



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale  
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

**UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1**

**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION**

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Jacques LUAUTÉ

Utilisation de la méthode CO-OP comme outil thérapeutique dans la prise en soin psychomotrice d'un enfant présentant un trouble développemental de la coordination

**Mémoire présenté pour l'obtention**

**du Diplôme d'État de Psychomotricien**

**Par : Emilie BRUNEL**

Mai 2024 (Session 1)

N° 1821

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

**UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1**

**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION**

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Jacques LUAUTÉ

Utilisation de la méthode CO-OP comme outil thérapeutique dans la prise en soin psychomotrice d'un enfant présentant un trouble développemental de la coordination

**Mémoire présenté pour l'obtention  
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

**Par : Emilie BRUNEL**

Mai 2024 (Session 1)

N° 1821

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

# Université Claude Bernard Lyon 1

Président  
**Pr. Frédéric FLEURY**

Président du Conseil Académique  
**Pr. Hamda BEN HADID**

Vice-président CA  
**Pr. Philippe CHEVALIER**

## Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est  
Doyen **Pr. Gilles RODE**

U.F.R. de Médecine et de Maïeutique –  
Lyon Sud Charles Mérieux  
Doyen **Pr. Philippe PAPAREL**

Comité de Coordination des études  
médicales (CCEM)  
Présidente **Pr. Carole BURILLON**

## Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. Biosciences  
Directrice **Mme Kathrin GIESELER**

UFR Faculté des sciences  
Directrice **Mme Sylvie VIGUIER**

Département de Génie électrique et des  
procédés  
Directrice **Mme Sophie CAVASSILA**

Département Informatique  
Directrice **Mme Saida BOUAKAZ  
BRONDEL**

Département Mécanique  
Directeur **Mr Marc BUFFAT**

POLYTECH LYON  
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

Vice-président relations hospitalo-  
universitaires  
**Pr. Jean-François MORNEX**

Vice-président Santé  
**Pr. Jérôme HONNORAT**

Directeur Général des Services  
**M. Pierre ROLLAND**

U.F.R. d'Odontologie  
Directeur **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

Institut des Sciences Pharmaceutiques  
et Biologiques  
Directeur **Pr. Claude DUSSART**

Institut des Sciences et Techniques de la  
Réadaptation (ISTR)  
Directeur **Pr. Jacques LUAUTE**

U.F.R. de Sciences et Techniques des  
Activités Physiques et Sportives  
(S.T.A.P.S.)  
Directeur **Mr Guillaume BODET**

Institut Universitaire de Technologie Lyon 1  
(IUT)  
Directeur **Mr Michel MASSENZIO**

Institut des Sciences Financières et  
d'Assurance (I.S.F.A.)  
Directeur **Mr Christian ROBERT**

Observatoire de Lyon  
Directeur **Mr Bruno GUIDERDONI**

Institut National Supérieur du Professorat  
et de l'éducation (INSPé)  
Directeur **Mr Pierre CHAREYRON**

# INