur vision et questionnement à propos de l'évolution des difficultés.

Treize familles ont été recrutées dans une région de l'Ontario. Les enfants de l'étude étaient âgés de 6 à 14 ans. Il y avait dix garçons et trois filles. Tous ont effectué un bilan pour confirmer le Trouble de l'Acquisition de la Coordination. Les enfants venaient de familles biparentales, et les participants étaient essentiellement des femmes (de 35 à 49 ans), bien que deux pères aient contribué à certains des entretiens.

L'étude s'est déroulée en trois étapes avec : un entretien initial ; des questionnaires (dont le questionnaire standardisé de dépistage du comportement [Goodman, 1999]) ; et une autre entrevue, pour revenir sur les observations des deux étapes précédentes, et y ajouter ou non des modifications. L'étude a voulu être la plus précise possible sur la retranscription du vécu des parents.

Cette partie de l'étude montre que le parcours des parents, pour comprendre et obtenir de l'aide pour leur enfant, est bien souvent compliqué et rempli de doutes et d'incertitudes. Les résultats ont permis de dégager trois thèmes principaux :

- Le premier met en évidence le regard des parents face aux difficultés de leur enfant.
- Le deuxième fait référence aux nombreux parcours empruntés par les familles, cherchant à affirmer leurs perceptions et à obtenir de l'aide et un soutien pour leur enfant et pour eux-mêmes.
- Le troisième concerne le « dilemme parental » et souligne les difficultés rencontrées par les parents, cherchant à s'adapter aux limites de leur enfant.

1er thème : Eclaircir le mystère

Pendant l'entrevue initiale : les parents sont invités à parler des premiers signes qui ont permis de constater les difficultés de leur enfant. Cette question leur paraissait difficile, car bien qu'ils aient repéré des difficultés dans certaines activités, ils n'étaient pas toujours évident de transmettre ces informations et de les identifier comme « problématiques ». Dans ces moments, une incertitude s'installe dans l'esprit parental, souvent renforcée par les personnes de l'entourage qui ne

comprennent pas, ou ne soutiennent pas leur questionnement. Ce doute, vécu par les parents, varie selon les familles mais il est un thème récurrent. La reconnaissance des difficultés rencontrées par les enfants est compliquée, car elles sont bien souvent subtiles et contextuelles et ne sont donc pas facilement vues par les autres parents, ou même par certains professionnels de santé. Dans cette étude, les signes évoqués par les parents concernent le plus souvent : une grande fatigabilité face à des nouvelles tâches, l'évitement de certaines activités motrices qui demandent une coordination particulière. Les situations de tâches multiples sont laborieuses et à éviter. Quand l'enfant entre à l'école, les inquiétudes des parents se renforcent. Ils les retrouvent au niveau de l'autonomie comme : l'habillage, ou encore dans l'apprentissage de l'écriture, le maniement des couverts, pour faire les devoirs qui prennent beaucoup de temps. De surcroît, plus l'enfant avance dans l'échelon scolaire, plus les problèmes deviennent prégnants du fait des exigences scolaires qui deviennent de plus en plus importantes, notamment dans les classes du primaire et du collège,. Les parents s'inquiètent alors face à l'impact négatif sur le bien être de l'enfant. Un impact qui peut être renforcé par les moqueries des camarades au regard de leurs compétences motrices médiocres (reconnaissance et acceptation de la différence).

Ces problèmes vont alors pousser la plupart des parents à aller chercher une aide extérieure.

2ème thème : Le labyrinthe des aides

L'étude montre que chaque famille réagit différemment dans la démarche de soin .Elle varie en fonction de l'âge de l'enfant, des problèmes rencontrés. Toutefois, dans la majorité des cas, les premières constatations mises en évidence, sont, en premier lieu, rapportées au pédiatre ou au médecin de famille. Généralement ces derniers tentent de « recevoir » les difficultés perçues par les parents, de les rassurer, surtout pour les enfants d'âge préscolaire, en leur faisant comprendre qu'il est encore trop tôt pour s'inquiéter, pour poser un diagnostic. Certains parents, cependant, poursuivent leur intuition ; ils pensent malgré tout, que quelque chose ne va pas. Pour d'autres, cette poursuite n'a rien donné, ou alors, les consultations auprès du médecin ou des psychologues ont permis d'apporter quelques explications, quelques réponses. Mais, bien souvent un diagnostic probable de Trouble de l'Attention avec ou sans Hyperactivité était évoqué aux parents afin d'expliquer l'origine des difficultés de leur enfant. Ce n'est que par hasard que les parents prennent connaissance du Trouble de l'Acquisition de la Coordination et par la suite, ce sont, eux même qui vont aiguiller les professionnels de santé.

Une fois le diagnostic posé et la possibilité de mettre des mots sur les troubles de leur enfant, les parents se retrouvent confrontés à l'absence de connaissance de ce trouble dans le milieu scolaire. Le fait de savoir, ou de comprendre un peu mieux, apaise. C'est un premier pas vers une démarche plus avancée. Ces enfants se retrouvent confrontés, ensuite, à un environnement pédagogique en

difficulté pour apporter le soutien et les aides nécessaires à leur réussite scolaire (par manque d'informations, de formations aussi). D'où l'intérêt et la nécessité de travailler en réseau et en partenariat avec toutes les personnes qui entourent l'enfant ; chacun selon sa place, son rôle, sa fonction, et ses qualités.

Dans ce cheminement les parents posent également le problème des bilans et des prises en charge qui sont souvent coûteux ; ceci peut retarder la mise en place du suivi de l'enfant. Une multitude de démarches s'imposent à eux. Ils ne savent généralement pas « à qui » et « où » s'adresser. Ce sont ceux, proches du milieu de la santé qui ont le plus vite franchi les obstacles et trouvé le chemin... les institutions à visiter, les personnes à rencontrer, les papiers à faire et à demander... Cela est coûteux pour les parents en termes de temps, d'argent et d'énergie. Le risque majeur est : Le découragement, au détriment des besoins de l'enfant.

3ème thème : Le dilemme parental

Ce dernier thème, issu des témoignages, met en évidence la difficulté des parents à ajuster leurs attentes, leur comportement, « la bonne-distance » à garder par rapport à leur enfant.

La première attente des parents est de savoir comment doser l'aide apportée, sans pour autant faire à la place de leur enfant. Le problème le plus fréquemment rencontrés dans ces familles se rapportent au temps de préparation du matin : avec une succession de tâches que l'enfant, en âge scolaire, doit normalement faire seul, comme : manger, se laver et s'habiller etc... Les enfants TAC ont beaucoup de mal à faire ces activités sur le peu de temps imparti au matin. Les parents avouent finir par faire à leur place, pour éviter d'être en retard. Le dilemme est donc de trouver une place pour l'accès à une autonomie, en laissant faire l'enfant à son rythme, mais aussi pour répondre aux exigences sociales, l'aider et lui fournir les aides pour fonctionner de manière adéquate avec le rythme de l'école ou de la famille. Des aménagements doivent être mis en place rapidement pour soulager l'enfant et ses parents ; afin qu'il ne s'épuise pas au travail, qu'il puisse avoir un peu plus de temps pour finir son travail ou son activité. Pour qu'il puisse prendre du plaisir et trouver des satisfactions dans ce qui lui est proposé.

La deuxième interrogation relevée par les parents, est de savoir s'il faut encourager l'enfant à faire des activités physiques, individuelles ou collectives, extrascolaires. Diverses expériences faites par les parents, ont montré que les sports collectifs ont été le plus souvent abandonnés, ce qui a permis de réduire l'anxiété chez l'enfant, mais aussi chez les parents (beaucoup trop de paramètres à gérer à la fois !). Cependant, il est important que l'enfant puisse établir des relations sociales. Les parents ont parfois du mal à trouver un sport qui plaise et corresponde à leur enfant.

Le troisième dilemme concerne l'utilisation du terme « Trouble de l'Acquisition de la Coordination ». Un certain nombre de parents sont d'accord pour dire que la mise en évidence du

diagnostique leur a permis de mieux s'investir auprès de leur enfant et de l'aider, notamment dans le milieu scolaire pour que des aménagements soient mis en place. Ces parents évoquent également la peur qu'une étiquette soit posée et vienne cristalliser les difficultés rencontrées, enfermer ainsi, l'enfant dans un jugement et des a priori dont il aura du mal à se débarrasser. Il leur faudra aussi faire avec les craintes de l'enseignant pour accompagner cet enfant. L'éducation nationale ne forme pas ses enseignants à ce genre de difficultés et de troubles. Eux aussi sont parfois démunis, et manque de moyens pour aider l'enfant, pour comprendre et palier à ses difficultés. Ils font également appel aux professionnels de santé, aux rééducateurs, aux psychologues, aux médecins spécialisés dans ce domaine, aux structures dont c'est le rôle. La société évolue rapidement. Il est de plus en plus important de travailler en partenariat et en réseau. Tout ceci le prouve plus que jamais.

Les limites de l'étude

La première est que les participants ont été sélectionnés sur la base du volontariat. De ce fait, nous devons être conscients que leur témoignage compte parmi les familles les plus impliquées dans les difficultés de leur enfant. Une grande partie des participants étaient des parents très instruits avec un statut socio-économique de moyen à élevé. Plusieurs mères occupaient des postes professionnels dans les soins de santé ou dans l'enseignement; par conséquent, elles ont peut-être été plus sensibilisées à déceler les signes et à accéder à des ressources pour leurs enfants. Nous pouvons alors envisager la difficulté que représente la recherche d'aide pour des familles moins informées. Enfin, cette étude a été menée dans une zone géographique limitée. L'accès à des services de soins pouvant varier d'une région à une autre, nous pouvons en déduire que le cheminement et les réponses apportées aux familles n'auraient peut-être pas été les mêmes dans une autre zone.

Conclusion :

Cette étude met en évidence les difficultés rencontrées par les parents dans ce long et périlleux « parcours du combattant ». Nous pouvons alors comprendre le besoin pour eux d'être accompagnés, guidés et conseillés face aux difficultés de leur enfant qu'ils ont parfois du mal à nommer et face à la complexité des démarches à entreprendre.

Toutes les familles ont des parcours bien différents ; mais, toutes ont rencontré des difficultés pour comprendre et faire reconnaître les troubles de leur enfant. Il est difficile aussi pour elles, de s'adapter et de favoriser autant que possible la réussite de celui-ci. Ces témoignages ont apporté ici une perspective dans notre compréhension des problèmes contextuels et environnementaux qui affectent les enfants TAC et leur famille.

Cette étude de Missiuna m'a semblé intéressante car elle montre véritablement ce que beaucoup de professionnels et de familles nous rapportent régulièrement. Elle est la preuve scientifique que la

présence d'un enfant TAC est un véritable chamboulement dans la vie d'une famille. Ces familles qui vont devoir alors s'adapter à ce trouble au quotidien et tout au long du développement de l'enfant. Nous avons tous conscience qu'une alliance thérapeutique est primordiale dans notre travail, et cette étude en est la preuve, avec des parents qui sont en demande, qui ont besoin qu'on les guide, qu'on les conseille sur les réactions à avoir par exemple. Reste à savoir comment utiliser cette alliance thérapeutique au mieux dans notre approche en tant que thérapeute.

2) Quel type d'accompagnement peut-on proposer aux familles ?

Comme nous venons de le voir, les parents ont besoin d'être accueillis et écoutés. Ils savent (ou sont en voie de prendre conscience) que le chemin sera long et périlleux ; que leur vie s'oriente vers des horizons inconnus. Ils vont devoir apprendre à faire et à envisager un avenir différent, et à adapter leur niveau d'exigence en permanence, vis-à-vis de leur enfant.

En tant que psychomotricien, pour pouvoir mener correctement notre projet thérapeutique, il est important que les parents y adhèrent complètement, qu'ils croient à son efficacité, et qu'ils fassent alliance avec nous. D'où l'importance du dialogue avec les parents, de son utilité en parallèle et tout le long de la prise en charge pour que celle-ci soit la plus pertinente possible.

L'alliance thérapeutique va s'instaurer dès le premier bilan, avec la mise en place d'un entretien initial, nécessaire au recueil d'informations, durant lequel les parents nous confient une partie importante de leur histoire. Cet échange avec les parents va nous permettre de comprendre ce qu'il se passe en dehors de notre salle de psychomotricité. L'alliance thérapeutique est une relation de confiance qui se construit tout au long de la prise en charge.

De quels outils disposons-nous pour guider les parents dans la compréhension du trouble de leur enfant et dans leur ajustement ? Nous allons voir la guidance parentale et la co-thérapie : deux entités distinctes mais complémentaires dans l'accompagnement des familles, permettant d'instaurer un lien entre le travail en séance et l'environnement quotidien de l'enfant et qui ont prouvées leur utilité dans l'amélioration des conditions de vie des familles confrontées à un « handicap ».

b. Guidance parentale ou co-thérapie ?

Normalement, ce sont deux techniques abordées en psychothérapie. Toutefois, elles sont également utilisées de manière adaptée à la psychomotricité.

On parle souvent de guidance parentale pour qualifier l'accompagnement des parents, par des professionnels, dans l'aide éducative de leur enfant. C'est un travail qui fait référence à la relation parent/enfant et qui vise à l'épanouissement de ceux-ci. Cette notion de "guidance" sous entend à la fois : les aspects de conseil, d'aide, de soutien et d'accompagnement des familles. La proposition

d'une guidance parentale est généralement induite par une demande précise des parents. Les objectifs seront alors définis avec les parents et bien sûr l'enfant. La participation active des différents partenaires est primordiale pour essayer de rétablir une relation adéquate. Elle ne peut pas exister sans l'étroite collaboration des parents et leur adhésion aux projets des professionnels qui entourent l'enfant. Enfin, elle a pour objectif : d'informer et de former les parents dans l'aide à apporter à leur enfant, pour trouver de meilleures stratégies vis-à-vis de lui et de ses besoins. L'idée est donc de proposer des outils qu'ils pourront utiliser et aménager dans leur quotidien.

Les limites de cette approche parentale résident tout d'abord dans la motivation des parents, qui peut être difficile à évaluer. Les réflexions initiales, et nos propositions, n'ayant pas été réellement entendues, ou peut-être « comprises ». Les objectifs définis ne pourront alors pas être mis en place. Ensuite, une des limites concerne les aléas du rythme des entretiens. L'impossibilité éventuelle de rencontrer régulièrement les parents en entretien pour réactualiser les objectifs ; ce qui peut faire perdre de l'efficacité au travail entrepris. Enfin, l'impossibilité d'observer directement le comportement de l'enfant et des parents en situation réelle. Les parents nous rapportent leurs propres informations, leurs descriptions et leurs perceptions (nous travaillons avec ce matériel). Nous ne pouvons pas exclure la part de subjectivité, qui fait aussi partie du matériel dont nous disposons et dont nous avons à tenir compte. Il est difficile pour un parent d'être objectif vis-à-vis de son enfant, car la part de l'émotionnel est grande.

La co-thérapie telle que je la conçois, se définit davantage comme un dialogue, un échange d'informations entre les familles et le psychomotricien. Il faut qu'il y ait un réel investissement dans cet échange, surtout de notre part pour extraire les données importantes qui pourront être exploitées dans notre prise en charge. La différence avec la guidance parentale est que les parents n'interviennent pas directement dans la séance de l'enfant.

L'objectif est d'ajuster le travail mis en place en séance de psychomotricité, en fonction des informations rapportées par les parents ; mais aussi, la mise en place des aménagements spécifiques à l'enfant dans son milieu quotidien. L'intégration des données qui viennent directement des parents, va avoir un impact positif, autant sur : l'orientation de notre travail, que sur les capacités même de l'enfant. Cette co-thérapie doit permettre de prendre d'avantage en compte, les difficultés rencontrées à l'extérieur des séances, dans le quotidien de l'enfant, et d'agir en conséquence.

A travers ces deux approches familiales, la notion « d'alliance thérapeutique » avec l'enfant et sa famille prend tout son sens et toute son importance. En psychomotricité, cette « accroche relationnelle » entre les différents partenaires n'aura d'intérêt que dans la mesure où des positions, différentes et complémentaires, pourront progressivement être mises en place, avec tous les

aménagements et ajustements nécessaires à l'évolution de l'enfant et de sa famille. Il ne faut cependant pas oublier que cela n'est pas toujours possible. Cela va dépendre de la capacité des familles à rebondir et à s'impliquer dans la prise en charge de leur enfant.

c. Et l'éducation précoce autour du TAC ?

En réfléchissant à la question sur l'accompagnement des familles ayant un enfant TAC, je suis venue à me demander, si l'on ne pouvait pas aborder une approche éducative précoce comme pour les autres troubles développementaux.

C'est une approche longitudinale : Il est important de prendre en charge l'enfant le plus tôt possible, afin de suivre son évolution développementale. C'est un suivi dans la durée donc les objectifs vont changer au cours de la prise en charge. (Daniel MELLIER)

A la base de son fondement, l'éducation précoce concernait les enfants avec des pathologies lourdes ou motrices. Petit à petit, elle s'est étendue à d'autres types de pathologies. Plus récemment, elle est utilisée pour les enfants dits « à risque » (comme par exemple, le réseau P'ti MIP pour les enfants prématurés).

L'enfant arrive au monde avec un potentiel qui va se développer en faveur des expériences et des conditions environnementales. Ces expériences sont personnelles à chaque enfant mais elles sont nécessairement partagées et étayées par son entourage social. Les relations et le support social ont donc un impact important sur la construction et le développement de l'enfant.

Le rôle des professionnels est de définir, ce que l'enfant sait faire naturellement et ensuite de l'amener vers des expériences plus élaborées (qu'il ne fait pas seul). Dans une prise en charge ponctuelle, le professionnel a une vision « spécifique » nécessaire de l'enfant, mais son champ est trop restreint. La famille doit donc obligatoirement être impliquée car c'est elle qui connaît l'enfant ou qui essaie de le découvrir. Ceci implique là encore un dialogue, des échanges entre parents et professionnels pour tenter de mieux connaître l'enfant, comprendre son fonctionnement.

On dit « précoce » parce que généralement, le suivi est proposé au cours de la première année de vie. Pour les enfants TAC, le diagnostic n'est jamais posé avant 6 ans. Toutefois, des signes sont repérés bien avant et il n'est pas rare que la prise en charge commence sans connaître réellement les causes de ces difficultés de coordination (problème attentionnel ? praxique ? de balayage visuel ?..).

Toutefois, je me permets d'évoquer ce type d'approche de l'enfant et de sa famille dans le cadre du Trouble d'Acquisition de la Coordination parce qu'il me semble qu'informer et former un maximum de personnes à ce trouble (enseignants, pédiatres...), aux conséquences qu'il entraîne et aux différents aménagements possibles pourrait permettre un suivi plus précoce de ces enfants et

peut être une amélioration plus rapide de leur fonctionnement. Ce travail avec les familles aurait pour objectif de restaurer une image positive de l'enfant, de ses capacités pour l'aider à prendre confiance en lui. Aider les parents à interagir avec leur enfant. Mais également, diminuer l'impact ultérieur des troubles en proposant les aides les plus appropriées à l'enfant.

C. Aménagements de l'environnement de l'enfant TAC

Deux articles, concernant l'enfant TAC, rapportent les aménagements pouvant être mise en place à la maison et en classe afin de donner des stratégies aux parents et aux enseignants pour aider ces enfants dans leur évolution (C. Missiuna, P. de Castelnaud et C. Chignac).

Nous retiendrons pour notre pratique professionnelle que ces aménagements sont des outils que nous allons pouvoir proposer pour répondre aux attentes familiales et scolaires. Les objectifs seront alors de déterminer : Comment peut-on amener l'enfant à contourner ses difficultés ? Comment le maintenir dans les apprentissages ? Et quel type de support lui sera le plus adéquat ?

Concernant l'autonomie quotidienne, les parents mentionnent fréquemment, les difficultés de l'habillage, qu'ils rencontrent, tous les matins avec les enfants, alors même qu'ils sont pressés par les horaires de leur travail et de l'école. Nous pouvons alors leur recommander d'encouragez l'enfant à porter des vêtements faciles à mettre et à enlever pour aller à l'école (t-shirts, leggings, chaussures avec des scratch, fermetures en velcro, des boutons pression). Toutefois, l'enfant TAC peut apprendre à manipuler les attaches difficiles. Il sera juste suggéré aux parents de leur apprendre lorsqu'ils ont plus du temps et de patience comme le WE ou pendant les vacances.

Pour l'aider à améliorer ses habiletés de planification motrice et d'organisation, les parents solliciter leur enfant à participer à des tâches ménagères, comme mettre la table, préparer le repas de midi ou organiser un sac à dos. Avant de démarrer l'activité, les parents peuvent posez des questions qui aideront l'enfant à se concentrer sur les étapes. Par exemple : « Que dois-tu faire en premier? ».

Il semble important de valoriser les points forts de l'enfant pour l'aider à prendre confiance en ses capacités. De nombreux enfants présentant un TAC ont des habiletés dans d'autres domaines, comme la lecture et les activités créatives ; ils sont parfois très réceptifs aux besoins des autres ou ont d'excellentes habiletés en communication orale.

C'est peut-être ici que nous aurons un impact auprès de la famille de l'enfant TAC. Les parents ne savent pas toujours comment l'enfant va se développer et de ce fait comment interagir et s'adapter à lui. L'échange « parent/professionnel » est donc fondamental avec ses familles afin qu'il n'y ait pas une image figée de l'enfant. Avec nos connaissances professionnelles et notre regard extérieur à la

situation familial, nous allons essayer d'apporter un « zoom » sur les compétences de l'enfant à un instant T et sur ses possibilités à venir.

Concernant les difficultés scolaires, en dépit de leurs excellentes compétences verbales et conceptuelles, les difficultés praxiques des enfants TAC leur fait prendre tout de même beaucoup de retard à l'école. Il arrive de plus en plus souvent que ce soit les enseignants qui pointent les difficultés scolaires de l'enfant, et qui recommandent aux parents d'aller consulter un psychomotricien, parce qu'eux-mêmes se retrouvent démunis. Quelles solutions pouvons-nous leur proposer ?

Pour soulager les difficultés rencontrées par l'enfant TAC, l'enseignant peut :

- Vérifier que l'enfant soit correctement installé ; s'assurer qu'il adopte une bonne position pour travailler à son bureau (pieds bien à plat sur le plancher, avant-bras appuyés).
- Fixer des objectifs à court terme réalistes afin de favoriser la motivation de l'enfant.
- Donner du temps supplémentaire à l'enfant afin qu'il puisse terminer les activités de motricité fine (mathématiques, écriture, arts plastiques)
- Considérer d'autres modes de présentation par lesquels les enfants peuvent montrer qu'ils ont compris un sujet. Par exemple, rapport oralement, dessins pour illustrer leur pensée, taper une histoire à l'ordinateur, enregistrer une histoire ou un examen sur un magnétophone.

a. Graphisme et Ecriture

Si l'enfant ne peut automatiser son graphisme, il faudra choisir :

Ou bien, il dessine des lettres, concentre son attention dans le contrôle de son geste dans le but de progresser en écriture.

Ou bien, il écoute, il essaye de comprendre, de réfléchir à l'orthographe, il s'intéresse au sens, il mémorise et de ce fait, il peut apprendre.

Il est généralement recommandé de diminuer la charge d'écriture (de copie) et de proposer un ou des moyens palliatifs fonctionnels : comme des feuilles avec les questions déjà écrites, et des réponses à trous, des photocopies des leçons, ou permettre à l'enfant d'être évalué oralement. Des copies propres et soignées lui permettront par la suite d'apprendre plus facilement.

Lorsque la forme spatiale de la lettre est acquise, il ne sert à rien de demander à l'enfant TAC de recopier le même mot plusieurs fois de suite, car la répétition n'améliora pas la qualité.

Nous pouvons choisir avec l'enfant l'outil scripteur le plus adapté à son tonus, sa posture, et si nécessaire utiliser des « guides-doigts ». Ce sont des adaptations facilitant la préhension du crayon et qui permettront de réduire la pression des doigts sur le stylo.

L'utilisation de l'ordinateur, le plus tôt possible, permettra, si nécessaire de réduire la quantité d'écriture requise dans les classes plus avancées. Bien qu'il soit difficile pour l'enfant d'apprendre à se servir d'un clavier au début, il s'agit d'une habileté très utile qu'un enfant ayant des troubles moteurs peut éventuellement maîtriser (travail abordé avec l'ergothérapeute). Pour certains enfants, les logiciels de reconnaissance de la parole peuvent être présentés aussitôt que les patrons vocaux de l'enfant sont suffisamment développés pour être constants.

b. Aspects visuo-spatiaux

Pour aider à la présentation des cahiers et à la réalisation de tableau, il peut être proposé à l'enfant de laisser une ligne d'espace entre les lignes d'écriture, et d'augmenter la taille des colonnes pour qu'il ne soit pas en surcharge d'informations visuelles. Si l'enfant a des difficultés à écrire sur la ligne, souligner la ligne avec une couleur.

En géométrie, l'utilisation des carreaux peut permettre à l'enfant d'avoir des points de repère pour construire une figure. La pose des opérations est souvent difficile car l'enfant ne respecte pas l'alignement des chiffres par colonnes : on peut donc l'aider à repérer les différentes positions des nombres par des repères de couleur.

Exemple

$$\begin{array}{r} 5072 \\ + 945 \\ \hline = \end{array}$$

Si l'enfant présente des difficultés dans la recherche d'information dans le texte, l'utilisation d'un cache et plus tard d'un surligneur peut être proposée pour diminuer la charge d'informations visuelles et faire apparaître les informations importantes. Si dans la copie des oublis de lettres, de mots sont repérés nous pouvons encourager le guidage du regard par un suivi à la règle ou avec le doigt.

c. Aide humaine

Lorsque les adaptations pédagogiques ne suffisent pas, et que le quotidien scolaire devient difficile à gérer pour l'enfant, il faut envisager une demande auprès de la MDPH (maison départementale de la personne handicapée) d'une aide personnalisée par le biais d'une assistante de vie scolaire (AVS). Toutefois, si la demande est refusée par manque de personnel ou que les difficultés de l'enfant ne peuvent être davantage justifiées, l'enseignant peut recourir à la mise en place d'un tutorat avec un autre élève. Ce dernier peut aider l'enfant à copier ces devoirs sur le cahier de texte en lui dictant ce qu'il y a écrit au tableau par exemple.

d. Activités physiques et sportives

Il est important d'encourager l'enfant à participer à des jeux et des sports qui sont intéressants pour lui et qui lui permettent de vivre des activités motrices. Les performances de ces enfants sont variables, sur une même activité. Il faut donc leur permettre d'essayer plusieurs fois l'activité demandée, avant de noter leur performance. Nous devons insister sur le « plaisir » et la participation de l'enfant, plutôt que sur ses performances. Lui apporter beaucoup d'encouragements lorsqu'il essaie une activité nouvelle et le rassurer dès qu'il est en difficulté.

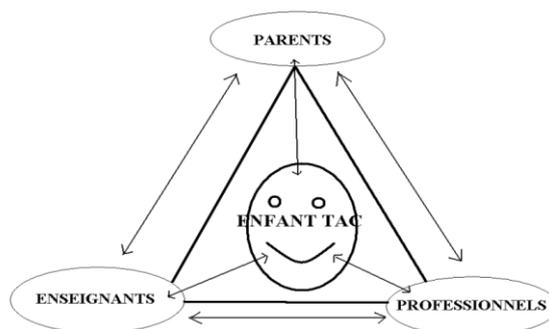
Quelques stratégies : Verbaliser son action pour l'aider et le soutenir dans ses apprentissages. Partir d'une séquence motrice connue et l'enrichir. Cibler à l'enfant les indices pertinents à observer sur un modèle, et lui apporter des corrections en cours ou en fin de réalisation afin qu'il perçoive ce qu'il doit changer dans son mouvement.

e. Les activités extra-scolaires

L'enfant TAC peut montrer une préférence et être plus habile dans les sports individuels (comme la natation, la course, la bicyclette, le ski) que dans les sports d'équipe.

Il peut être aussi encourager à interagir avec des pairs dans des activités autres que sportives dans lesquelles il est susceptible d'avoir du succès (la musique, le théâtre par exemple).

En psychomotricité, nous sommes souvent amenés à rencontrer les enseignants pour discuter des difficultés qui sont observées en classe, et des stratégies facilitatrices que l'on pourrait envisager pour l'enfant TAC. Tous ne présentent pas les mêmes difficultés sur le plan scolaire. D'où la nécessité d'ajuster le programme d'accompagnement qui sera mis en place par l'enseignant en classe. La rencontre avec l'enseignant nous permet également d'aborder l'aspect écologique des difficultés rencontrées par cet enfant. Une rencontre riche de sens qui nous permet d'avoir encore un point de vue différent du fonctionnement de l'enfant. C'est donc une relation de triangulation (parent-enseignant-professionnel) qui entoure l'enfant qui va nous permettre de penser et d'aménager un projet d'aide et d'accompagnement le plus optimal dans l'évolution de l'enfant TAC.



La scolarisation de ces enfants réclame donc la formation et l'information des enseignants, des médecins, des psychologues et des rééducateurs, mais aussi la proposition d'aides matérielles et humaines que seules des personnes formées et informées pourront lui apporter.

Il est important de valoriser leurs compétences verbales et de mémorisation et de leur donner la chance d'en acquérir d'autres en soulageant leurs difficultés afin que petit à petit le chemin vers l'autonomie devienne une évidence pour ces enfants et ses familles.

III. Réflexion sur le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement des familles ayant un enfant TAC

Après avoir réfléchi et recherché les différentes approches de la famille et les aménagements (thérapeutique, sociale, familial et scolaire) possibles pour aider les enfants TAC, j'en suis venue à me demander : quel pouvait être le rôle du psychomotricien dans tout ça ?

A. Quel rôle le psychomotricien peut-il avoir dans l'annonce du diagnostic

En tant que Psychomotricien, nous ne sommes pas directement confrontés à l'annonce du diagnostic, c'est le médecin (pédiatre ou neuro-pédiatre) qui l'annonce aux parents. Toutefois, ceci est bien souvent un choc ou un traumatisme qui peut venir modifier les « projections » des parents sur leur enfant et entraîner une discontinuité du contexte familial et social. C'est la sensation qu'un rêve se brise : (traumatisme personnel) et la perception de ne pas être comme les autres : (traumatisme social). Les remarques de l'entourage peuvent parfois être difficiles à accepter et entraîner des discordes familiales, sociales et affectives.

Le psychomotricien a malgré tout, un rôle important à jouer dans l'acceptation et l'assimilation de ce diagnostic. Le bilan initial effectué, ayant une approche concrète de l'enfant et de son comportement ; des ses apprentissages (de ses compétences, et de ses difficultés) dans son évolution psychomotrice ; il va alors pouvoir guider et soutenir les parents dans la compréhension de ce trouble et les accompagner avec un regard, des perceptions et des connaissances (théoriques et pratiques) de professionnel. Nous pouvons supposer qu'il est important de laisser un peu de temps à la famille pour comprendre, assimiler toutes ces informations, pour prendre un peu de recul et faire alliance avec le psychomotricien et participer ainsi à la prise en charge de leur enfant.

Certaines études se sont penchées sur cette question et ont montré l'intérêt d'un soutien particulier auprès des familles autour de cette période diagnostique. En 2004, Jugnoo S. Rahi, Irene Manaras, Helena Tuomainen and Gillian Lewando Hundt décident de mettre en place un programme d'information et de soutien dans le service d'ophtalmologie d'un hôpital afin de répondre aux

besoins (questionnement, projection, informations, soutien...) des parents au moment de l'annonce du diagnostic de déficience visuelle de leur enfant.

Les familles ayant participé à cette étude rapportent que ce service mis en place à leur attention leur a apporté : des informations supplémentaires sur les difficultés rencontrées par leur enfant, un accès à des services spécialisés, un soutien social et psychologique, la rencontre avec d'autres familles dont les enfants présentent les mêmes difficultés.

Cette recherche a montré que les attentes des familles autour de cette période d'annonce du diagnostic se dirigent vers le besoin d'informations, notamment sur les perspectives éducatives et sociales, et vers le besoin d'un soutien psychologique de la part des professionnels.

L'avantage de ce type de service est de permettre et de faciliter la coordination des secteurs de santé, éducatifs et sociaux ; de guider les familles dans cette démarche de soins ; de créer du lien dans les différentes prises en charges.

Cette étude s'est penchée sur la déficience visuelle. D'autres ont travaillé sur la Trisomie (projet EQUAL, conciliation famille handicap, 2004) ou sur le TDA/H (programme de BARKLEY). Toutes rapportent l'idée que cet accompagnement a été bénéfique pour les familles dans leur cheminement vers l'acceptation, l'assimilation du diagnostic, mais aussi la compréhension des troubles et l'orientation vers des professionnels pouvant venir en aide à leurs enfants. Il me semble que l'on peut également rapporter cette réflexion à l'accompagnement des familles d'enfants TAC pour laquelle il est encore difficile de trouver des écrits. Bien que l'étude de C. Missiuna ait rapporté le parcours difficile des parents, pour comprendre ce trouble, et trouver de l'aide, une démarche d'accompagnement des familles ayant un enfant porteur d'un TAC n'a pas encore été proposée.

B. Création d'une collaboration psychomotricien/famille

Pour qu'un projet de prise en charge soit efficace, il est indispensable de créer une collaboration avec les familles. La mise en place cette collaboration peut être longue comme très rapide ; cela dépend de l'intérêt que l'enfant et sa famille vont trouver au projet proposé par le psychomotricien. D'où l'intérêt de cibler rapidement les attentes et les besoins de l'enfant et de ses parents dans l'établissement du projet thérapeutique.

Comme nous le rappelle Angélique Alves-Lopes (mémoire 1998), en début de prise en charge (bilan psychomoteur initial) : Les parents nous permettent d'acquérir des informations sur le développement de leur enfant : (grossesse, premières acquisitions, premières manifestations du trouble, répercussion sur la famille...). Ces familles nous confient une partie de leur histoire, de leurs inquiétudes. Il est important de les prendre en compte, pour comprendre le fonctionnement de

l'enfant et le rapporter à son contexte environnemental (ou d'évolution ?). Ces informations nous serviront à établir le projet thérapeutique de l'enfant.

Au fur et à mesure de séances : Les parents peuvent nous rendre compte, des progrès réalisés dans la vie quotidienne ; mais aussi, des effets « négatifs », le plus souvent liés à une inadaptation avec la vie en société. Ceci nous permet de réajuster le projet thérapeutique en fonction des nouvelles données. Les parents nous permettent, d'obtenir des informations, que nous n'aurions pas eues autrement, et d'affiner le projet thérapeutique en fonction des nouvelles données.

Le soutien des parents dans ce projet et dans le travail réalisé par l'enfant va être source de motivation, d'efforts et de réussite.

La famille va pouvoir ainsi, aider à la généralisation des acquisitions faites en séances de psychomotricité, à leur insertion dans la vie quotidienne. Un apprentissage est acquis lorsqu'on est capable de l'utiliser dans différentes situations et non pas seulement en séance.

La coopération entre les familles et le thérapeute va influencer de façon positive la prise en charge. Mais, il me semble aussi intéressant de définir les rôles et les attentes de chacun : ce qui sera accepté ou non, afin que tous n'interviennent pas de façon intrusive dans le domaine qui ne lui appartient pas.

- Le psychomotricien intervient pour aider l'enfant et sa famille, les accompagner. Il n'est pas là pour « remplacer » les parents, ou pour leur dire comment éduquer leur enfant ; mais plutôt pour les amener à s'ajuster au mieux face aux difficultés rencontrées. Il s'efforce de restituer des informations pertinentes dans la prise en charge, tout en préservant l'intimité de l'enfant (ses confidences). Il tient compte des renseignements donnés par la famille.
- Les parents n'abandonnent pas leur rôle éducatif. Ils s'engagent à favoriser la réussite de la prise en charge en mettant en pratique les conseils apportés par le psychomotricien. Ils ne doivent pas hésiter à parler des conséquences positives et négatives de la rééducation dans la vie quotidienne. Leur but est généralement de tout mettre en œuvre afin de permettre l'évolution la plus favorable pour leur enfant.

Les professionnels doivent comprendre, autant que possible, les difficultés des parents. Tout ne peut être demandé, mais l'écoute peut parfois suffire à résoudre bien des difficultés. Une prise en compte de la parole des parents permet à ceux-ci de se sentir à l'aise, de comprendre qu'ils ont un rôle important, qu'ils ne sont pas seuls. Cette écoute facilite la prise en charge professionnelle. L'alliance thérapeutique doit donc se faire à double sens.

C. Quel est le rôle du psychomotricien auprès de l'enfant TAC ?

Dans le dernier colloque concernant « l'accompagnement de l'enfant TAC » qui a eu lieu le 12 mai 2011 à Auch, le rôle des différents partenaires dans la prise en charge de ces enfants a été rappelé. Je vais tenter de retranscrire ici, le rôle spécifique du psychomotricien.

Le psychomotricien a une place importante dans la prise en charge d'un enfant présentant un trouble d'acquisition de la coordination. De part sa spécificité, il va participer à l'observation et au suivi de l'enfant d'une manière globale. Il va travailler sur la posture, le tonus, l'organisation et les repères spatio-temporels, la latéralité, le graphisme, les coordinations dynamiques, la motricité fine ...

Il participe à l'*évaluation* de l'enfant. Il recueille un ensemble de données au moment de l'entretien avec la famille, puis il effectue sa propre évaluation psychomotrice des compétences et des difficultés de l'enfant (observations cliniques et tests spécifiques standardisés). Cette évaluation servira ensuite d'aide au diagnostic.

Il intervient ensuite dans l'établissement d'un *projet thérapeutique*. Il définit les axes de travail et les moyens qui seront utilisés spécifiquement avec cet enfant. Ses axes de travail s'appuieront sur les points forts de l'enfant pour lui permettre de reprendre confiance en lui et pour le remettre dans le mouvement en travaillant sur ses sensations, en utilisant des canaux sensori-moteurs variés, en allant du décodage à la planification, tout en facilitant la commande motrice. La notion de plaisir reste toujours importante dans notre approche psychomotrice.

Dans *le suivi psychomoteur* de l'enfant TAC, le thérapeute propose des activités ludiques choisies avec l'enfant, mettant en jeu le corps. La motivation est déterminante dans la progression de l'enfant, car le travail sur la planification de ses gestes, l'ajustement des postures lui demandera de gros efforts. L'accompagnement du geste par la parole est une stratégie facilitatrice qu'il va pouvoir expérimenter en séance. Un travail sur l'auto-évaluation de ses compétences et de ses limites lui permettra d'adapter sa propre démarche et de progresser. L'accompagnement dans une auto-évaluation aura parfois plus d'impact que l'avis de l'adulte. Valoriser l'enfant d'une manière juste est tout aussi importante. Ainsi, nous ferons attention à ce qu'il ne soit pas trop souvent confronté à l'échec.

Le psychomotricien travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire ou en libéral. La collaboration avec les différents intervenants auprès de l'enfant (soignants, école, MDPH, et la famille) est un élément indispensable pour la généralisation des progrès de l'enfant dans son quotidien. Il participe à l'élaboration d'un projet d'aide individualisé (PAI) ou d'une équipe éducative.

La notion d'accompagnement et de guidance parentale est importante dans le suivi de l'enfant TAC. Par exemple : « Quand peut-on laisser l'enfant faire seul ? Ou lui venir en aide ? (habillage le matin, chaussures à scratch ou à lacets ?) »

Le rôle du psychomotricien est donc très important dans l'accompagnement de l'enfant TAC. Il aide et contribue au mieux être de ces enfants.

En conclusion,

Comme nous l'avons vu tout au long de cette partie théorique, le TAC est un trouble encore peu connu et peu compris du fait de son caractère invisible. D'autant plus que ce trouble est souvent associé à d'autres difficultés (affective, sociale, scolaire...) qui viennent se surajouter et perturber le tableau clinique de ces enfants. L'entourage familial et scolaire se retrouve confronté à ses difficultés sans savoir quoi faire et proposer à ces enfants qui eux-mêmes sont en souffrance. Pour répondre à ces questionnements les familles sont généralement dirigées vers différents spécialistes pour tenter de comprendre le fonctionnement particulier de leur enfant. Le psychomotricien est le plus souvent un des premiers interlocuteurs vers lequel les parents vont adresser leurs inquiétudes. C'est la raison pour laquelle, je suis venue à me demander : « Quel type d'accompagnement le psychomotricien peut-il proposer aux familles d'un enfant TAC ? » et « Comment les guider pour que ce soit concret, compréhensible et acceptable pour les familles ? ».

PARTIE PRATIQUE

Toutes les interrogations parentales, concernant le TAC, rapportées par C.Missiuna and Coll. en 2006 m'ont permis de me rendre compte à quel point les parents se retrouvent bien souvent démunis face à ce trouble. Ces chercheurs rapportent l'importance que les professionnels de santé soient au courant des expériences stressantes vécues par les parents. Bien souvent ils tentent de résoudre le mystère du TAC et parcourent un labyrinthe de professionnels de santé tout en essayant de faire face aux limites de leur enfant.

Au cours de mon stage de 3^{ième} année, j'ai été amené à travailler au sein d'un cabinet libéral du Gers, où le plus souvent les enfants sont amenés par leurs parents.

Ma démarche a été de solliciter des échanges avec les Parents dont l'enfant présente des difficultés pratiques et/ou de coordination, et pour lequel le diagnostic de trouble a déjà été posé ou est en voie de l'être.

Au départ 4 enfants ont retenus mon attention. Pour chacun d'eux, les situations variées en fonction du stade de la prise en charge, et des questions soulevées par les parents. Bien que la démarche d'accompagnement ait été commencée pour tous, je n'en présenterai que trois dans ce mémoire car la quatrième famille a préféré arrêter le suivi en psychomotricité. En effet, le bilan initial a été fait ensemble, la prise en charge s'est mise en place très rapidement et deux entretiens ont été faits avec cette famille sur une période de quatre mois. Toutefois, je me suis retrouvée confrontée au fait que ces parents ne percevaient pas les difficultés de leur enfant, relevées par l'institutrice et par le bilan psychomoteur, comme « problématiques ». De ce fait, ils ont préféré interrompre la prise en charge de peur de stigmatiser leur enfant. Cette expérience m'a permis de me rendre compte que le cheminement vers l'acceptation d'un trouble et la perception de ces difficultés peut être parfois long.

I. Présentation de la démarche d'accompagnement des familles ayant un enfant porteur d'un TAC

A. Pourquoi rechercher la collaboration des familles ?

Lorsque les familles sont reçues, on peut s'apercevoir parfois, que les parents souhaitent avoir une part plus importante, plus active, dans la prise en charge de leur enfant. Ils souhaitent comprendre, l'aider, lui permettre de grandir, d'évoluer, de devenir plus autonome.

Comment aider l'enfant TAC, « maladroit » à utiliser le mieux possible ses potentialités limitées ? Il me semble important d'informer l'entourage de l'enfant, de la nature de ce trouble (Quel est-il ?) pour qu'il puisse le comprendre, y donner du sens. Ce n'est qu'une fois ces difficultés sont acceptées et comprises que les parents pourront s'y ajuster.

Dans une démarche de collaboration avec la famille 3 axes me semblent intéressants en psychomotricité :

Le recueil d'informations dont nous avons besoin dans la prise en charge psychomotrice, concernant les attentes parentales ; leur perception des difficultés éprouvées par leur enfant (en tenant compte des informations que les parents voudront bien nous donner concernant leur vécu, leurs propres difficultés (peut-être) de coordination, ou d'organisation praxique qui modifient peut-être leur perception des difficultés de leur enfant...) et les conséquences du trouble dans le cadre de la vie quotidienne, scolaire, et sociale. Ce qui nous permettra d'envisager, les aménagements qui devront être mis en place pour palier aux difficultés rencontrées dans la vie quotidienne et dans leur compréhension du trouble.

Les conseils ou stratégies que nous pourrions progressivement apporter aux parents durant le suivi, pour améliorer le quotidien de la famille, et surtout celui de l'enfant TAC. Nos observations (bilans, travail en séances, activités spontanées, autres,...) favoriseront une meilleure connaissance du fonctionnement de l'enfant que nous pourrions rapporter aux parents afin d'éclairer leur propre compréhension des difficultés rencontrées; et la mise en place du programme d'accompagnement pour cet enfant de façon personnalisée c'est-à-dire propre à ses besoins et à ses compétences.

La possibilité pour les parents de participer à ce cheminement, en sollicitant leur implication et leurs propres compétences parentales durant quelques séances. Il peut être très intéressant de partager notre « savoir-faire et savoir-être » avec eux et avec l'enfant ; afin qu'ils puissent l'aider et le soutenir, l'amener à trouver le chemin (étape par étape) vers l'autonomie. Cette approche permettra également de trouver une alliance et une complémentarité dans un ajustement permanent de chacun des partenaires. Le parent conservant sa place de parent et le psychomotricien sa fonction de thérapeute et d'accompagnant.

Dans la démarche que j'ai envisagée auprès des familles ayant un enfant TAC au sein de mon lieu de stage, je n'ai pas inclus ce troisième axe. En effet, par rapport aux disponibilités des parents que j'ai rencontrés et des possibilités qui m'ont été offertes sur ce stage, j'ai préféré rester sur une approche de dialogue et d'échange en proposant des rencontres ponctuelles.

B. Comment inclure les parents dans la prise en charge ?

Dans le cadre des troubles développementaux ou des retards de développement, nous pouvons envisager plusieurs propositions :

- Définir un programme structuré où les exercices à faire, en fonction des situations, sont précisés. Les parents doivent atteindre des objectifs fixés ensemble avec le thérapeute.
- Informer les familles sur le développement particulier de leur enfant, puis suggérer des stratégies ou des outils qu'ils peuvent mettre en place au quotidien, dans des situations concrètes.
- Intégrer les parents dans certaines séances, afin qu'ils puissent observer, leur enfant dans la dynamique de l'action et comment l'aider (guidance).

La seconde solution m'a semblé être la plus adaptée par rapport à l'âge des enfants que je recevais (entre 7 et 10 ans), à leur besoin d'acquérir davantage d'autonomie (à la maison et en classe). En effet, il ne faut pas favoriser cette collaboration entre les parents et le psychomotricien au détriment du patient et de son bien-être. Il ne faut pas oublier que nous sommes là avant tout pour l'enfant. Une présence totale des parents sera peut-être, rassurante pour les très jeunes enfants, mais sera probablement mal vécue par des adolescents ou pré-adolescents par exemple.

Cette proposition permet, à mon avis, et par rapport à ces situations-là, d'intégrer les parents, de temps à autre, tout en laissant une part de liberté à chacune des parties.

C. Les moyens proposés

Basé sur le bon sens, je me suis inspirée du programme de BARKLEY, initialement prévu pour les familles d'enfants TDA/H, en l'adaptant aux problématiques rencontrées dans le TAC au niveau familial et social, en me basant sur une approche d'échange mutuel, plutôt que de guidance parentale.

Au départ, il m'avait semblé intéressant de proposer aux parents un « questionnaire », afin de cibler les difficultés pratiques de ces enfants. Finalement, proposer un échange verbal m'a paru plus ouvert à l'expression des différentes questions que se posent ces parents, et qui ne sont pas toujours les mêmes en fonction des situations (ce qui n'aurait peut-être pas pu être envisageable dans un questionnaire) . J'ai donc choisi de mettre en place des entretiens semi-directifs avec les parents, dans un cadre structuré et rassurant. L'objectif étant de cibler les difficultés rencontrées par l'enfant et sa famille au quotidien. Recueillir leurs interrogations, leurs propos, leurs inquiétudes autour de ce trouble et leurs conséquences directes ou secondaires.

Je me suis donc appuyée sur de petits questionnaires préalablement établis, qui m'ont aidée à guider chaque entretien. Le parallèle entre : ce qui ressort du bilan, et ce qui peut être perçu au quotidien, par les parents, va nous guider dans l'accompagnement et le cheminement de la compréhension du trouble de l'enfant. C'est une démarche que j'ai voulu progressive, afin de pouvoir me positionner

en tant que professionnelle, aux yeux des familles ; mais aussi, pour le respect de leur perception, que l'on vient parfois modifier ou compléter par nos échanges.

D. Le contenu des entretiens et les objectifs

Le 1^{er} entretien : Création d'une collaboration avec la famille

- Présenter mon étude, ma démarche, mes objectifs aux parents, dans un intérêt de clairvoyance et de confiance entre eux et moi-même.
- Instaurer un premier contact avec eux, en étant partenaire dans la prise en charge de leur enfant.
- Obtenir leur avis sur les premières apparitions des difficultés, et comment ont-elles évoluées.
- Déterminer les attentes familiales : dans quels domaines se situent-elles ? (compréhension du trouble, des difficultés, les causes, l'évolution, les démarches diagnostic, les ajustements, les aides...)

Le 2^{ème} entretien : Cibler les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne

- Situer la prise en charge : Que travaille-t-on ? Dans quel intérêt ? Comment se déroule la séance en psychomotricité ?... afin de permettre un retour plus approfondi sur ce que l'enfant vit en séance.
- Définir ensemble les difficultés de l'enfant ; comment se manifestent-elles ? les stratégies compensatrices utilisées par l'enfant....
- Proposer aux parents de faire (ensemble) une liste des difficultés de l'enfant, rencontrés au quotidien : Les nommer/identifier (se brosser les dents, se laver les mains, s'habiller, ranger les stylos dans sa trousse, rester assis à table ou au bureau...) quand se manifestent-elles ? (matin, soir par exemple), leur fréquence et quelle est alors leur réaction ?

Le 3^{ème} entretien : Accompagner les parents dans la compréhension des difficultés et leur ajustement

- Guider son enfant vers son autonomie, Qu'est-ce que cela veut dire ? Définir ensemble, ce que l'enfant peut faire seul, par rapport au fonctionnement familial et à son âge développemental.

- Comment la famille peut-elle l'y amener ? Essayer de laisser faire leur enfant le plus possible, tout en tenant compte de ses difficultés et le guider étape par étape. Que peut-elle proposer par elle-même ? .

Le 4^{ième} entretien : Evaluation et ajustement des outils/méthodes proposé(e)s

- Retour avec la famille sur les aides qui ont été pensées et élaborées ensemble : Cela fonctionne t-il ? Comment cela s'est-il passé ? Ont-ils rencontrés des difficultés ? De quelle nature ? Que doit-on modifier ? ...
- Envisager avec les parents les moyens pour anticiper l'ajustement, dans l'apparition de problèmes éventuels.

A la fin, un questionnaire sera remis aux familles (voir annexe 2). Ce questionnaire consiste à recueillir la perception des parents sur ces échanges, sur l'intérêt qu'ils y ont trouvé et sur ce que cela leur a apporté dans la compréhension des difficultés qui perturbent le quotidien de leur enfant. Il apparait comme une étape supplémentaire à la démarche proposée à ces familles afin de faire le point avec eux sur les 3 axes qui m'ont semblé important dans leur accompagnement :

- Leur perception des difficultés propres à leur enfant.
- Leur connaissance du fonctionnement de l'enfant.
- Les ajustements mis en œuvre par rapport aux difficultés de leur enfant.

E. La durée

J'envisage de mener cette étude sur une période de 6 mois : de novembre 2010 à mai 2011 (l'échéance étant fixé avec la date de remise du mémoire). Pour des soucis d'organisation et de disponibilité des différents partenaires, les entretiens ont été organisés sur la séance de l'enfant. Quand je suis en entretien avec les Parents, c'est la psychomotricienne (titulaire) qui assure la séance.

La durée de l'entretien est fixé à 20 min (+ ou -) afin de ne pas mobiliser trop de temps aux parents.

Les entretiens seront proposés à des intervalles de **5 séances** de psychomotricité pour laisser du temps :

- Aux parents de mettre en place les conseils et stratégies apportées lors des entretiens
- Au psychomotricien d'observer les difficultés rapportées par les parents, d'ajuster la prise en charge en fonction de leurs attentes et de la progression envisagée, et de trouver les méthodes qui s'adaptent le mieux à l'enfant.

II. Présentation des enfants, des Entretiens et des Prises en Charge

Dans cette partie je vais essayer d'exposer concrètement les propositions d'accompagnement que j'ai pu mettre en place auprès de trois familles au sein du cabinet libéral (lieu où j'ai effectué mon stage). Les enfants choisis présentent tous des difficultés praxiques et/ou de coordination. Pour deux d'entre eux un diagnostic de TAC ou de dyspraxie développementale a été posé pour le troisième les démarches sont encore en cours.

A. Laurine, née le 10 juillet 2000

1) Présentation générale et bilans

En maternelle, Laurine a été suivie en CAMSP, puis en CMPP dans sa région natale pour un retard global dans les apprentissages.

Les parents de Laurine ont divorcés en 2005. Depuis, c'est la maman qui en a la garde. Le papa vit loin de ses filles mais les retrouve à chaque vacance scolaire.

En 2007, face à la persistance des difficultés motrices de Laurine, les premiers bilans psychométrique et psychomoteur sont effectués. Laurine est alors scolarisée en classe de CP.

En août 2009, Laurine et sa sœur cadette suivent leur maman suite à son déménagement dans le Gers.

En début d'année 2010, face à l'inquiétude de l'enseignant de CE2 et du RASED, de nouveaux bilans, psychologique, psychomoteur et neuro-pédiatrique, sont demandés afin de déterminer l'origine des difficultés motrices et psychologiques de Laurine.

Lors de notre première rencontre en octobre 2010, Laurine est une petite fille de 10 ans, 3 mois, scolarisée en classe de CM1.

a. Anamnèse

Les **premières acquisitions** motrices se sont faites tardivement (position assise). La marche a été acquise vers 18 mois. La maman évoque de nombreuses chutes et des pertes d'équilibre fréquentes chez sa fille. L'apprentissage de la propreté a été difficile. Il lui arrive encore d'avoir quelques petits accidents la nuit.

b. Scolarité

Laurine est entrée à l'école maternelle à 2 ans et ½. Des difficultés motrices et attentionnelles sont apparues en Moyenne section de Maternelle. La petite fille présentait également des signes d'agressivité et de refus scolaire. En Grande Section de Maternelle, les institutrices évoquent à la

maman une difficulté de choix de latéralité et lui recommandent un bilan en psychomotricité. Celui-ci sera effectué dans le courant de l'année de CP (avril 2007).

Elle bénéficie d'une aide au sein de l'école par l'intermédiaire du RASED depuis le CP. L'enseignante spécialisée émet l'hypothèse d'une dyspraxie suite à ses observations en classe.

En 2009/2010, l'instituteur de CE2 commence à s'inquiéter des difficultés qu'il rencontre à faire progresser Laurine dans l'utilisation des supports (cahiers, stylos, règle) et dans la discipline en classe (intervention à l'oral très fréquentes). Elle se montre participative et volontaire lorsqu'elle reçoit toute l'attention de son instituteur, mais elle en devient parfois accaparante. A l'oral, Laurine se débrouille bien. Au niveau des acquis scolaires, elle possède une excellente lecture avec une anticipation à la ligne exceptionnelle. Ses écrits en revanche sont chaotiques.

c. Examen psychologique

L'examen psychométrique réalisé en février 2007 apporte les résultats du test de QI effectués à partir du WISC III avec un QI V (verbal) à 97 et un QI P (performance) à 80.

Depuis janvier 2010, elle est suivie en psychothérapie en CMPP à raison d'une séance par semaine. Avec la psychologue, Laurine exprime sa solitude en classe. Elle semble comprendre qu'elle dérange ses camarades avec ses interventions inopinées. Mais, elle a du mal à comprendre les codes sociaux.

d. Examen neuropédiatrique (mai 2010)

L'ensemble des résultats qualitatifs et quantitatifs montrent la coexistence :

- De troubles attentionnels majeurs qui touchent à la fois l'attention sélective et soutenue. Les difficultés de l'attention soutenue étant aggravées par l'excès de lenteur du balayage visuel.
- De troubles de l'acquisition des coordinations (TAC) avec une DYSPRAXIE visuo-constructive et visuo-spatiale qui sont à l'origine à la fois de la lenteur dans le balayage visuel et des difficultés rencontrées au niveau de l'écrit. Au niveau non verbal, il y a des difficultés d'organisation, de planification et d'anticipation.

Les conclusions de ce bilan confirment l'existence conjointe d'une dyspraxie visuo-constructive, d'un trouble d'acquisition de la coordination et d'un trouble déficitaire de l'attention.

e. Bilans psychomoteurs

(avril 2007)

Ce premier bilan mettait déjà en évidence les difficultés motrices de Laurine tant du point de vue de la motricité fine que globale : des difficultés d'équilibre statique et dynamique avec de nombreuses syncinésies de diffusion toniques ; des difficultés dans la réalisation des coordinations praxiques ; des difficultés de concentration ainsi que de structuration spatiale certainement liée à une latéralité neurologique encore floue.

(juillet 2010)

Laurine finit son année de CE2, elle a tout juste 10 ans.

Latéralité :

Le processus de latéralisation pose des interrogations. En effet, bien que **droitière** pour la tâche écrite, elle semble tantôt utiliser la main droite tantôt la main gauche en fonction du positionnement de l'objet pris.

La latéralité de l'œil dite neurologique est définie à gauche à l'issue des épreuves du sighting et de la visée.

Espace :

Orientation : Laurine connaît sa droite et sa gauche dans le référentiel égocentrique. En réversibilité, elle n'est pas encore capable. Le principe de décentration n'est pas intégré.

Organisation : La figure de REY (A) a été repassée dans ce bilan. En copie, Laurine a des difficultés à percevoir les intrications et à agencer les éléments de la figure. La reproduction en mémoire visuelle à court terme n'est pas cotable. Un trop grand nombre d'éléments sont absents. (Score à -3.85 DS)

Temps :

Elle se situe dans la semaine et à l'échelle de l'année.

Graphisme :

Positions des doigts et posture du tronc : La prise du stylo se fait à 4 doigts à droite. Une grande crispation de l'ensemble du bras est observable avec une tension importante au niveau de l'épaule. Le pouce est en hyperextension et le stylo maintenu à la verticale. Le buste est en avant. Le tracé très appuyé.

Des syncinésies sont visibles au niveau buccal pendant la tâche écrite.

Ces différents éléments entraînent une grande fatigue chez Laurine qui finit l'exercice en posant sa tête sur le bureau.

Écriture : L'écriture spontanée est gondolante (lignes non planes) révélant un manque de fluidité et de régularité. La qualité de l'écriture est en dessous de la moyenne attendue pour les enfants scolarisés en CE2 (BHK : + 2.65 DS, score de dégradation). On observe : des lettres dansantes, une variation de la taille des lettres, des télescopages, de nombreuses ratures et retouches.

Rapidité : Une lenteur est retrouvée dans la tâche écrite (-1.58 DS)

Motricité :

Les résultats sont déficitaires au niveau de la motricité globale avec une impossibilité à réaliser des *mouvements de coordinations* et de dissociations complexes.

Dans les mouvements de coordination oculo-manuelle, il existe une grande lenteur chez Laurine et un manque de précision (lancers et réception de balles sont difficiles).

Les coordinations pied-main sont, elles aussi, déficitaires tout comme les capacités d'*équilibre*, d'autant plus visible les yeux fermés. Laurine a énormément besoin du contrôle visuel, elle n'arrive pas à tirer profit des informations proprioceptives (informations kinesthésiques et tactiles provenant du corps).

Les sauts pieds joints sont réalisés mais avec une grande crispation des membres supérieurs et un manque d'aisance visible par un manque d'ajustement à la réception entraînant un déséquilibre en avant.

La *motricité fine* est sujette à l'apparition de syncinésies toniques buccales intenses.

L'évaluation de la motricité a été réalisée à partir de l'échelle de développement moteur de Lincoln-Oseretsky (LOMDS): Le niveau de développement moteur de Laurine se situe bien en dessous des enfants de la tranche des 9 ans ½, 10 ans ½ (-5.40 DS).

L'analyse par facteur est assez homogène :

- F1 : Motricité fine (contrôle, vitesse, précision) : 12.5% de réussite (en prenant la main droite comme main dominante)
- F2 : Coordinations globales : 0% de réussite
- F3 : Coordinations main-pied : 28% de réussite
- F4 : Vitesse simultanée poignets et doigts : 0% de réussite
- F5 : Equilibre : 25% de réussite

- F8 : Motricité fine plus grossière : 0% de réussite

Tonus :

Laurine présente des faiblesses au niveau du tonus d'action. Elle a du mal à adapter sa force musculaire à l'effort demandé par l'activité. Des tensions importantes apparaissent au moment de la tâche écrite. Cependant aucune paratonie n'a été observée. La réalisation de mouvements alternatifs à droite comme à gauche entraîne des syncinésies d'imitation toniques.

Attention et comportement :

Une grande impulsivité est retrouvée dans tous les domaines attentionnels. Ses capacités de planification ont été mesurées à partir de La Tour de Londres. Elle obtient un score de 23 points (-2.55DS) avec un temps de réalisation de 56 points (-1.75DS) montrant des signes de fragilité dans ce domaine.

Concernant son comportement, Laurine est décrite par sa maman comme une petite fille caractérielle. Dans ses relations sociales, elle est capable de passer d'un extrême à l'autre, c'est-à-dire qu'elle peut se montrer adorable et puis subitement insupportable. Laurine a une attitude étrange, qu'il est parfois difficile à cerner.

Conclusion du Bilan

Les observations de ce bilan psychomoteur viennent compléter les différents bilans réalisés et ainsi montrer une fois de plus l'importance de la mise en place d'un projet de soin et d'une aide au niveau scolaire pour Laurine qui présente un grand nombre de difficultés liées à la présence simultanée d'une dyspraxie visuo-constructive, d'un trouble d'acquisition des coordinations (TAC), d'un trouble de l'attention et d'une dysgraphie.

La personnalité de Laurine et certains de ces comportements sont sujet à quelques interrogations qui ne peuvent pas s'expliquer par l'unique présence des troubles cités auparavant. En accord avec la famille et avec sa présence, une rencontre avec les différents partenaires (enseignant, enseignant spécialisé, psychologue, psychomotricienne et la famille) est envisagée pour pouvoir avancer de manière cohérente en mettant en lien les différentes observations spécifiques à chaque discipline.

2) Les axes de prise en charge

Compte-tenu de ses difficultés psychomotrices et psychologiques majeures, les axes qui m'ont semblé prioritaires avec Laurine sont :

- La régulation tonique : détente, relâchement et ajustement tonique à l'activité proposée. Dans le but de l'amener à une plus grande maîtrise et un meilleur contrôle du geste.
- Les coordinations, la dissociation, l'équilibre statique et dynamique pour favoriser la connaissance de son corps, de ces capacités et permettre une meilleure adaptation de sa gestuelle dans l'espace.
- L'organisation visuo-spatiale : Prise de repères pour s'organiser dans un espace réduit (la feuille de papier) et plus large (la salle, son environnement).
- Le geste grapho-moteur : la fluidité et la régularité du geste, le déliement digital.
- L'amélioration de ses capacités attentionnelles et de concentration par gestion de l'impulsivité

3) La prise en charge

Laurine vient en séance de psychomotricité tous les Mardis après-midi, de 15h30 à 16h15, après sa séance avec la psychologue du CMPP. Depuis le mois de janvier, elle est amenée en taxi. Toutefois, au départ de ma prise en charge, Laurine venait avec sa maman. Lorsque je lui ai parlé de mon projet, elle s'est rendue disponible dès qu'elle le pouvait. Aussi, nous avons pu nous rencontrer trois fois au sein du cabinet.

a. Les entretiens

Laurine est suivie en psychomotricité au sein du cabinet libéral où je fais mon stage depuis le mois de septembre 2010. Malgré un long parcours de prises en charge, la difficulté est d'accéder aux bilans des professionnels antérieurs et de rencontrer ceux qui la suivent actuellement (psychologue, neuro-pédiatre). Ceci nous permettrait, je pense, de faire du lien entre les différents éléments qui posent encore question autour du comportement de Laurine.

En effet, dès notre premier entretien, la maman me rapporte les problèmes de comportement rencontrés avec Laurine. A la maison, elle fait des colères importantes au cours desquelles, il lui arrive, parfois, de déchirer ses cahiers, ses rideaux ou encore ses vêtements... Dans ses relations sociales, elle est souvent en conflit. Elle peut se montrer adorable, comme insupportable avec son entourage familial ou social. Elle a des fois des pensées incohérentes, parfois même inquiétantes. La maman dit se sentir souvent dépassée par cette « personnalité étrange ». D'autant que ce

comportement a des répercussions sur sa petite sœur de 8 ans qui est dans la même école. Cette dernière est confrontée aux difficultés de sa sœur sans comprendre pourquoi, ni comment faire. Toutefois, depuis que Laurine est prise en charge, ses écarts de conduites semblent tout de même diminuer. La maman perçoit bien que Laurine est une petite fille qui a énormément besoin d'être rassurée. Dès qu'elle est dans l'incertitude, elle panique, « pique des colères »... Le diagnostic de TAC et de dyspraxie visu-constructive a tout de même permis à la famille de mieux comprendre pourquoi, elle présente des difficultés dans la réalisation de certaines actions, de certains gestes. Actuellement, Laurine grandit, elle comprend mieux ses difficultés mais du chemin reste encore à faire pour cette famille.

Lorsque nous avons abordé l'autonomie de Laurine dans les activités de la vie quotidienne, cette maman rapporte des difficultés au niveau de l'habillage : faire ses lacets, s'habiller le matin. Concernant les repas, Laurine a du mal à tenir sa fourchette renversant régulièrement la nourriture, elle s'aide beaucoup des doigts. La propreté a mis du temps à se mettre en place chez Laurine, elle n'arrivait pas à s'essuyer et à se laver les dents correctement. Jusqu'à l'année dernière, elle avait encore des petits accidents de « pipi au lit » la nuit. Depuis le début de la prise en charge psychomotrice au cabinet libéral, Laurine semble plus calme, plus patiente. Elle ne détruit plus ses vêtements mais quelques crises apparaissent encore de temps en temps. Cette maman décrit sa fille comme ayant mauvais caractère, mais elle voit en cela un côté positif car sa fille a longtemps été le book-émissaire de ses camarades.

Ce premier entretien me permet de relever que la maman semble plus soulagée depuis que le diagnostic a été posé, Laurine également. Toutefois les répercussions des difficultés comportementales de la jeune fille sur la sphère familiale semblent tout de même bien prégnantes. La question qui se dégage de cette rencontre c'est : une fois qu'on a le diagnostic de trouble, qu'est-ce qu'on en fait ? Comment l'interpréter ? Ne peut-il pas y avoir d'autres troubles qui viennent se surajouter ? Et surtout, comment se comporter en tant que parents ? Comment aider son enfant pour rétablir au mieux une tranquillité familiale ? Il semble bien que par le questionnement de cette famille il faille chercher à faire la part des choses entre les troubles psychomoteurs, et les difficultés liées au comportement de Laurine. Pousser un peu plus loin notre regard professionnel sur les difficultés psychomotrices rencontrées par cette petite fille pour pouvoir, ensuite, orienter sa maman vers les personnes qui pourront répondre à ses inquiétudes.

Lorsque nous nous sommes vues pour la deuxième fois, la maman me rapporte qu'elle a entamée des démarches, comme nous en avons convenu ensemble, pour rencontrer la psychologue du CMPP qui s'occupe de Laurine. Elle espérait pouvoir s'entretenir avec elle afin de mieux cerner les difficultés psychologiques de sa fille. Je lui rapporte que de mon côté, j'ai également tenté des

démarches pour la rencontrer mais en vain. Elle est également en attente de place dans ce même CMPP concernant les prises en charge en ergothérapie et en psychomotricité. Ce qui l'arrangerait sur le plan financier et qui, à mon sens, permettrait, peut-être d'avoir plus de lien entre les différentes prises en charge de Laurine (psychomotrice et psychologique).

J'explique à la maman de Laurine ce que nous travaillons en séance; comment elle se présente à moi, le mardi, ses questionnements par rapport à la séance, ses inquiétudes sur les expériences qu'elle vit au quotidien. Laurine est une jeune fille très curieuse, qui semble également apprécier les activités que je lui propose. Mais, elle semble parfois parasitée par des pensées sombres qui semblent l'inquiéter. Devenue une petite jeune fille, elle prend plaisir dans les activités d'expression corporelle que nous faisons ensemble. La maman m'avouera qu'en rentrant le soir, Laurine lui montre fréquemment les enchainements qu'elle apprend en psychomotricité. Ce qui pour moi me permet de voir qu'en dépit de cette difficulté à rapporter le déroulement des séances en dehors des entretiens, la maman est tout de même tenue au courant de ce que nous travaillons. La maman me rapporte que Laurine continue à être maladroite malgré toute la patience qu'elle lui accorde pour lui montrer comment se servir des objets (elle renverse fréquemment son bol le matin, elle a des difficultés à tenir correctement sa fourchette). Elle ne comprend pas non plus pourquoi elle est obligée de lui répéter plusieurs fois les mêmes choses. Je m'attarde alors à lui expliquer pourquoi sa fille est plus lente pour apprendre des mouvements moteurs. Bien souvent, les enfants qui ont un trouble de la coordination, ont besoin de répéter plusieurs fois les mêmes expériences motrices pour intégrer les gestes ; contrairement aux enfants « ordinaires » qui apprendront les mêmes gestes en moins de temps. Ce trouble se traduit par des difficultés à réaliser un geste en vue d'un objectif, à l'adapter ou à le reproduire, ce qui entraîne une maladresse importante. De ce fait, la planification et l'automatisation des mouvements volontaires sont plus lentes à se mettre en place. Je lui soumets l'idée de partager une activité motrice qui demande de la planification avec sa fille, comme du jardinage ou de la cuisine, qui pourrait l'aider à s'organiser, à mieux maîtriser ses gestes, et petit à petit à prendre confiance en elle. Cette expérience serait également l'occasion de partager un moment agréable entre mère et fille.

En fin d'entretien, nous revenons, sur les progrès de Laurine en écriture qui semble prendre plus de plaisir dans cette activité. La maman me rapporte que des difficultés apparaissent aussi, en géométrie dans la manipulation de la règle, du compas et de l'équerre.

En conclusion de ce deuxième entretien, nous pouvons dire que cette maman semble avoir bien cerné les difficultés praxiques de sa fille, ce qui lui pose encore soucis dans son autonomie et où elle est capable de progresser... Bienveillante, elle accepte volontiers toutes les petites aides qui lui permettent d'accompagner sa fille vers une évolution la plus favorable possible. La complexité,

pour elle, étant maintenant de comprendre que tout ne peut pas être expliqué par les difficultés de coordination. Cette maman perçoit bien des signes d'alerte concernant l'attitude de Laurine. De mon point de vue, il apparaît que dans une démarche d'accompagnement, il me faudra guider cette maman vers d'autres professionnels (psychologue, psychiatre) qui seraient plus à même de répondre à ses questionnements et à ses inquiétudes car certains de ses symptômes ne dépendent pas de notre recours.

J'ai rencontré cette maman une dernière fois avant de finir mon stage, afin de faire le point ensemble sur la prise en charge de Laurine. Sur les progrès et le travail qu'il reste encore à faire en psychomotricité concernant essentiellement ses difficultés de coordinations et de planification. Je lui apporte encore quelques petites idées pour aider au maximum Laurine vers une autonomie de tous les jours, comme par exemple mettre un programme de différentes tâches à faire et l'afficher à un endroit visible pour Laurine : le matin (se laver, s'habiller, se brosser les cheveux...) et le soir (gouter, faire ses devoirs...). Laurine a énormément besoin d'être guidé et recentré sur ces activités. De ce fait un repère visuel et chronologique lui permettrait d'être plus organisée. Nous faisons également le point sur le cheminement de cette maman concernant les demandes de prises en charge au CMPP. D'après la maman, aucune place ne lui aurait été proposée, les difficultés de Laurine ne nécessitant pas de prise en charge en ergothérapie.

Ce dernier entretien m'a permis de voir qu'il n'était pas simple de travailler seul dans l'accompagnement des familles ; d'autant plus lorsque le tableau clinique de l'enfant est assez complexe. Il semble important de faire prendre conscience à la maman que sa fille a besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire et surtout de recentrer ces prises en charge dans une seule structure.

b. Equipes éducatives

En 2010, deux équipes éducatives ont été organisées. La première, datant du mois de mai, souligne l'importance d'apporter de l'aide à cette petite fille au niveau de l'écrit, de la gestion de ses affaires scolaires et de la valoriser à l'oral. Une demande d'auxiliaire de vie scolaire individuelle (AVSI) est faite auprès de la MDPH (maison départementale de la personne handicapée). La deuxième est arrivée au mois d'octobre, après les différents bilans effectués et le début de la prise en charge psychomotrice. L'ensemble des professionnels constatent les progrès réalisés par la petite fille depuis qu'elle a compris l'origine de ses difficultés et concluent sur une proposition de programme personnalisé scolaire (PPS) avec diminution de la quantité d'écriture à l'école et à la maison.

En fin d'année scolaire de CM1 (mai 2011) a eu lieu une troisième équipe éducative. L'objectif de cette réunion était de réunir l'ensemble des professionnels qui s'occupent de Laurine : la

psychologue, la psychomotricienne et moi-même, l'enseignant, et l'AVS-i pour rassembler les observations de chacun et faire comprendre à la maman l'intérêt majeur pour cette petite fille d'être redirigée vers un centre.

En classe, Laurine travaille beaucoup mieux depuis l'arrivée de l'AVS-i. Elle est plus à l'écoute et comprend davantage. Elle a besoin d'aide pour l'organisation spatiale de son cahier et dans l'utilisation des outils en géométrie. Le reste du temps, Laurine écrit comme ses camarades. Laurine peut énormément s'investir dans certains domaines (découverte du monde par exemple), elle est capable de comprendre beaucoup de choses et même de donner des réponses très pertinentes. Toutefois, elle va souvent s'attarder sur de petits détails et passer à côté d'informations plus générale permettant la compréhension globale d'un texte, par exemple. A l'école, Laurine est souvent perturbée par des angoisses (accident de voiture de sa maman, une plaie qui n'a pas été soignée avant d'aller à l'école..), mais dès qu'une réponse lui est donnée, elle les oublie aussitôt. C'est une jeune fille très envahie par ses pensées et sans la présence de l'AVS-i, elle aurait beaucoup de difficulté à se recentrer.

Au niveau psychologie, Laurine est démunie face au monde qui l'entoure si elle n'a pas la présence d'un adulte pour la rassurer et la guider. Elle est vite perturbée face à des situations nouvelles. Bien qu'elle se plaigne moins des persécutions de ses camarades, elle sollicite les échanges avec l'adulte, et a un rapport à l'autre particulier (difficultés au niveau codes sociaux). Elle a également besoin de réponses concrètes (ne comprend pas le second degré).

En psychomotricité, Laurine manifeste de réelles difficultés motrices. Toutefois, les particularités de son comportement viennent également perturber la réalisation et la fluidité de ses gestes. Il est donc encore difficile de faire la part des choses entre ce qui appartient aux difficultés de comportement et ce qui appartient à ses difficultés de mouvements.

A la maison, la maman perçoit que sa fille peut se mettre en danger sans en évaluer les risques. Elle comprend qu'il est urgent de mettre des choses en place pour sa fille et ne veut pas perdre de temps, d'autant plus que Laurine a déjà redoublé une classe en premier cycle et qu'elle ne pourra pas le faire une deuxième fois. Toutefois, elle ne sait pas comment s'adapter à ce comportement particulier et est en demande de solutions concrètes de la part des professionnels.

En conclusion, Laurine devra passer en CM2 avec la nécessité de préserver l'intervention d'une AVS-i 12h par semaine pour des matières spécifiques (mathématiques, géométrie et écriture). Il a été conseillé à la maman de prendre rapidement contact auprès d'un SESSAD afin de pouvoir bénéficier d'une prise en charge globale pour son enfant et d'alléger son rythme de travailler scolaire. Cette équipe éducative a été pour moi l'occasion de participer à un premier travail

d'équipe dans le soutien et l'accompagnement de cette maman. Ce travail devenu nécessaire pour venir rapidement en aide à cette famille et au développement de cette petite fille.

c. Les séances de psychomotricité

Laurine est une jeune fille très anxieuse qui a besoin d'être rassurée dans ses réalisations et qui sollicite certains petits rituels qui l'apaisent à chaque séance (comme écrire le programme par exemple).

Cette séance de 45 minutes se découpait en deux, avec une partie au bureau où l'on abordait des activités de motricité fine (pâte à modeler, tangram, écriture ...), de planification et gestion de l'impulsivité ; et une partie en salle, durant laquelle on travaillait la motricité globale (mouvements de coordinations et de dissociations, régulation tonique, équilibre, sauts...) que j'ai choisi d'aborder avec Laurine par le biais de la danse et de l'expressivité corporelle.

Dans cette partie, je vais retranscrire seulement deux des axes, qui ont été travaillés en séances de psychomotricité, et qui m'ont permis d'approfondir mes observations psychomotrices par rapport aux inquiétudes de la maman.

Motricité fine et déliement digital

Dans les premières séances où je suivais Laurine, je constatais qu'elle était très crispée dans sa motricité manuelle (autant en écriture que dans des petits jeux de manipulation d'objets), et que la distinction des doigts était très difficile (pince grossière). La maman me rapporte lors de notre deuxième rencontre, que Laurine a beaucoup de mal à manipuler les couverts et que de ce fait, elle mange très salement. Ce qui est problématique pour Laurine qui mange à la cantine et subit les moqueries de ses camarades. J'ai donc décidé avec Laurine de débiter chaque séance avec un exercice « d'échauffement » des doigts (twister, doigts malins, pâte à modeler par exemple). Des exercices très coûteux pour cette jeune fille qui avait une réelle difficulté à diminuer ses tensions, celles-ci apparaissant sous forme de syncinésies toniques bucco-faciales. Dans le jeu « les doigts malins », Laurine se met d'autant plus en difficulté en utilisant le majeur. Lorsque je lui montre qu'elle peut faire autrement en touchant et en nommant ses index, Laurine essaie mais reprend très vite sa méthode. Comme la planification entre aussi en jeu dans cet exercice, je décide de passer à un autre support qui lui demandera de se concentrer uniquement sur la mobilité des doigts comme malaxer de la pâte à modeler par exemple. Petit à petit, on sent que Laurine assouplit sa motricité digitale. Ceci sera visible notamment en écriture où les lettres sont plus fluides, plus régulières. Toutefois, c'est aussi des moments de calme où elle pose beaucoup de questions et où les inquiétudes resurgissent. L'objectif psychomoteur avec Laurine est donc de continuer à lui faire prendre confiance en ses capacités motrices, à lui faire expérimenter ses possibilités, afin que ces tensions puissent progressivement diminuer.

Coordinations et équilibre

Compte tenu des résultats du bilan psychomoteur, travailler les coordinations et l'équilibre me semblait important pour cette petite fille, scolarisée en primaire, et régulièrement confrontée aux jeux de récréation (marelle, élastique, corde à sauter...). La maman de Laurine me rapporte également que sa fille se féminise un peu plus qu'avant, et qu'elle commence à apprécier les jeux de filles mais que, bien souvent, elle est mise à l'écart. Nous avons donc abordé ces deux paramètres moteurs à travers des exercices que j'ai choisi de nommer « expression corporelle ». La danse était un point d'ancrage pour lui permettre de prendre plaisir dans une activité qui, comme je le supposais, allait lui demander beaucoup d'effort. Au départ, l'objectif était de travailler des enchaînements moteurs sans musique ; et de les répéter plusieurs fois afin de lui permettre d'intégrer ces séquences en partant du plus simple (pas sur le côté, flexion en tapant dans les mains par exemple) au plus complexe (pas chassé, demi tour, deux frappes dans les mains, saut pieds joints). Nous avons travaillé des séquences motrices pendant quelques séances en variant certains paramètres (amplitude, vitesse et orientation) mais en conservant la structuration initiale des pas (sur les côtés et avant/arrière) afin que Laurine se concentre sur la réalisation des gestes et non sur les placements qui serait une surcharge d'informations. Lorsque Laurine s'est sentie plus à l'aise, je lui ai proposé de travailler en musique afin de travailler des enchaînements de mouvements en se laissant guider par le rythme de la musique et ainsi détendre sa gestuelle, la rendre plus fluide. Toutefois, Laurine a beaucoup de mal à suivre le rythme avec une tendance à accélérer, ce qui la met d'autant plus en difficulté.

La régulation tonique de Laurine est un paramètre qui m'a beaucoup questionné. En effet, tout comme la maman, il a été difficile de faire la part des choses entre ce qui appartient aux problèmes de coordinations « purs » et ce qui appartient aux difficultés d'ordre plus psychologique. C'est une jeune fille qui ne se relâche jamais quand elle est en mouvement et encore moins quand elle est guidée corporellement. Elle semble aussi parasitée par des angoisses dont elle ne peut pas faire abstraction. De ce fait ses mouvements sont raides, hypertoniques et saccadés.

4) Compte-rendu de fin de prise en charge

Laurine est une jeune fille énigmatique. Motivée, elle se lance avec plaisir dans chacune des activités proposées. Toutefois, elle a énormément besoin d'être guidée dans ses réalisations (motrices ou de planification). Elle fonctionne beaucoup sur imitation avec des difficultés à se différencier du modèle proposé. Il me semble important de la rassurer en lui montrant ses possibilités motrices, et en lui apportant des stratégies d'organisation et de réalisation. Il pourrait être intéressant de l'aider dans la planification de ses actions en utilisant un support verbal,

s'approchant de la méthode CO-OP, afin qu'elle puisse également maîtriser d'elle-même son impulsivité. La dimension psychologique de Laurine est tout de même très présente dans l'observation de ses réalisations motrices, c'est pour cette raison qu'il me semble important de continuer à orienter cette famille vers un centre spécialisé qui pourra davantage coordonner la prise en charge de cette jeune fille.

B. Baptiste, né le 25 novembre 2003

1) Présentation générale et bilans

Un premier bilan psychomoteur a été réalisé en janvier 2008 mais n'avait pas abouti à une prise en charge car les difficultés relevées ne constituaient pas un motif suffisant de prise en charge. A cette époque, Baptiste était scolarisé en Moyenne Section de Maternelle. Le bilan psychomoteur avait été conseillé par l'institutrice qui constatait des difficultés motrices et attentionnelles.

Suite à des épisodes de fièvre qui provoquaient des pertes d'équilibre, Baptiste a passé des examens au niveau vestibulaire qui n'ont rien révélé. Ce manque d'équilibre lors de ces moments de fatigue accrue restait, à l'époque, sans explication.

En fin d'année scolaire 2009, la famille en lien avec l'institutrice de Grande Section de Maternelle sollicite un nouveau bilan psychomoteur par rapport à la fatigue qu'entraîne la tâche graphique, aux difficultés attentionnelles toujours présentes voire de plus en plus prégnantes et les problèmes de perte d'équilibre et de chutes fréquentes de l'enfant.

Actuellement, Baptiste est un petit garçon âgé de 7 ans et 2 mois, scolarisé en CE1 dans une classe à double niveau (CP-CE1). Il est l'aîné d'une fratrie de 3 garçons et pratique le football depuis l'âge de 4 ans.

Baptiste ne porte pas de lunettes.

a. Anamnèse

Les premiers pas ont été observés vers 12 mois mais l'acquisition de la marche bien assurée est notée plutôt vers 14 mois. Auparavant, Baptiste était un bébé très calme, qui ne savait pas se relever dans son parc ni se redresser dans son lit. La course a été acquise tardivement. Des difficultés pour grimper et un blocage au niveau des genoux ont été observés par la famille. Il est donc décrit comme très raide dans ses déplacements.

Au niveau de l'autonomie, la maman constate des difficultés à tenir la cuillère, la brosse à dents. Baptiste a du mal à se servir des ustensiles de manière appropriée à son âge.

Baptiste est un petit garçon à la santé fragile, il tombe souvent malade et il présente de l'asthme. Suite à des épisodes de fièvre qui provoquaient les pertes d'équilibre, Baptiste a passé des examens au niveau vestibulaire qui n'ont rien révélé.

Au niveau du sommeil, les nuits ont été faites rapidement. Par contre, quelques réveils ont persistés dans la nuit à cause d'angoisses nocturnes. Un suivi homéopathique a alors été mis en place pour tenter d'y remédier.

La propreté s'est mise en place correctement et dans les temps. Quelques accidents ont été notés à l'entrée à l'école maternelle. Et quelques difficultés de séparation ont été rapportées.

A l'entrée à l'école maternelle, quelques difficultés de séparation ont été rapportées par la famille lors du 1^{er} entretien avec la psychomotricienne.

b. Bilan Psychomoteur

Bilan réalisé en **juin 2009**, Baptiste est alors âgé de 5 ans, 7 mois.

Latéralité :

Baptiste est **droitier** en ce qui concerne la latéralité manuelle dite usuelle. Au niveau de l'œil (latéralité neurologique), c'est le côté gauche qui prédomine.

Connaissances Spatiales :

Baptiste connaît les principales notions spatiales attendues à son âge.

Graphisme :

La tâche écrite (d'un simple barrage à l'écriture de lettres) entraîne une crispation tonique de l'ensemble du haut du corps significative d'une difficulté de gestion tonique.

L'épaule droite est hypertonique, les doigts sont positionnés très près de la mine ce qui renforce la pression de l'appui, le stylo est maintenu à la verticale par une position tripodique. Le pouce vient se positionner en crochet sur l'index ce qui limite la mobilité digitale mais ne la rend pas inexistante. En effet, les doigts bougent malgré la position crispée.

Au niveau du contrôle moteur, testé avec le subtest 1 du FROSTIG, on note qu'étant donné la crispation, Baptiste a beaucoup de mal à ne pas lever le stylo pour tracer les traits. Le score se retrouve donc pénalisé par tous ces levers et ce manque de fluidité dans le geste.

DS= -0.99 pour les 5 ans et DS= -1.26 pour les 6 ans.

Il est important de noter que cette épreuve a été fatigante pour Baptiste. Il présente beaucoup de syncinésies toniques au niveau buccal (langue) et des syncinésies d'imitation sur l'hémicorps gauche (contraction du bras gauche).

Au niveau qualitatif, Baptiste est capable de reproduire des boucles, des boucles inversées, des successions de traits verticaux et horizontaux ainsi que des enchainements de traits obliques et des cercles sans difficulté dans la forme des graphies. Une fois de plus, ce qui le pénalise est l'énergie qu'il dépense pour produire le geste graphique. Il se crispe et montre une respiration entrecoupée de micro-apnées. Ceci engendre une démobilitation au bout d'un certain temps d'écriture.

Attention :

- Soutenue :

Aux épreuves attentionnelles de la NEPSY, les résultats sont très hétérogènes.

A l'épreuve du simple barrage (chats), Baptiste est lent (temps : + 1.52DS pour la tranche des 5 ans, + 2.56 DS pour la tranche des 6 ans) et plutôt inefficace en ce qui concerne le nombre de signes cibles à barrer. Il commet un nombre d'erreurs par omissions plus élevé que celui attendu chez les enfants de son âge (omissions : + 1.85DS, + 2 DS).

A l'épreuve de double barrage (visages) Baptiste s'est montré très rapide (temps : -1.63 DS pour les 5 ans, -1.73 DS pour les 6 ans) voire trop rapide. Il n'a pas barré beaucoup de cibles (on peut supposer que l'exploration visuelle a été partielle) et commis un nombre d'erreurs d'omissions un peu élevé si on le compare aux enfants de 6 ans (+1.07 DS).

Sur les deux épreuves, Baptiste n'applique pas de stratégie d'exploration visuelle, il parcourt la feuille en émettant de petits bruits. Chaque barrage entraîne une crispation. Il se lève de la chaise de manière involontaire. Par contre, il vérifie sa performance : comportement très pertinent pour son âge.

A une autre épreuve de barrage attentionnelle (REVERSAL TEST), effectué un autre jour, Baptiste se montre performant en temps et en efficacité. Il obtient un nombre de fautes très en dessous de celui attendu chez les enfants de son âge (7 alors que la moyenne est à 14.2). L'exploration reste

cependant anarchique et Baptiste met en place un langage externalisé qui l'aide à se structurer et à maintenir son attention constante (soliloque).

A l'épreuve du THOMAS, il s'appuie beaucoup sur le langage. Des bruits de gorge sont présents. Il applique une stratégie en spirale, stratégie efficace. Il pense à vérifier mais après avoir rendu la feuille. Son score est au dessus de celui attendu chez les enfants de 6 ans.

- Epreuve perceptive :

L'épreuve proposée est celle du subtest 2 du FROSTIG. Ses résultats sont au dessus de la moyenne des 5 ans (+ 1.10 DS) et dans la moyenne pour les enfants de 6 ans (+ 0.20 DS). Baptiste a une bonne discrimination visuelle et sait faire abstraction d'une forme sur un fond confus.

- Observations générales :

Les résultats aux différentes épreuves attentionnelles sont à interpréter avec prudence. Sur certaines épreuves, quand il met en place des stratégies d'aide (soliloque ou autre), Baptiste peut se montrer très performant voire au-dessus de la norme. Pour d'autres épreuves et sans pouvoir mettre de cause précise en avant, il va se retrouver en échec, accumuler les oublis et montrer une certaine lenteur dans l'action.

Au cours de la séance, Baptiste ne semblait pas écouter les consignes. Il semblait davantage parasité par de l'impulsivité motrice qui le faisait agir sans avoir pris compte de toutes les informations (par exemple, il prend un seul feutre lors qu'on lui demande d'en prendre deux).

A la maison, ces difficultés attentionnelles se répercutent au quotidien. La maman rapporte qu'il faut sans cesse lui répéter les choses pour qu'elles soient faites ; elle a aussi l'impression parfois qu'il n'a même pas entendu ce qu'elle venait de lui dire.

Motricité Globale :

- Imitation de Gestes (BERGES-LEZINE)

Aucune erreur n'est commise pour les gestes simples. Pour les gestes complexes, les résultats sont dans la moyenne des enfants de 6 ans.

- Coordinations Motrices (CHARLOP ATWELL)

Baptiste a du mal à tenir en équilibre unipodal plus de 8 secondes. Les sauts en arrière ne sont pas encore maîtrisés. Les sauts sur un pied sont réalisables mais ne peuvent pas être enchainés (deux

maximum). Baptiste prend du plaisir à bouger mais n'est pas forcément à l'aise. Les scores obtenus sont significatifs de difficultés praxiques globales.

| Score Objectif | Score Subjectif | Score Total |
|-----------------------|------------------------|--------------------|
| - 4.43 DS | - 1.98 DS | - 4.28 DS |

Conclusion

Les scores obtenus et les observations montrent que Baptiste se trouve en décalage par rapport aux compétences motrices attendues chez les enfants de son âge. Ce décalage se retrouve aussi en écriture au niveau de son ajustement postural précaire. Il faudrait mettre en place un travail sur le tonus et sur la motricité globale afin de voir si en diminuant la fatigue que lui coûte certaines tâches motrices on arrive à maintenir constante son attention.

c. Evaluation Psychométrique

Baptiste est âgé de 6 ans, 6 mois au moment de l'évaluation psychométrique (août 2010).

Le bilan psychologique est réalisé sur la demande conjointe du neuropsychologue et de la psychomotricienne afin d'évaluer, tant le potentiel intellectuel de l'enfant que de confirmer ou non l'hypothèse de la dyspraxie.

Les résultats ont été obtenus à partir du WISC IV : Indice de compréhension verbale : 126

Indice d'organisation perceptive : 88

Indice de mémoire de travail : 118

Indice de vitesse de traitement : 100

Baptiste semble avoir développé d'excellentes compétences verbales, une grande facilité d'abstraction, un bon raisonnement logico-mathématique dans le but de compenser ses difficultés dans le traitement des supports figuratifs, dans l'intégration des repères spatiaux et dans la manipulation des objets.

2) Les axes de prise en charge

La consultation des différents bilans, l'observation de l'enfant dans les premières séances et du travail déjà établi en rééducation m'ont permis de dégager certains axes de travail qui me semblaient prioritaires sur la période de 6 mois où j'allai intervenir dans la prise en charge de Baptiste :

La motricité fine et globale :

- La régulation du tonus en action : en activité libre, structurée (parcours, activités manuelles) et notamment dans la tâche écrite. Ressentir son corps afin de mieux évaluer ses compétences et de s'adapter plus facilement à son environnement. Insister sur les sensations kinesthésiques et proprioceptives afin de favoriser l'intégration des mouvements.
- Equilibre statique et dynamique : prendre le temps de chercher les points d'appui les plus favorables pour maintenir un équilibre suffisant
- Coordination/dissociation : Les sauts ont été abordés à travers des petits parcours, un des médiateurs importants pour intéresser Baptiste dans sa rééducation.

Le domaine attentionnel :

- Stratégie d'exploration visuelle : Organiser sa recherche visuelle (balayage visuel, stratégie visuo-motrice, techniques compensatoires)
- Gestion de l'impulsivité (cognitive et motrice) : Prendre le temps d'observer avant d'agir, ne pas se précipiter dans son action, apprendre à organiser son action.

3) Mon questionnement par rapport aux capacités intellectuelles de Baptiste

Avant de parler de la prise en charge avec cet enfant, il est un point important à mentionner : C'est le potentiel intellectuel que présente Baptiste. Compte-tenu des résultats du bilan psychométrique, nous pouvons suspecter que Baptiste présente également une précocité de développement intellectuel.

En séance de psychomotricité, c'est un enfant qui comprend très vite les consignes orales. Il est capable de verbaliser clairement ce qu'il aime ou ce qu'il n'aime pas faire. Il est en recherche constante d'explications approfondies (pas toujours en rapport avec la tâche). Il ne présente pas les mêmes facilités sur le plan psychomoteur. C'est un enfant qui montre un besoin de bouger en permanence sans réellement maîtriser ses mouvements. Il se précipite pour agir, ce que l'on peut traduire par de l'impulsivité. Comme chez les enfants à haut potentiel, ses productions motrices ont du mal à suivre le rythme de sa programmation mentale. Il a des difficultés à dérouler sa pensée et son action. L'enfant réagit alors par une forte volonté de contrôle qui engendre une augmentation de son tonus, très perceptible chez Baptiste. Cette description rejoint le syndrome de Dyssynchronie de J-C Terrassier (1998), avec un décalage entre le rythme de développement intellectuel et le rythme de développement psychomoteur.

Les symptômes présentés par Baptiste sont les mêmes que ceux présentés par d'autres enfants TAC de son âge avec une intelligence moyenne. Ce qui est différent ici, c'est le regard que peut porter un enfant précoce sur ses difficultés. C'est-à-dire : il aura des comportements et des moyens de compensation qui pourront, soit cacher le plus possible les difficultés rencontrées avec une forme de

déni, ou bien permettre la mise en place de stratégies adéquates et un questionnement pertinent. Baptiste est un enfant très réceptif aux remarques, attentif aux exemples et aux explications. Il a conscience de ses difficultés, mais il ne veut pas en parler (les accepte-t-il réellement ?). Il me paraît intéressant de revaloriser cet enfant et, plus tard, lui permettre d'utiliser ses compétences verbales et d'analyses pour mettre en place des stratégies d'organisation motrice et perceptive en s'inspirant de la méthode CO-OP par exemple. Actuellement, c'est un enfant qui a plus besoin d'expérimenter des situations motrices avant de penser au problème d'analyse. Baptiste présente un trouble sévère de la coordination, on peut penser que les résultats obtenus aux épreuves motrices (CHARLOP-ATWELL) sont à la fois dû à la perturbation de la motricité mais aussi à des modes de régulation de l'action motrice. Le langage et l'analyse du mouvement pouvant être utiles à plusieurs fonctions comme la réduction de l'impulsivité, ou l'augmentation de la motivation de l'enfant, mais, avec Baptiste, il y a d'abord des choses à faire sur le plan moteur qui dépasse l'approche de la méthode CO-OP.

4) La prise en charge de Baptiste

Baptiste est suivi en psychomotricité depuis juillet 2009. Il vient en séance de psychomotricité tous les mardis de 17h à 17h45. Il est accompagné par sa maman et ses deux petits frères. Baptiste est généralement le dernier enfant que l'on reçoit sur cette journée ce qui laisse davantage de temps après la séance pour échanger avec la maman. Un temps qui permet de faire du lien avec sa vie quotidienne, celle de la famille, pour les observations relevées en séance et exercices travaillés. Ce temps de disponibilité nous a permis d'avoir chaque semaine 10-15 minutes de discussions sur la semaine écoulée, sur les progrès et difficultés rencontrées par Baptiste en classe, mentionnées par les maîtresses, ou encore des difficultés à la maison. Il intervient comme une continuité des échanges ponctuels que j'ai instauré ce qui m'a permis d'ajuster au fur et à mesure les exercices des séances suivantes et parfois, de répondre aux questions qui peuvent différer selon le vécu du moment. Les remarques des parents sont très importantes. Elles nous permettent de mieux cerner les difficultés de l'enfant telles qu'elles apparaissent dans son quotidien et d'explorer certains domaines qui n'ont peut-être pas été mis en avant dans le bilan.

a. Les entretiens

Les premiers contacts ont été initiés avec la maman de Baptiste. Même si je sais qu'à la maison, les deux parents discutent beaucoup entre eux par rapport aux difficultés de leur enfant et des prises en charge qui l'entourent, j'ai tout de même essayé de contacter le papa par téléphone pour recueillir ses impressions. De part ses responsabilités professionnelles et familiales nous n'avons pas pu réellement nous entretenir. Nous nous sommes toutefois rencontrés une fois dans la salle d'attente. De ce fait, les échanges se sont donc déroulés avec la maman, qui généralement essayait de me

retransmettre leurs visions et leurs interrogations mutuelles. Ce sont deux parents qui se posent beaucoup de questions par rapport à Baptiste, à son fonctionnement et à leur ajustement par rapport à ses difficultés.

Lors de notre premier entretien, la maman me rapporte très vite qu'elle a longtemps eu un ressenti particulier par rapport à Baptiste qui pourtant fut son premier enfant. C'est toutefois, à la naissance du second, qu'elle a pu constater un décalage dans les premières acquisitions (la marche, l'utilisation des couverts...) entre les deux garçons. A l'école, Baptiste a toujours été décrit comme un enfant très fatigable. Leur incompréhension réside dans le fait que les parents ne faisaient pas le même constat à la maison, à l'époque. Baptiste a longtemps eu de gros épisodes de fièvre durant lesquels les chutes et perte d'équilibre étaient fréquentes. Préoccupés par la santé de leur enfant, les parents ont alors consultés plusieurs spécialistes (ORL, psychomotricien) pour tenter d'avoir des explications sur la maladresse de leur enfant.

Cette maman me rapporte également des soucis de comportements apparus en grande section de maternelle. Baptiste est un enfant qui s'isole, montre son opposition aux règles qu'on lui impose, il ne veut pas rester assis en classe, il faut lui répéter plusieurs fois les mêmes choses, il ment et peut même se montrer insolent.

La première année où Baptiste était suivi en psychomotricité, la maman ne constatait pas beaucoup de progrès au niveau du comportement et de ses difficultés de mouvements. Cette année, il fait plus d'effort. Baptiste grandit, il commence à s'assagir mais les soucis de comportement d'opposition continuent de préoccuper ses deux parents.

Actuellement, Baptiste a progressé en écriture car il a beaucoup travaillé à la maison mais des tremblements persistent, et un décalage avec ses camarades est visible. La gestion de plusieurs consignes à la fois est aussi problématique ainsi qu'une lenteur excessive dans la réalisation d'une tâche (ex : se doucher, se laver les mains, s'habiller...).

Aucun diagnostic n'a encore été posé pour Baptiste. Toutefois, une suspicion de TAC et de précocité intellectuelle ont été évoquées aux parents. L'objectif de cette famille est donc de comprendre le fonctionnement de leur enfant.

Ce premier entretien avec la famille me permet de cerner les inquiétudes et les incompréhensions de cette famille. En effet, bien qu'on leur ait supposé que les difficultés pratiques de Baptiste pouvaient venir d'un trouble, ces parents ont du mal à percevoir l'ampleur des difficultés dans le comportement et l'autonomie de leur enfant. Il m'a semblé que l'autonomie quotidienne était ce qui gênait le plus Baptiste dans son évolution et dans le regard qui pouvait lui être porté par ses pairs. En effet, en séance, Baptiste est un garçon qui se compare beaucoup aux autres et qui aime être le plus performant. C'est pour cette raison que j'ai orienté certains de mes axes de travail avec Baptiste sur

la gestion du temps et l'autonomie (habillage, toilette) selon deux axes : la programmation dans un premier temps et la réalisation dans un second.

Lors de notre deuxième entretien, je restitue les attentes de la maman concernant les difficultés de Baptiste (lenteur dans les activités quotidiennes, attention à la tâche, fatigabilité face à la tâche graphique) ; puis, je lui rapporte ce que nous travaillons avec Baptiste et mes observations cliniques en séance. Baptiste est un jeune garçon très intelligent, il pose beaucoup de questions en séance (besoin d'être rassuré) et accepte facilement les situations proposées à partir du moment où l'on suscite son intérêt. J'explique à la maman qu'à chaque séance j'essaie de proposer un petit jeu qui se rapportent à l'autonomie comme : l'habillage, la toilette... J'ai commencé par des exercices de planification à l'aide de petites fiches en demandant à l'enfant de replacer les étapes dans l'ordre (ouvrir le robinet d'eau, se mouiller le corps, prendre le gel douche... ou mettre le slip, puis le t-shirt...). Voyant que Baptiste progressait très bien en terme de programmation mentale des séquences de mouvement, j'ai poursuivi mes investigations par des mises en situation écologique à l'aide déguisements ou lorsque nous finissons une activité avec de la craie et qu'il fallait se laver les mains. J'explique donc à cette maman que, pour certains enfants, il existe une réelle difficulté à réaliser certains mouvements, ce qui entraîne de la lenteur, et non une mauvaise volonté chez l'enfant. Ils savent ce qu'ils doivent faire et comment ils doivent le faire... Pour Baptiste, la planification d'une action est tout à fait correcte, mais la réalisation du mouvement est plus compliquée. Nous évoquons alors ses difficultés à bien faire les choses et la complexité pour cette maman à gérer les 3 enfants le matin ; d'autant plus que Baptiste étant le plus grand, il est sensé montrer l'exemple. Généralement, elle retrouve la salle de bain dans un état catastrophique. Je lui suggère alors d'accompagner Baptiste dans ces gestes sur les temps du we, en montrant et en expliquant les mouvements à faire (étape par étape), de rester près de lui la semaine, pendant qu'elle s'occupe du plus petit pour observer comment il s'y prend et éventuellement le guider quand il se trompe. La présence de l'adulte pourrait le rassurer dans un premier temps. En valorisant ces bons gestes, Baptiste pourrait acquérir plus d'assurance et reprendre progressivement confiance en lui.

Nous revenons ensuite sur le comportement de Baptiste observé en classe. Les enseignantes se plaignent que Baptiste ne reste pas assis plus de 10 min, qu'il trouve toujours des excuses pour se lever. Baptiste a besoin d'un cadre strict, ferme, pour se concentrer. Il profite de la gentillesse des personnes pour obtenir ce qu'il veut. Pour la maman, c'est un enfant qui profite de ses difficultés : il sait qu'il peut avoir plus de temps, qu'il sera aidé. Pour les Parents, il est donc difficile de trouver le juste milieu entre la réalité et les bénéfices qu'il pourrait obtenir.

Baptiste n'écrit plus ses devoirs dans le cahier de texte. Il les cache pour ne pas avoir à les faire. A la maison, il invente des histoires, il dissimule ses bêtises et persiste dans ses mensonges.

Je rapporte à la maman les difficultés que j'ai observées concernant la propreté. En effet, elle m'explique que Baptiste ne sait pas s'essuyer seul, qu'il perd l'équilibre, et a des difficultés à amener le bras derrière soi. De plus, à l'école, il ne va jamais aux toilettes. Je lui demande si les difficultés à rester en place à table ou au bureau ne pourraient pas venir de cela. Je lui fais part des difficultés observées à l'équilibre dans les petits jeux d'habillage.

Ce deuxième échange avec la famille m'a permis de cerner la problématique de cette famille, dans le fait « d'apprendre à apprendre » à un enfant porteur de difficultés praxiques. Cet échange me permet également de comprendre les angoisses de Baptiste concernant ses difficultés à s'asseoir. S'il se retient pour aller au toilette parce qu'il a du mal à s'essuyer, ce qui est certainement très inconfortable au quotidien. Je décide donc d'approfondir mon travail en aidant Baptiste à mieux gérer son équilibre (unipodal et sur la pointe) lors de nos séances et à apprendre à faire le contour de son corps avec des jeux de balles et de ballons qu'il apprécie.

b. Equipes éducatives

Trois équipes éducatives ont été organisées cette année. La première, à laquelle je n'ai pas pu assister étant donné que je n'avais pas encore commencé le stage, a eu lieu en septembre 2010. L'objectif était de faire le point sur les difficultés de comportement et d'écriture rencontrées dès ce début d'année scolaire avec Baptiste et d'en expliquer les causes.

La deuxième a eu lieu en janvier 2011. Je n'ai également pas pu m'y rendre pour des raisons d'emploi du temps ; toutefois, j'ai tout de même pu avoir le retour de la maman et de la psychomotricienne. Beaucoup d'interrogations subsistent autour du comportement de Baptiste en classe et notamment sur le fait qu'il ne peut rester assis en classe. La gestion de son matériel scolaire reste difficile (stylos par terre, cartable en plein milieu de l'allée...). Des aménagements de travail sont alors proposés :

- Diminuer la charge d'écriture en lui donnant des fiches à trous ;
- Eviter le passage à l'écrit, en lui donnant des photocopies pour les poésies par exemple ou en lui copiant les devoirs sur son cahier de texte.
- Mise en place d'un système d'économie de jetons afin que Baptiste ne se lève plus de façon inopinée en classe et perturbe ainsi ses camarades.
- Ne pas donner des lignes à copier en tant que punition (l'écriture est déjà assez difficile à gérer pour un enfant dyspraxique)

Les enseignantes sont très à l'écoute des conseils qui peuvent leur être apportées, afin de pouvoir s'adapter aux difficultés de Baptiste et lui permettre une meilleure réussite scolaire. Ses conseils sont généralement apportés par la psychomotricienne, ou ergothérapeute qui suit l'enfant.

La question d'une aide au travail en classe (Auxiliaire de Vie Scolaire Individualisée) pour Baptiste est alors soulevée. Mais la maman n'est pas encore prête à l'accepter.

La troisième équipe éducative s'est déroulée en mai 2011 en la présence, cette fois ci, de l'ensemble des professionnels qui prennent en charge Baptiste (la psychologue, la psychomotricienne et moi-même), ses deux maitresses et ses deux parents. Les objectifs étant de faire le point avec l'ensemble des professionnels et d'envisager les aménagements nécessaires pour l'année de CE2.

Sur le plan scolaire : Baptiste a de grandes capacités à l'orale et en mathématique (calcul mental, énumération et problèmes) où il se montre très rapide et pertinent dans ses réponses. La compréhension de texte est très bonne et il est capable de faire des exercices en autonomie et dans le temps imparti. L'écriture est très difficile avec une tension importante au niveau du bras et un tracé très appuyé (Baptiste casse régulièrement ses crayons). Toutefois, Baptiste est désormais capable de dire quand il fatigue. Ses difficultés ressortent également dans l'organisation spatiale, en géométrie mais aussi dans son espace personnel (cahiers, stylos, règle...). La compréhension est bonne mais la réalisation est compliquée. La question d'une demande d'AVS-i pour l'année prochaine est re-suggérée.

Au niveau psychologique : Au départ de la prise en charge, Baptiste était un petit garçon très angoissé. Aujourd'hui, il commence à pouvoir parler de ses peurs (comme de « grandir » ou que son frère le rattrape à l'école). Baptiste a une intelligence impressionnante, il peut parler de beaucoup de choses concernant la vie et perçoit beaucoup de choses de son entourage. Toutefois, il a besoin d'un cadre structuré pour être rassuré. C'est un enfant qui n'a pas investi son corps et ne le maîtrise pas bien. Quand trop de choses l'entourent, il s'éparpille. Pour la psychologue, l'AVS-i pourrait aider Baptiste à se recentrer sur ce qu'il doit faire et le rassurer.

En psychomotricité : Baptiste investi très bien certains domaines, il peut même se montrer très performant voire au dessus des enfants de son âge mais pour des choses plus simples (le saut à cloche pied par exemple), il va avoir besoin d'un réel apprentissage contrairement à d'autres pour qui cela vient naturellement.

Au niveau de la famille : les parents sont toujours en attente de revoir le neuro-pédiatre qui suit Baptiste mais un RDV pour un bilan n'est pas fixé avant le mois de juillet. Ce RDV permettrait de rassembler l'ensemble des observations rapportées par les professionnels et de poser un diagnostic. Pour les parents, les démarches ont été difficiles à faire parce qu'ils n'acceptent pas encore l'étiquette de « handicap » pour leur enfant. Jusqu'à présent si d'autres solutions se seraient

présentées à eux, ils auraient préféré. De toute façon, ils n'arrêteront pas les prises en charges pour aider leur enfant.

Le problème est que, si le diagnostic n'est pas posé, la demande d'AVS-i pour l'année prochaine va être plus difficile. Les parents doivent comprendre que accepter que le « handicap » soit reconnu, c'est donner des chances à leur enfant. Des chances d'être aidé financièrement et de pouvoir bénéficier d'autres prises en charge.

En conclusion, il ressort de cette équipe éducative que Baptiste est un enfant intelligent avec de réelles capacités (orale et de compréhension). Il a besoin d'un cadre et d'être rassuré. Pour l'année prochaine, il est important pour Baptiste de maintenir un cadre structurant dans ses activités ; afin de l'aider à s'organiser, à maintenir des règles et à alléger l'écrit pour éviter qu'il ne s'épuise au travail et se démotive.

Assister à cette dernière équipe éducative m'a permis de comprendre le cheminement de la famille et les inquiétudes rapportées pendant les entretiens concernant l'acceptation du « handicap » de leur enfant et leurs difficultés d'ajustement. Cela m'a permis également de faire du lien entre ce que l'on observe en séance individuelle ; et ce qui est observé par les différents partenaires (enseignantes, psychologues et parents). La réunion de ces différentes observations permet d'accompagner et de soutenir les familles vers la compréhension des difficultés rencontrées au quotidien par l'enfant. La place du psychomotricien à cette réunion est importante ; il va pouvoir apporter des propositions pour un travail en commun, aux enseignants qui ne sont pas toujours informés sur ce type de trouble. Il va participer aux aménagements scolaires et à la cohérence d'un projet pluridisciplinaire.

c. Le travail abordé en séance de psychomotricité

Avec Baptiste, il m'a semblé judicieux de partager les séances de 45 minutes en trois parties ; pour alterner entre : une phase assise au bureau, plus technique, avec des phases de motricité globale en salle ; car c'est un petit garçon qui a besoin de bouger, de faire des jeux dynamiques. Je ne vais pas détailler tous les exercices faits lors de cette prise en charge, mais évoquer les grands axes que j'ai pu travailler avec lui ; ceux qui m'ont été évoqués lors des entretiens avec la maman.

Exploration sensorielle :

Compte tenu des résultats des bilans psychomoteurs et psychométriques, je me suis dit que l'impulsivité et la lenteur dans la réalisation des tâches quotidiennes, rapportées par la maman de Baptiste, pouvait probablement venir d'une difficulté à explorer son environnement. Nous sommes partis de l'exploration visuelle à travers des petits jeux d'attention sélective : faire attention aux détails d'une image, prendre le temps de regarder tous les éléments un par un avant de donner une réponse. Certains exercices avaient été commencés avec la psychomotricienne, avant que je n'intervienne dans la prise en charge de Baptiste. Je constatais à l'époque que Baptiste avait souvent

besoin d'aide pour trouver une stratégie (A quoi doit-on faire attention ? Observation de haut en bas, de droite à gauche) pour résoudre ces exercices de manière efficace mais une fois qu'il l'avait compris, il pouvait la réutiliser rapidement sur l'exercice qui suivait. D'où l'importance avec cet enfant de changer régulièrement de support afin qu'il puisse adapter ces stratégies aux différentes activités (lecture des consignes, gestion d'une fiche de travail par exemple).

J'ai choisi d'ajouter à ces exercices l'exploration tactile et kinesthésique par le biais d'exercices de manipulation yeux fermés, afin de lui faire prendre conscience de toutes les informations sensorielles qui peuvent guider son action. Pour Baptiste, la prise de repères uniquement kinesthésique et tactile est beaucoup moins évidente. C'est là que l'on peut voir que c'est un enfant qui a moins investi le domaine corporel. Il a peut-être une bonne connaissance verbale des différentes parties de son corps, sa perception est différente, souvent hasardeuse. Les supports proposés comme la pâte à modeler par exemple, permettent à Baptiste de découvrir de nouvelles façons de faire, de manipuler et finalement de retranscrire ce que l'on a dans la tête. Là encore, il est important de préciser à Baptiste qu'il peut prendre le temps de s'organiser pour construire ce qu'il avait envie de faire. Insister sur le côté perceptif et l'exploration tactile. (Nous nous échangeons nos « chefs d'œuvre » sous la table et devons deviner ce qu'avait modelé l'autre.) .

A travers ces exercices perceptifs, j'espérais faire découvrir à Baptiste comment on peut réguler son action en prenant conscience des différentes informations sensorielles qui lui permettraient de le faire. Arriver à reproduire ce que l'on a dans la tête était loin d'être évident pour Baptiste qui déborde d'imagination. Toutefois, c'était une expérience ludique qui lui a permis de mieux gérer son impulsivité.

L'écriture :

La régulation du tonus pendant l'activité graphique a été un axe longuement travaillé avec Baptiste qui présente une réelle crispation dans ses réalisations motrices (épaules hautes respiration bloquée). Au départ, j'ai donc choisi de travailler à partir de mouvement de TGE (Technique Graphique d'Extension). L'objectif pour moi était de pointer les zones de tension pendant et après la réalisation du geste ; de l'obliger à souffler, de l'amener à se détendre pendant le mouvement, plutôt que de bloquer sa respiration, et se crispier. Nous étions tous les deux les juges de ses réalisations graphiques. De ce fait, Baptiste qui aime que les choses soient bien faites, multipliait le nombre de cercle au tableau jusqu'à ce qu'ils soient beaux. L'objectif était également de retrouver du plaisir à laisser une trace graphique. Au tableau, nous avons ensuite travaillé, ensemble, les boucles (sens horaire/antihoraire), les traits horizontaux ou verticaux en jetant une décharge tonique avec le bras ; puis, on écrivait son prénom en gros ou en tout petit. Ces exercices avaient toujours pour but de pointer les tensions musculaire de Baptiste, chose qu'il arrivait un peu à nommer et à

localiser mais difficilement à contrôler. Dans un second temps, nous avons pris des supports plus ludiques comme « la phrase cachée », ou encore « écrire la règle de son jeu »... L'objectif étant de lui montrer qu'il est possible de s'amuser en écrivant, de retrouver de l'intérêt et donner du sens à l'écriture.

Ses exercices ont été travaillés tout au long de l'année où j'ai suivi Baptiste. Ceci était l'une des principales attentes au niveau scolaire que m'a rapporté la maman. Les progrès dans ce domaine se sont ressentis surtout en fin d'année. Toutefois, Baptiste a passé une grosse période d'hiver malade et fréquemment absent aux séances de psychomotricité. A l'école, il était souvent épuisé. Maintenant, il semble prêt à faire des efforts et prendre un réel plaisir dans les jeux d'écriture proposés. Au quotidien, il écrit toujours en classe et peut dire maintenant : quand il fatigue où se situe ses tensions.

Equilibre et coordinations inter-segmentaires :

Comme nous en avons discuté avec la maman, il me semblait intéressant de proposer à Baptiste des situations d'équilibre statique et dynamique, ce qui lui pose souci dans la réalisation de certaines activités quotidiennes (notamment l'essuyage aux toilettes). A partir de jeux moteurs, j'ai tenté de recréer des exercices qui se rapprochaient de situations réelles ; par exemple : 1 pied dans chaque cerceau, se baisser pour attraper les objets posés au sol devant les cerceaux et les mettre dans la caisse posée derrière soi. Voyant que Baptiste y arrivait bien, j'ai placé les objets dans deux autres cerceaux collés à ceux des pieds et il devait attraper les objets avec la main droite dans le cerceau de gauche et avec la main gauche dans le cerceau de droite en croisant l'axe corporel. Le temps de réalisation était plus long mais l'avantage avec Baptiste est qu'il aime se surpasser. Aussi, même si cette activité lui était plus complexe, l'enjeu du chronomètre a été la source de motivation. De mon côté, il m'a fallu l'encourager pour qu'il fasse bien les gestes demandés (plier les genoux, saisir l'objet en croisant main et pied et lâcher l'objet quand la main est dans le dos). Nous avons continué à créer d'autres situations similaires à l'aide de parcours d'équilibre sur des briques ou sur des poutres tout en demandant à l'enfant de lancer le ballon sur le côté ou derrière soi mais en orientant son regard vers la personne qui doit recevoir le ballon.

L'objectif de ce travail était de faire vivre des situations de d'équilibre et de coordination à l'enfant, de lui faire prendre conscience de l'ajustement postural nécessaire pour lancer un ballon ou une balle malgré le déséquilibre ; vivre l'action et prendre le temps de sentir ce qu'il se passe au niveau corporel (déséquilibre ? tensions ? regard pas fixe ?...)

5) Compte-rendu fin de prise en charge

Avec Baptiste, mon souci permanent a été de trouver des exercices qui puissent susciter sa motivation et son intérêt, sa curiosité, pour qu'il puisse s'investir et participer dans l'action. Je lui présentais

régulièrement nos thèmes d'exercices comme des challenges. Je suis partie d'un travail de motricité globale pour favoriser son engagement dans la prise en charge. Souvent fatigué pendant la période d'hiver, je sentais que le travail assis au bureau lui demandait beaucoup d'efforts. C'est pourquoi, je contournais cette contrainte (rester assis), en changeant de lieu : (du bureau au tapis, graphisme au tableau par des mouvements de TGE...). En psychomotricité, étant donné que ce que nous travaillons en séance est déjà assez complexe parfois, il me fallait trouver une alliance pour l'amener progressivement à aborder ses difficultés et le faire travailler sans que ce soit trop fastidieux. Certains des exercices présentés sont encore travaillés actuellement, mais cela permet cependant, de donner un aperçu de mon travail et de ma progression. Les informations que j'ai recueillies auprès de la maman ont été une base très importante pour établir les directions dans mes prises en charge. Cette collaboration, dans ce cas précis, a facilité, je pense, mon approche de cet enfant et m'a permis d'avoir des points de repères pour guider le suivi, sans oublier les informations fournies par le bilan.

C. Karine, Née le 4 juillet 2000

1) Présentation Générale et bilans

En grande section de maternelle (GSM), l'institutrice signale à la famille des difficultés pour Karine au niveau du graphisme et de la prise du stylo, avec un coude en permanence levé, et une certaine maladresse. A l'époque, c'était une petite fille qui présentait également des difficultés de séparation avec sa maman et qui avait peur face à toute nouveauté.

Le premier bilan psychomoteur a été effectué en 2006. Un an plus tard, le bilan du neuro-pédiatre vient poser le diagnostic de dyspraxie visuo-constructive, et de trouble déficitaire d'attention suspecté par la psychomotricienne. La même année (2007), Karine effectuera un bilan orthophonique qui viendra également confirmer la présence d'une dyslexie développementale mixte associée aux deux troubles précédemment cités.

Karine est suivie une fois par semaine en psychomotricité depuis le CP. Elle est également suivie en orthophonie à raison d'une séance par semaine.

Depuis, Karine a bénéficié de la présence d'une AVS à l'école pendant l'année de CM1.

Karine est actuellement une jeune fille de 10 ans ½ scolarisée en classe de CM2.

Elle porte des lunettes pour lire (astigmatie)

a. Anamnèse

La grossesse s'est déroulée normalement jusqu'au 5^{ième} /6^{ième} mois. Puis, la maman a du rester allongée pendant 2 mois à cause de problèmes d'hypotension et de contractions dues à du surmenage.

Le développement psychomoteur de Karine s'est déroulé sans problème :

Karine a marché à 14 mois.

Le langage a été acquis très tôt.

La propreté diurne et nocturne se sont mises en place rapidement vers 18 mois.

A la naissance de son petit frère, Karine a présenté des difficultés d'endormissement car elle était seule dans sa chambre.

Karine vit avec ses deux parents et a un petit frère de 1 an ½ son cadet et une demi-sœur plus âgée.

b. Premiers bilans

Bilan Psychomoteur initial (décembre 2006) :

Au moment de ce premier bilan, Karine était âgée de 6 ans 6 mois.

Elle s'habille avec l'aide de sa maman, a des difficultés pour le boutonnage et les fermetures. Elle est assez maladroite, se cogne souvent par manque d'anticipation et chute régulièrement.

La latéralité est homogène à droite. Au niveau du pied, elle semble plus à l'aise à gauche en ce qui concerne le pied d'appui lors de situation d'équilibre dynamique.

Le tonus : Karine peut se relâcher sur demande sans aucun problème. Par contre, lors d'une activité qui lui demande un effort particulier, une hypertonie peut apparaître tout comme des syncinésies toniques.

Les difficultés de Karine se retrouvent :

Au niveau praxique :

- Praxies d'Imitation (BERGES-LEZINE) :

Elle a du mal à reproduire le modèle avec exactitude. Des difficultés sont retrouvées au niveau de l'organisation de ses doigts et de ses mains dans l'espace.

On note principalement des erreurs d'orientation et des persévérations.

- Praxies constructives (Figure de REY B) :

Karine présente des difficultés pour agencer les différents détails entre eux. Les proportions de la figure ne sont pas respectées. (Copie, score < au 10^{ième} centile)

Au niveau du graphisme :

La position n'est pas très adaptée : poignet et coude en suspension ce qui empêche la stabilisation de l'écriture. Le contrôle graphique reste correct si on la compare aux enfants de son âge. On sent qu'elle veut bien faire. Une crispation importante est repérée au niveau de la motricité digitale.

Au niveau moteur :

- Coordinations motrices (CHARLOP-ATWELL) :

Karine manque de souplesse et d'aisance et a des difficultés de dissociation inter segmentaire.

L'équilibre est possible. (Score global : -1.5 DS)

- Coordinations oculo-manuelles :

Elle manque d'anticipation pour la trajectoire dans les épreuves de lancer.

Au niveau attentionnel :

Pendant l'ensemble du bilan, une impulsivité cognitive et motrice avait été notée. Elle voulait toujours savoir la suite et anticipait les réponses avant la fin de la consigne. Elle fait aussi des erreurs d'omissions (REVERSAL TEST).

Bilan Neuro-psychologique (juin 2007)

Karine est âgée de 6 ans 11 mois au moment du bilan.

Karine entre dans la relation sans grande difficulté malgré une légère anxiété. Elle est imaginative et normalement intelligente.

Elle a passé des épreuves évaluant le langage, les praxognosies, la mémoire et l'attention.

Ses difficultés se retrouvent au niveau phonémique, au niveau des apprentissages verbaux, au niveau de l'équilibre pied droit, et au niveau attentionnels (elle est lente et inexacte)

Au vue des résultats obtenus et des bilans réalisés par les professionnels qui la prennent en charge sur le plan psychomoteur et orthophonique, les diagnostics suivants ont pu être posés :

Une dyslexie développementale dyséidétique prédominante (dyslexie de surface)

Une composante dyspraxique

Un déficit d'attention avec hyperactivité d'intensité modérée

Bilan orthophonique initial (Nov. 2007)

L'ensemble des épreuves effectuées sur le langage écrit au court de ce bilan montrent que Karine présente des troubles de type dyslexique, liés au trouble praxique et visuo-spatial.

Ces difficultés se rencontrent au niveau de :

- la discrimination visuelle et l'orientation graphique
- la connaissance des lettres (confusion)
- l'assemblage dans les groupes consonnatiques et les inversions de lettres
- l'individualisation du mot et la segmentation de la phrase

c. derniers bilans

Bilan d'évolution psychomoteur (Juin 2010)

L'attention :

- attention soutenue (T2B) :

Sur cette nouvelle épreuve d'attention soutenue, Karine va aussi vite que les enfants de 10 ans (1^{ier} barrage : + 0,97 ESIQ, 2^{ième} barrage : + 0,67 ESIQ), mais elle fait beaucoup trop d'oublis/erreurs (1^{ier} barrage : + 4,25 ESIQ, 2^{ième} barrage : + 2,21 ESIQ).

- Attention auditive (Rythme de STAMBACK) :

Karine ne fait que trois erreurs sur cette épreuve qui demande de reproduire le rythme entendu. Elle se situe dans la moyenne des enfants de 10 ans.

- Impulsivité (test d'appariement d'images) :

Karine ne présente aucune impulsivité, elle prend son temps pour rechercher et donner la bonne réponse au 1^{er} essai (index d'impulsivité: -0.65DS). Elle est par contre un peu trop lente, car elle n'arrive pas à trouver suffisamment rapidement la réponse dans le temps imparti (temps : + 1,02 DS, index d'exactitude: -1.22DS).

- Attention sélective (STROOP) :

Karine ne présente pas de trouble de l'attention sélective, le score d'interférence étant dans la moyenne attendue pour les enfants de 10 ans (-0.58DS). Elle n'est donc pas gênée par la présence de stimuli parasites.

Fonctions exécutives (*Tour de Londres*) :

Karine a de très bons résultats (Score points : + 1,58 DS Temps de réalisation : + 1,8 DS). Elle n'a aucune difficulté à anticiper les stratégies, elle prend son temps, s'applique. Elle maîtrise parfaitement son impulsivité.

Domaine pratique :

- praxies constructives en 2D (Figure de REY A) :

Karine a progressé dans ce domaine, mais pas encore suffisamment pour rattraper les enfants de son âge. Karine analyse maintenant beaucoup mieux, elle prend son temps, même si les difficultés persistent (temps copie : 10^{ième} centile, copie : -0.96DS).

De mémoire les résultats sont excellent (mémoire : +1.98DS).

- praxies constructives en 3D (Cubes de la NEPSY) :

Karine présente encore des difficultés d'organisation spatiale. Le résultat obtenu à ce test, qui demande de construire avec des cubes selon le modèle présenté à l'enfant, est en dessous de ce que l'on attend à son âge (- 1,59 DS).

Graphisme :

La prise de Karine est tripodique mais le pouce vient en crochet sur l'index. L'appui est hypertonique, avec une faible mobilisation des doigts.

- qualité (BHK) :

La qualité d'écriture est maintenant satisfaisante (- 0,92 DS), avec toutefois encore une crispation, qui entraîne une écriture très saccadée. La vitesse est par contre inférieure à ce qui est attendu pour une fin de CM1 (- 1,84 DS).

- vitesse (AJURIAGUERRA) :

La lenteur d'écriture est moins présente sur ce test, puisqu'à vitesse normale Karine est au niveau des enfants de sa classe (Vitesse normale : Quartile supérieur des CM1). Mais elle ne peut pas accélérer et se retrouve à une classe d'écart du niveau attendu (Vitesse accélérée : Quartile inférieur des CM1).

Motricité globale (LOMDS) :

Karine présente toujours des difficultés motrices, notamment au niveau de la motricité fine, mais aussi et surtout au niveau des coordinations et des équilibres.

F1 : Contrôle-précision : 25 %

F2 : Motricité globale : 85 %

F3 : Coordinations : 33 %

F4 : Vitesse manuelle simultanée : 71 %

F5 : équilibres : 0 %

F8 : Motricité moins fine que F1 : 33 %

Score total : - 2,42 DS

Conclusion

Karine a fait beaucoup de progrès dans la maîtrise de son impulsivité. Elle est maintenant capable de se reprendre, et donc de mieux analyser les problèmes.

Mais ses difficultés pratiques (repérage spatial, motricité fine, lenteur) et attentionnelles (difficultés d'attention soutenue) persistent, c'est pourquoi il est important de continuer le travail en psychomotricité pour aider Karine à gagner de plus en plus en autonomie en vue du collège.

Bilan d'évolution orthophonique (Mai 2009)

Karine a bien progressé en lecture, elle est plus rapide et fait moins de fautes. Cependant, des difficultés persistent dans le balayage visuel, elle se perd dans le texte, saute une ligne.

La compréhension est à surveiller au niveau du texte. Des difficultés au niveau inférentiel sont constatées, réduisant la compréhension immédiate. De plus, Karine ne relit plus un énoncé en deuxième intention quand celui-ci est trop long (fatigabilité) ce qui occasionne des persévérations ou changements de désignation erronés. Karine est quand même dans la moyenne des enfants de CE2. La compréhension de consignes à l'oral est correcte mais encore soumise aux fluctuations attentionnelles de Karine.

2) Les axes de prise en charge

Karine étant en fin de prise en charge avec une évolution positive, au départ, mes axes de travail se sont concentrés principalement sur :

- La Visuoconstruction : travail sur la discrimination visuelle et la prise de repères pertinents dans la reproduction de figure en 2D pour organiser son action motrice ou grapho-motrice.
- Motricité manuelle : coordinations bimanuelles et déliement digital
- Le graphisme : travailler sur la vitesse d'écriture et le relâchement tonique.

- L'équilibre statique et dynamique : à travers des petits parcours ou des jeux dans la grande salle, l'objectif est de prendre conscience des informations proprioceptives et visuelles qui vont lui permettre de favoriser son équilibre.

3) La prise en charge

Karine vient en séance de psychomotricité le mercredi de 14h15 à 15h. La maman de Karine est une femme très occupée, elle travaille et doit gérer l'emploi du temps des activités extrascolaires et des prises en charge de ces deux enfants sur cette journée du mercredi. C'est pourquoi, elle est aidée par la grand-mère qui accompagne sa petite fille aux séances successives de psychomotricité et d'orthophonie. Les retours des séances le jour même sont donc rapportés à cette dame qui à son tour les retransmettaient à sa propre fille. Par ce souci de disponibilité, nous avons très vite convenu que nos entretiens se feraient par téléphone.

a. Les entretiens

Karine est suivie en psychomotricité depuis cinq ans. Bien que les difficultés fussent importantes au départ, elle arrive tout de même en fin de prise en charge avec le projet d'arrêter le suivi à la fin de l'année scolaire aux vues des énormes progrès de la jeune fille et de son entrée au collège. Intervenir à ce moment de la prise en charge m'a tout de même semblé intéressant afin de situer quelles étaient les attentes de la famille à ce stade du suivi et s'il restait encore des domaines à approfondir avec elle.

Dès notre premier entretien, la maman me rapporte qu'elle a eu la chance d'être très vite informée et soutenue par les professionnels pour comprendre ce qu'est la dyspraxie et les démarches à entreprendre pour venir en aide à sa fille. En effet, au départ, la maman dit elle-même qu'elle ne comprenait pas pourquoi sa fille n'arrivait pas à faire les choses, qu'elle la pensait fainéante et donc qu'elle avait tendance à beaucoup l'aider. C'est quand l'institutrice de Grande section de maternelle évoque la possibilité d'un trouble « dys » chez Karine que la maman prend conscience de l'ampleur des difficultés.

Petit à petit, la maman a mis en place, d'elle-même, des petites'' astuces'' pour aider sa fille au niveau de l'habillement (scratch aux chaussures, élastique pour les pantalons...). Plus tard, elle installera à la maison des logiciels d'aide pour le graphisme. Karine a su, elle aussi, trouver des stratégies pour essayer de faire un maximum de choses toute seule, d'acquérir un peu plus d'autonomie. Sa maman la décrit comme une petite fille motivée, persévérante, curieuse et en quête d'apprentissage.

Ce premier entretien me permet de constater que, malgré des prises en charges touchant presque à leur fin, il y a toujours des questionnements des familles autour de la compréhension ou autour des aménagements possibles avec ce trouble. Les questions de cette maman se dirigent maintenant vers la projection de l'accompagnement de sa fille au collège. Etant donné la lenteur d'écriture de Karine quel avenir l'attend face aux exigences du collège ? Faut-il mettre en place l'ordinateur ? Qui s'en occupe ? Comment peut-on obtenir des aides financières ? ...

Dans notre deuxième entretien, la maman me rapporte qu'en dépit d'une évolution favorable de sa fille dans tous les domaines, des difficultés persistent au niveau du laçage des chaussures, du maniement de petits objets (petites pièces d'un jeu, les boucles des harnais des chevaux, le boutonage...) et qu'elle a encore du mal à gérer plusieurs tâches en même temps. Quand Karine a beaucoup de choses à lire, sa maman l'aide avec un système de cache pour diminuer la densité des lettres à observer. Mais, l'objectif pour cette maman est que sa fille n'est plus à s'en servir l'année prochaine. La maman perçoit également que sa fille met en place des stratégies pour contourner ses difficultés par exemple, quand elle fait un jeu de société avec son petit frère, ils s'organisent pour qu'elle range les grosses pièces et lui les petites. Karine était décrite autrefois comme une petite fille très anxieuse qui se tétanisée devant des tâches motrices nouvelles, qu'elle ne parvenait pas à faire. Maintenant, elle est capable de demander de l'aide quand elle sent une situation compliquée.

Ce deuxième entretien m'a permis d'aborder la question de l'autonomie de Karine. Cette maman continue ses démarches d'aide auprès de sa fille, mais elle se retrouve face à la réalité du trouble qui est sa persistance dans le temps. La question pour nous en tant que professionnel est de savoir : comment est-ce qu'on peut travailler ensemble (parent-enfant-professionnel) pour trouver les aides ou les stratégies les plus appropriées pour aider cette jeune fille à acquérir une autonomie totale ? Cela m'amène à envisager la prise en charge de Karine dans l'optique de lui apporter un maximum de méthode de travail pour qu'elle ne se retrouve pas en difficultés le jour où elle entrera dans ce nouvel environnement. Des aides stratégiques qu'elle sera en mesure de s'approprier rapidement concernant la géométrie, le maniement du matériel scolaire.

Dans notre troisième entretien nous sommes revenus sur les progrès observés et l'accompagnement de Karine au collège. En géométrie, Karine a fait beaucoup de progrès, elle est plus motivée, plus organisée autant dans sa gestuelle que dans sa méthode de réalisation des figures et commence même à dire qu'elle aime ça. Cette maman me rapporte que toutes les prises en charges qui accompagnent sa fille l'aide énormément à se sentir mieux dans sa peau. L'année précédente, Karine a vécu une année plus fluctuante du fait d'une période pré-pubertaire difficile à gérer pour elle.

Concernant la persistance de certaines difficultés, la maman se demande s'il ne faudrait pas reconduire une demande d'AVS pour l'année prochaine et si elle ne le fait pas pour la sixième, est-ce qu'elle pourra le refaire plus tard ? Karine semble ne pas le souhaiter, de peur d'être stigmatisée dès son arrivée dans une nouvelle école. Toutefois, c'est un projet qui reste à discuter avec son enfant. Nous convenons ensemble avec la maman qu'il est important avec Karine de travailler sur la vitesse dans l'ensemble des activités autant de motricité fine (découpage, pliage), de graphisme que de motricité globale (course, saut...) afin qu'elle continue à progresser et qu'elle se sente confiante pour son entrée au collège. Concernant les démarches administratives, je propose à la maman qu'elle contacte directement la MDPH pour se renseigner des modalités d'acceptation pour une AVS au collège mais je la rassure en lui disant qu'il est tout à fait possible de recourir à une AVS en cinquième si on s'aperçoit que les difficultés la pénalisent trop dans ses acquisitions scolaires.

La maman a fait une demande de prise en charge en ergothérapie au CMP de la région mais elle est toujours en attente de réponse. Elle aurait voulu l'avis de professionnels concernant la l'apprentissage de l'ordinateur. Cette demande en CMP est pour elle majeur d'un point de vue financier. Toutefois, nous évoquons également la possibilité d'utiliser d'autres moyens comme les photocopies, les logiciels de géométrie (Géo-Tracé) ou l'aide de camarades de classe.

Ce troisième entretien a été l'occasion d'encourager cette maman dans ses démarches mais aussi de la rassurer sur les progrès importants que Karine réalise au fur et à mesure des séances. Elle acquiert rapidement les stratégies proposées et, d'après la maman, elle parvient parfaitement à les réutiliser en classe ou à la maison.

b. Le travail abordé en séance de psychomotricité

La Visuconstruction :

Les résultats du bilan d'évolution de Karine montraient un défaut de stratégie et de repérage des éléments importants d'une figure. Ce travail en visuoconstruction a été également motivé par la maman qui rapporte des difficultés en géométrie, évoquées par l'école, notamment dans l'utilisation des outils comme la règle, les ciseaux, l'équerre ou encore le compas. L'objectif de travail avec Karine était, en 1^{ier} lieu, de porter son attention sur la réflexion et la verbalisation, de procéder étape par étape pour élaborer une logique en se posant les bonnes questions : Comment et Par Où commencer ? Je choisis de tracer cette droite, de Quoi ai-je besoin ? Les stratégies proposées, ont permis à Karine d'appréhender ce travail différemment, d'analyser la figure en globalité, de bien utiliser le modèle avant de passer à la production. Au fil des séances, j'ai pu constater que Karine, étant une jeune fille très appliquée et à l'écoute des conseils qu'on pouvait lui apporter, s'appropriait bien les méthodes. Malgré une gestuelle encore maladroite (un coude et un poignet en

permanence levés, difficiles à relâcher), l'utilisation de la règle et de l'équerre est bonne, avec une main gauche efficace dans le maintien de celle-ci, ce qui lui permet un tracé plus précis.

Pour le découpage de formes, la prise des ciseaux est hésitante pour trouver où va le pouce et les autres doigts mais le découpage est précis et régulier. Cependant des signes de raideur dans l'écartement pouce/autres doigts, avec une faible amplitude l'oblige à multiplier les gestes et entraîne une lenteur excessive. J'ai donc guidé, petit à petit, Karine au niveau kinesthésique dans l'ouverture de cette prise pour l'inciter à rapprocher le croisement des deux lames et de ce fait pouvoir découper une plus grande partie en un seul mouvement.

On va retrouver dans plusieurs domaines avec Karine une hésitation permanente reflétant son manque de confiance en elle. C'est un des signes d'anxiété que l'on retrouve bien souvent chez les enfants TAC, la conséquence directe des difficultés liées aux troubles. La répétition des échecs et des difficultés agit négativement sur leur estime de soi et notamment sur la vision de leurs capacités, ce qui peut les freiner et les rendre hésitants, comme ici pour Karine.

Depuis le début de la prise en charge elle est consciente de ses difficultés et mobilise à chaque fois toute l'énergie qu'elle possède pour essayer de bien faire. Karine adopte rapidement les stratégies qu'on lui propose. Comme nous en avons convenu avec sa maman au téléphone, Karine a maintenant progressé dans pas mal de domaines, et même si des difficultés liées au trouble persistent, le plus important est qu'elle prenne confiance en elle et en ses capacités pour entreprendre des mouvements plus assurés et les accélérer. Ce travail a donc été induit dans les activités pratiques et de coordinations par exemple : écriture, découpage, la course, le saut, les enjambements... l'objectif étant d'essayer au maximum de diminuer l'écart avec le niveau de compétences attendu à son âge.

Motricité manuelle et déliement digital :

J'ai voulu travailler la motricité manuelle et le déliement digital de manière plus ludique à l'aide d'activités comme l'origami, la pâte à modeler et le jeu des signes. Ses difficultés de coordination bi-manuelles, de contrôle précision du geste fin ont été relevées dans le bilan mais aussi mises en évidence dans l'entretien avec la maman. Karine commence de plus en plus à apprécier les activités manuelles, elle en fait beaucoup à la maison, mais elle présente toujours des difficultés dans la manipulation de petits objets. Cette maladresse est également repérable en équitation lorsqu'elle doit attacher les boucles des harnais des chevaux.

L'activité d'origami a permis un travail de motricité fine et de coordination bi-manuelle qui s'est révélé délicat pour Karine. Ainsi les différents pliages ont mis en évidence une lenteur importante, une faible confiance en elle et beaucoup d'approximation. Outre l'aspect moteur, cela m'a permis

également de travailler la lecture des consignes, l'utilisation d'outils comme la règle, la représentation mentale et la planification, mais cela de manière plus implicite.

A travers les jeux de pâte à modeler, l'objectif était de manipuler, ajuster sa tonicité à la matière et travailler la dextérité des doigts. Au départ, je lui autoriser d'utiliser le regard dans sa création pour la rassurer et qu'elle puisse prendre conscience de ses capacités. Ensuite, nous réalisons nos modèles sous la table, en utilisant uniquement le sens tactilo-kinesthésique. A chaque réalisation, j'insistais auprès de Karine pour qu'elle perçoive les mouvements des doigts, l'ajustement de la pression qu'elle exerçait sur la matière.

Le jeu des signes, consiste pour chaque joueur à s'approprier un geste ou un signe effectué avec les doigts. Les joueurs doivent alors s'appeler par leur signe à tour de rôle en respectant un rythme. L'objectif de ce jeu était pour Karine de travailler la dextérité digitale et la vitesse de ses mouvements. Cette idée m'est venue après discussion avec la maman sur la lenteur de Karine dans ses activités. Les premières séances, Karine a eu beaucoup de difficultés à respecter le rythme et l'exactitude des gestes propre à chacun et cela avec une cadence déjà faible. Toutefois, au bout de la troisième séance, Karine commence à intégrer le rythme et peut lors se concentrer sur les gestes qu'elle réalise avec plus de facilité, cela alors même que nous changions de signe à chaque séance. Au fur et à mesure qu'elle progressait nous avons alors pu augmenter la cadence et le nombre de signes appartenant à chaque joueur. Karine a cette force en elle de vouloir progresser. Ce qui m'amène à penser qu'elle sera tout à fait capable de mettre des stratégies en place au collège pour s'en sortir, à peu près au même rythme que ses camarades. Pour cela, il est encore important de lui faire vivre un maximum d'expériences motrices et de lui apporter les méthodes qui lui correspondent.

Les parcours moteurs :

Le travail en motricité globale avait pour but de travailler l'équilibre et les coordinations et de s'éloigner un peu du bureau. Karine s'est montrée tout de suite réceptive. J'ai choisi de travailler la motricité globale avec Karine car telle qu'elle se présente, il est facile de voir que c'est une jeune fille qui ne bouge pas trop, parce qu'elle n'ose pas. La maman avait déjà mentionné que sa fille était timide et ne se donnait que rarement la possibilité d'aller vers des activités motrices, difficiles à maîtriser pour elle. Ce qui fait partie de la spirale complexe dans laquelle les enfants ayant des difficultés praxiques vont s'enfermer. Je lui ai donc proposé différents parcours moteurs dans lesquels était travaillé essentiellement l'équilibre et les sauts (cloche-pied, pieds joints). La consigne était de réaliser le parcours d'abord à vitesse normale, puis au ralenti et enfin en vitesse accélérée. L'objectif était d'attirer l'attention de l'enfant sur la sensation d'un mouvement, sur le choix de la main et du pied d'appui (accroupie, sur un pied...) et d'essayer de déterminer où est-ce qu'elle se

trouvait en difficulté dans le parcours ? Où est-ce qu'elle pouvait être plus à l'aise et pouvait gagner en vitesse ? Karine, comme dans les autres domaines travaillés, progresse rapidement. Pertinente, elle perçoit les endroits où elle est en difficulté et où elle doit s'entraîner (équilibre unipodal, saut pied-joint par exemple). La motricité globale est un axe de travail à continuer avec Karine pour lui permettre d'être plus à l'aise avec son corps et gagner en rapidité dans ses mouvements.

4) Compte rendu de fin de prise en charge

Karine était déjà à un stade bien avancé dans la prise en charge psychomotrice lorsque j'ai commencé à m'occuper d'elle. C'est une jeune fille très appliquée, motivée et malheureusement encore trop peu sûre d'elle malgré les énormes progrès qu'elle a déjà réalisés. Les échanges avec sa maman m'ont permis de m'apercevoir que même en fin de prise en charge des questions apparaissent par rapport aux aides et aux ajustements que l'on peut proposer à ces enfants.

DISCUSSION

Les trois rencontres et prises en charge que je viens d'exposer illustrent la démarche que j'ai voulu entreprendre à partir de ma problématique et de mes hypothèses de départ : *Quel accompagnement peut-on proposer aux familles ayant un enfant porteur d'un Trouble d'Acquisition de la Coordination ? Comment se servir des propos apportés par les parents dans notre prise en charge psychomotrice ? Quelle place peut-on leur accorder ? Et finalement, quels aménagements pouvons-nous leur apporter dans leur fonctionnement quotidien ?*

L'objectif initial de cette proposition d'échange était de permettre aux parents : d'exprimer leurs difficultés, leur questionnement, leurs doutes face à ce trouble auxquelles le psychomotricien pourrait essayer de répondre, en apportant son soutien et les outils dont il dispose pour aider l'enfant dans sa progression et à gagner en autonomie. J'avais imaginé une approche très précise afin de proposer un cadre d'écoute et d'échanges mutuels. Les entretiens devaient être planifiés toutes les 5 séances, avec l'intention d'aborder des thèmes précis à chaque rencontre. L'idée était donc d'approfondir la démarche d'accompagnement et de collaboration parents-psychomotricien dans le temps. Mais, pour des raisons matérielles et de disponibilité, je me suis aperçue que la réalité n'est, bien souvent, pas aussi organisée que ce que l'on aurait pu envisager.

Ma démarche a beau avoir été la même pour toutes ces familles, dans la pratique, cela est devenu bien différent, en fonction des questionnements de la famille, des sujets qu'ils souhaitaient aborder, de l'âge et des difficultés propres à l'enfant, du stade de la prise en charge et du stade de leur cheminement personnel..

Dès qu'on travaille auprès des familles, on se rend compte qu'elles ont beaucoup de choses à dire et même si on envisage des étapes définies, on se rend compte qu'il y a des choses qui apparaissent dans ces paroles, sur lesquelles nous allons rebondir pour avancer dans notre prise en charge et pour les aider dans leur propre parcours. Cet accompagnement comme nous avons pu le voir à travers ces 3 familles doit s'inscrire dans la durée. Car, il y a toujours des questions qui ressortent et cela à différents stades de la prise en charge, notamment au niveau de l'évolution de l'enfant au cours de la prise en charge, des exigences d'autonomie ou scolaires en fonction de l'âge qui supposent de penser continuellement les aménagements en fonction d'un contexte particulier, et les projections sur l'avenir.

Analyse des résultats : Les questions abordées par les familles lors de ces entretiens revenaient régulièrement sur leur difficulté de compréhension de ce trouble et sur les aides qu'elles pouvaient proposer à leur enfant. Toutefois, les échanges ont laissé place à d'autres questionnements plus distincts. Pour les parents de Baptiste, la difficulté était de faire la différence entre le comportement naturel de l'enfant et le comportement lié à ses difficultés motrices. Les questions de la maman de Karine s'orientaient davantage sur l'avenir scolaire de sa fille et la nécessité d'aide permanente pour les enfants dyspraxiques. Dans le cas de Laurine, la maman se questionnait beaucoup sur les difficultés comportementales de sa fille et les répercussions néfastes de celui-ci sur l'atmosphère familial.

Ce qu'il faut en retenir, c'est que la diversité du trouble fait que chaque situation sera différente. De manière plus générale, bien que ces enfants aient vécu un passé différent de prises en charges, des questions se renouvellent dans le temps. Il apparaît donc nécessaire de prolonger le travail d'écoute et de collaboration tout au long du parcours.

En tant que future professionnelle, cette démarche m'a permis de rebondir sur les propos des parents, dans le but, premièrement, d'essayer de mettre en place et de proposer un projet thérapeutique individuel, cohérent avec les besoins de l'enfant et avec les attentes familiales, sociales et scolaires. Deuxièmement, échanger sur les progrès de l'enfant, sur ses difficultés rencontrées en séance de psychomotricité et dans sa vie de tous les jours m'a permis de voir si les domaines travaillés se généralisaient à la vie quotidienne et d'orienter régulièrement les objectifs de la prise en charge en fonction des activités motrices affectées dans le quotidien de l'enfant. C'est la raison pour laquelle, je me suis efforcée de proposer parfois des situations de jeux qui se rapprochaient du contexte réel dans lequel apparaissaient les difficultés de l'enfant afin d'approfondir et de cibler sur les difficultés psychomotrices. Il a donc fallu jongler en permanence entre les éléments fondamentaux observés en séance et à travers les bilans, et les éléments écologiques qui ressortaient des entretiens avec les parents. Troisièmement, ces échanges m'ont amené à mettre des choses en place durant la séance, et à envisager avec les parents, les différentes pistes possibles pour l'enfant. Ces entretiens apparaissent, aussi, comme un temps de revalorisation des parents dans leur rôle éducatif, et de revalorisation des capacités réelles de l'enfant au regard de ceux-ci. La prise en considération des propos des parents dans notre prise en charge va favoriser d'autant plus leur implication dans la mise en place de stratégies facilitatrices au quotidien.

La dernière étape de la démarche d'accompagnement proposée a consisté à remettre aux parents un questionnaire (annexe 2) qui ciblait différents points : leur perception de la psychomotricité, leur compréhension des difficultés et du fonctionnement de leur enfant et enfin l'intérêt qu'ils ont perçu à ces échanges. Toutes ces familles rapportent que, dès le départ, la prise en charge psychomotrice leur a apporté un soulagement et une véritable aide face aux difficultés de leur enfant. La psychomotricité a été la première étape vers la compréhension des difficultés pratiques de l'enfant. La mise en place de ces échanges a ensuite permis de mieux comprendre ce qui était fait et travaillé pendant les séances, de mieux connaître les objectifs, et l'intérêt des exercices. Mais aussi, de mieux comprendre le fonctionnement de l'enfant, de revoir leur niveau d'exigence envers celui-ci et de mettre en place des petites stratégies d'aide au quotidien. Pour finir, les parents avouent qu'émotionnellement toutes les prises en charge, les divers rendez-vous, sont parfois compliqués à gérer ; alors pouvoir prendre le temps à certains moments, de faire le point sur les séances et sur les progrès de l'enfant semble d'une grande importance, pour accepter, comprendre, et intégrer les données de ce diagnostic.

Proposer un questionnaire en fin d'étude me paraît être une dernière étape importante. Elle permet, en effet, de lever toute ambiguïté, sur ce que l'on apporte en entretien aux parents, de situer leur degré de satisfaction par rapport aux attentes et à ce qui peut leur être proposé. Leur retour m'a permis de prendre conscience que malgré ma récente expérience dans le domaine de la psychomotricité, il y a des choses qui les ont tout de même aidés, guidés et peut-être même rassurés. Finalement, proposer un temps de disponibilité et un lieu d'écoute permet de déposer ses préoccupations, d'éclaircir les questionnements, de comprendre peut-être plus rapidement les difficultés rencontrées face à ce trouble et l'intérêt de notre travail.

Sur le plan théorique, cette démarche d'accompagnement semble essentiel pour d'autres troubles (l'autisme, la trisomie, le TDA/H, la déficience visuelle...). Cette étude tente de montrer, tout son intérêt auprès des familles ayant un enfant TAC pour qui le parcours et le cheminement psychologique (reconnaissance et acceptation du « handicap ») est tout aussi long et douloureux lorsqu'elles ne sont pas rapidement entourées.

Un modèle d'accompagnement des parents ayant un enfant TAC est-il généralisable à tous les lieux d'exercice de la psychomotricité ?

En libéral, nous avons pu voir la complexité de réunir les différents intervenants agissant auprès de l'enfant (professionnels de soin, parents, enseignants). Ce n'est pas irréalisable. Mais, c'est toutefois, plus difficile d'arriver à communiquer et à échanger régulièrement sur les difficultés

rencontrées avec l'enfant afin d'associer les différentes informations de chaque intervenant. De proposer une vision plus globale des mécanismes de l'enfant pour répondre au questionnement des familles.

Recevoir les familles dans le but de les accompagner dans la compréhension des difficultés qui affectent leur enfant suppose la nécessité de coordonner les différentes observations des professionnels qui prennent en charge l'enfant. Chaque professionnel pourrait être amené à le faire. La complexité réside dans le fait que chacun pourrait être amené à apporter sa propre vision des faits en fonction de ses observations. Le psychomotricien peut avoir un rôle important du fait que le TAC soit un trouble psychomoteur. Toutefois, ce dernier ne doit pas négliger l'importance de d'ajuster la communication avec la famille en ayant connaissance des différentes actions menées, leur cohérence et leur spécificité. Ceci permettrait de déterminer le rôle de chacun dans l'accompagnement de la famille et de l'enfant.

Le libéral est un lieu d'exercices où on est en contact direct avec les familles. Toutefois, pour pouvoir mener concrètement ce projet à bien, il faudrait amener les parents à comprendre que cette démarche, tout aussi porteuse que la prise en charge psychomotrice de l'enfant, demanderait un investissement temporel et financier de la part des professionnels et d'eux-mêmes. Ce qui est d'autant plus difficile en libéral lorsque l'on connaît l'investissement financier que cela représente déjà pour les familles.

Concernant la question des lieux où les parents pourraient échanger avec des professionnels, ou des personnes qui ont vécues les mêmes expériences, il me semble qu'un lieu spécialisé qui réunirait toutes les compétences professionnelles pouvant intervenir dans ce type de trouble serait une des solutions les plus adaptées ; avec l'idée que deux intervenants ayant des compétences différentes mais complémentaires puissent interagir avec les familles.

Il est un dernier point qu'il me semble intéressant d'aborder dans cette discussion concernant le repérage des troubles. *Quelles modifications la comparaison avec la fratrie ou avec les pairs va-t-elle entraîner sur la perception des troubles ? Sur la représentation et les acceptations éducatives ?*

Les parents que j'ai rencontrés étaient tout à fait capables de percevoir, de nommer, de situer les difficultés de leur enfant et de retracer leur moment d'apparition au cours de l'anamnèse. Dans cette étude, les trois familles repèrent, toutes, des signes précoces ; soit dans le développement de la petite enfance, soit par comparaison avec la fratrie, soit au moment des premiers apprentissages (en maternelle). C'est-à-dire avant que l'on puisse poser un diagnostic. Mais, c'est réellement la

confrontation avec les exigences extérieures (scolaires ou sociales), ou par le regard d'une tierce personne, que les parents vont prendre conscience que le développement de leur enfant ne correspond pas forcément à celui des enfants du même âge et qu'ils vont revenir sur leurs observations de dépassements. L'expérience menée dans le cadre de ce mémoire semble montrer que la famille a besoin d'avoir un interlocuteur pour parler de ses observations, de les rattacher à d'autres connaissances, de parler aussi de leur hésitation et de leur culpabilité à posteriori à ne pas avoir pu voir, ou faire des choses pour leur enfant à un moment plus précoce. Comment prendre en compte certains signes précoces ? Comment identifier leur nature ? Et quelle démarche peut construire les professionnels ? Même si on ne peut pas poser le diagnostic avant un certain âge parce que le développement de l'enfant est encore instable, il y a déjà des questions ; des éléments qui posent des interrogations aux familles, aux enseignants et aux professionnels qui évaluent l'enfant sans réellement pouvoir affirmer quoi que ce soit.

Il me semblerait intéressant d'approfondir les études sur le repérage des signes précoces (ou signes d'appel) qui permettrait de prévenir les troubles praxiques. Afin de mettre à la disposition des professionnels de la petite enfance, les éléments cliniques les plus fréquemment retrouvés dans l'histoire et le parcours de l'enfant pouvant ainsi permettre de suspecter un trouble de la coordination.

CONCLUSION

A travers ce mémoire, l'idée était de proposer des outils afin de comprendre et d'agir dans le quotidien de ces enfants TAC et de leur famille. L'objectif était d'apporter un point de vue psychomoteur sur les différentes étapes et les multiples aspects de l'accompagnement qu'il peut être proposé pour venir en aide aux parents, bien souvent démunis face à la complexité de ce trouble.

Dans ma démarche d'accompagnement, j'ai essayé de mettre en lien les données théoriques, basées sur les études de ce trouble, les répercussions familiales et environnementales et le champ d'action et d'intervention du psychomotricien ; avec les données issues de la pratique, de mon expérience vécue, tissée au fil des semaines, faites de recherches et d'ajustements pour tenter de suivre le cheminement particulier de chacun des enfants et de leur famille. Une expérience sans doute compliquée quand on débute dans le monde professionnel, mais qui vaut vraiment la peine d'être vécue. Ce projet m'a permis de me rendre compte que le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement de ces familles à tout à fait son sens et son importance. Mais, j'ajouterai à cela la nécessité de collaborer avec les différents professionnels dans cette démarche afin d'apporter une vision globale de la situation de l'enfant et des aménagements réalisables pour celui-ci.

Nous ne sommes pas sans ignorer qu'il appartient ensuite à chaque parent de choisir, parmi les propositions évoquées, celles qu'ils leur conviennent le mieux. Cela renvoie également à la complexité d'être parent d'un enfant ayant des difficultés praxiques. « C'est un réel apprentissage vers une nouvelle manière de faire, qui se construit en parallèle à celle de l'enfant TAC dont le souci permanent est de savoir comment s'adapter ? » (Breton et Leger). Les parents se retrouvent confrontés à la nécessité de faire le choix d'une éducation différente avec des adaptations particulières face aux difficultés de leur enfant (autonomie, choix d'activités, tolérance personnelles sur les difficultés que présentent l'enfant...) en même temps que celui-ci adopte un chemin différent de ses pairs dans son développement, dans la confrontation à ses limites, et la démarche qu'il tente de faire pour les dépasser....

BIBLIOGRAPHIE

J.M **ALBARET** : « Troubles psychomoteurs chez l'enfant ». *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), 2001.*

J.M **ALBARET** : « Trouble de l'Acquisition de la Coordination et dyspraxie de développement. Évolution des terminologies et de la démarche diagnostique ». *Évolutions psychomotrices, Vol.17 - N° 70 – 2005.*

J.M. **ALBARET** : « Le trouble de l'acquisition de la coordination » ; Cours de deuxième année de psychomotricité. *Toulouse, 2009.*

S. **BRETON** et F. **LEGER**: « Mon cerveau ne m'écoute pas : comprendre et aider l'enfant dyspraxique », *Ed. du CHU Sainte-Justine, 2007.*

P. de **CASTELNAU** et C.**CHIGNAC** : « Conseils d'aménagements scolaires pour les enfants présentant un Trouble d'Acquisition de la Coordination ou une dyspraxie »

P. **DAVIAUD** et Al. : « Parents et professionnels », *Revue Enfances & Psy 1/2003 (n°21), p. 5-7.*

Reint H. **GEUZE** : « Le TAC, évaluation et rééducation de la maladresse chez l'enfant » 2005

M. **MAZEAU** et C. Le **LOSTEC** : « L'enfant dyspraxique et les apprentissages, Coordonner les actions thérapeutiques et scolaires », *Masson, Paris*

C. **MISSIUNA**, and Coll. : « Les enfants présentant un trouble de l'acquisition de la coordination : Stratégies pour mieux réussir à la maison et en classe », 2003; *CanChild, Centre for Childhood Disability Research*

C. **MISSIUNA**, and Coll. : “Parental questions about developmental coordination disorder : a synopsis of a current evidence”. *Paediatric child health, vol 11 n°8 october 2006.*

C. **MISSIUNA**, and Coll : “Mysteries and mazes: Parents experiences of children with developmental coordination disorder”. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 73(1), 7–17, 2006.*

Jugnoo S. **RAHI** and Coll : Meeting the Needs of Parents Around the Time of Diagnosis of Disability Among Their Children: Evaluation of a Novel Program for Information, Support, and Liaison by Key Workers. *Pediatrics*, Vol. 114 No. 4 October 2004

J.C. **TERRASSIER**: « Guide pratique de l'enfant surdoué », *Paris ESF*, 1998.

Mémoires :

ALVES-LOPES : « réflexion autour des perceptions du rôle de psychomotricien », Mémoire 1997/1998

J. BRAGUY : « Réflexion sur la place et le rôle des parents dans la prise en charge d'enfants porteurs d'un trouble d'acquisition de la coordination », Mémoire 2009/2010.

M.FORAY et C.BOURDENET : « Utilisation de la méthode CO-OP avec un groupe d'enfants porteurs d'un Trouble de l'Acquisition de la Coordination », Mémoire 2008/2009.

Sites internet:

Association « Dyspraxique mais fantastique » : www.dyspraxie.info/

<http://www.canchild.ca>

ANNEXE 1

Présentation des différentes approches thérapeutiques de l'enfant TAC

A/ Approche thérapeutique orientées sur le déficit :

L'objectif principal de cette approche est de réduire le déficit chez les TAC. Cela suppose que les difficultés motrices des enfants résultent d'un défaut de la perception ou de l'intégration sensorielle. Le but de la prise en charge est donc de restaurer la fonction concernée en se concentrant sur la fonction et la structure organique déficiente. Dans cette catégorie, nous allons retrouver 3 types de prise en charge :

1) La thérapie d'intégration sensorielle (Ayres, 1972) :

L'hypothèse initiale est que les difficultés d'apprentissages moteurs et scolaires des enfants TAC sont dues à une mauvaise interprétation des informations sensorielles provenant du corps et de l'environnement.

Cette méthode consiste à utiliser des activités qui apportent, progressivement, des stimulations vestibulaires, proprioceptives et tactiles afin de déclencher des réponses motrices adaptées, par exemple : plans inclinés des planches d'équilibre...

2) Les traitements orientés sur le processus (Laszlo et Bairstow, 1981) :

Pour ces chercheurs, la kinesthésie (perception du corps en mouvement) est essentielle à l'acquisition d'habiletés motrices et à la performance motrice (contrôle de la posture, détection des erreurs, mémorisation des mouvements). Chez les enfants TAC, la sensibilité kinesthésique serait amoindrie. La prise en charge consiste dans un premier temps à stimuler la proprioception : discrimination de position de bras avec et sans feedback, par exemple, dans un deuxième temps améliorer l'orientation spatiale comme repositionner des objets dans l'espace.

3) Les approches sensori-motrices ou entraînement perceptivo-moteur :

Cette technique suppose une relation causale entre le comportement moteur et les processus perceptifs sous jacents. L'objectif est alors d'exposer l'enfant à un large panel d'exercices sensoriels et moteurs, afin d'améliorer l'exécution motrice. Cette méthode vise l'entraînement de la discrimination visuelle, des capacités visuo-motrices, de la perception visuo-spatiale ou encore de la mémoire visuelle en pratiquant spécifiquement des activités, en entraînant les habiletés sensorimotrices déficitaires, en espérant aboutir à une éventuelle généralisation.

B/ Approches orientées sur la performance :

Approches plus récentes dont le but est de favoriser l'activité et la participation des enfants au sein de diverses activités où l'interaction entre l'enfant, l'environnement et l'activité est constante. L'apprentissage conduit à des changements relativement stables dans l'exécution motrice. Il est alors essentiel de savoir ce que l'on veut apprendre à un enfant et comment nous allons le faire. L'activité proposée est décomposée en petites étapes plus simples, puis regroupées pour la réalisation de la tâche.

1) L'intervention spécifique à la tâche (Revie et Larkin, 1993) :

Les tâches apprises correspondent à des habiletés de bases permettant par la suite à l'enfant d'accéder à un répertoire plus large d'activités motrices. C'est un travail direct sur l'activité motrice à promouvoir et non sur les processus sous-jacents.

Deux approches axées sur la tâche peuvent être retenues. Tout d'abord, l'intervention spécifique à la tâche (IST) où il s'agit de décomposer une tâche cible en sous tâches plus élémentaires. Par exemple, shooter dans un ballon, lancer une balle sur une cible... L'apport de feed-backs, de démonstrations et de manipulations aide l'enfant à adopter des stratégies de résolutions efficaces. Puis l'entraînement neuro-moteur à la tâche (ENT), le thérapeute doit analyser au préalable l'exécution de l'habileté envisagée afin de déterminer les processus de contrôle moteur déficients chez l'enfant. Ces processus sont ensuite spécifiquement sollicités dans l'apprentissage d'une habileté.

2) Les approches cognitives :

La connaissance et la compréhension de l'enfant sur la situation d'apprentissage affectent ses compétences motrices et inversement. Il s'agit d'une analyse cognitive de la situation, c'est en quelque sorte une technique de résolution de problèmes. L'enfant est ainsi guidé dans l'analyse du problème pour qu'il puisse envisager un plan d'action, qui pourra être remanié suite à l'évaluation du résultat.

La méthode CO-OP (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance) est une approche cognitive. Elle diffère des autres méthodes orientées sur la performance sur deux points principaux : c'est l'enfant qui choisit l'habileté à travailler et non pas le thérapeute qui impose, ensuite au lieu d'apprendre directement une habileté ou de fournir des modifications et des stratégies, l'enfant est seulement guidé par le thérapeute.

Les bases théoriques de cette méthode reposent sur le programme d'auto-instruction verbale de Meichenbaum (1977). Ce dernier identifie 5 stades qui amènent progressivement à réaliser une tâche de manière autonome :

- Le modelage cognitif : le thérapeute explique les différentes étapes, en utilisant un vocabulaire adapté à l'enfant, pendant qu'il exécute le mouvement.
- La guidance ouverte : le thérapeute guide verbalement les mouvements de l'enfant
- L'auto instruction ouverte : l'enfant verbalise les étapes en même temps qu'il exécute.
- L'auto instruction ouverte à voix basse
- L'intériorisation.

Cette approche a spécialement été pensée pour subvenir aux besoins des TAC.

Avant de mettre l'accent sur l'apprentissage d'habiletés, c'est l'utilisation de stratégies cognitives qui est visée.

Peu d'études prouvent l'efficacité de ces approches cognitives pour le traitement du TAC.

Cependant, les quelques unes effectuées amènent à des résultats encourageants. La méthode CO-OP étant la plus prometteuse.

ANNEXE 2

Lettre et questionnaire à l'attention des parents

Bonjour,

Permettez-moi de vous adresser ce questionnaire concernant le travail sur les "échanges parents-psychomotricien" que j'ai tenté de mettre en place cette année avec votre aide.

L'intérêt pour moi est de savoir ce que cela vous a apporté, si c'est une expérience intéressante et peut-être enrichissante pour vous qui pourrait se poursuivre ultérieurement dans notre métier.

Je vous remercie encore du temps que vous m'avez accordé pour cette étude, j'espère qu'en retour, cette initiative vous aura permis de mieux comprendre notre métier et d'apporter des réponses à vos interrogations.

Bien sincèrement,

Cécile Maillot

Questionnaire à l'attention des Parents
Concernant les échanges qui entourent la prise en charge psychomotrice

1. Lors de notre 1^{er} entretien (parent-professionnel) que représentait pour vous la prise en charge psychomotrice ?

.....
.....

Que représente-t-elle actuellement ?

.....
.....

2. Les échanges mis en place en dehors de la présence de votre enfant :

- Vous ont-ils permis de mieux cerner le fonctionnement de votre enfant ?

. Au niveau de son comportement.....

. Au niveau des stratégies mises en place par votre enfant (sa manière de s'ajuster/contourner à ses difficultés)

.....
.....

- Vous ont-ils permis de mieux comprendre les difficultés que vous aviez perçues chez votre enfant ?

. Au niveau de l'habillement.....

. Au niveau de la toilette.....

. Au niveau du maniement de certains outils (stylos, règles, fourchette, cuillère)

.....

. Au niveau de sa lenteur.....

. Au niveau de l'énergie que requiert une activité motrice (l'écriture par exemple)

.....

- Y a-t-il des points, des domaines qui sont encore difficile à comprendre et que vous souhaiteriez approfondir ?

.....
.....

3. Le travail mis en place auprès de votre enfant en séance de psychomotricité vous semble-t-il en adéquation avec ses difficultés dans la vie quotidienne ?

- A la maison :
- A l'école :
- Dans ses activités personnelles (sportives, de loisirs) :
.....

**4. Les échanges proposés vous ont-ils permis en tant que Parents de mettre en place des stratégies complémentaires pour aider votre enfant dans sa progression ?
Si oui, lesquelles ?**

.....
.....
.....

5. Quels progrès avez-vous constaté ?

- A l'école :
- Au niveau des devoirs :
- A la maison :
- Dans son comportement :

6. Que pensez-vous de cet échange et de la collaboration entre la famille et les professionnels au cours de la prise en charge psychomotrice de votre enfant ?

.....
.....
.....

7. A votre avis, quels sont les points qui sont à compléter voire à améliorer dans ce travail d'accompagnement de la famille ?

.....
.....
.....

Résumé

Le trouble d'acquisition de la coordination est un trouble hétérogène entraînant des difficultés motrices qui interfèrent significativement l'accès à l'autonomie de ces enfants. Ce trouble va avoir des répercussions dans la vie quotidienne, familiale et scolaire. Découvrir que son enfant a un trouble n'est pas une étape évidente pour des parents. D'autant que le chemin vers sa compréhension et son acceptation est souvent long et complexe pour ces familles qui ne savent généralement pas à qui s'adresser. Ce mémoire tente de proposer une démarche d'accompagnement des familles ayant un enfant présentant un TAC. L'idée étant d'informer les parents, de les inciter à collaborer avec le psychomotricien pour qu'ensemble ils puissent trouver des pistes de travail, des aménagements adaptés et les réponses à leur questionnements mutuels.

Mots clés : Trouble d'acquisition de la coordination, accompagnement des familles, aménagements scolaires, collaboration, échanges, rôle du psychomotricien.

Summary

The Developmental Coordination Disorder (DCD) is a heterogeneous disorder causing motor difficulties, which interfere significantly with access to children's autonomy. This disorder will cause repercussions in everyday's life, family or scholarship. Discovering that a child has a disorder is not an easy step for its parents. Including the fact that the path to its understanding and acceptance is most of the time a long and complex process for the families who don't know who to ask help for. This report tries to give leads to families having a child with DCD. The idea between it is to inform parents, make them collaborate with a psychomotility therapist in order to find with him work leads, suitable adaptations and answers to their mutual questions.

Key words: Developmental Coordination Disorder, family caring, scholar workaround, collaboration, exchanges, role of the psychomotility therapist.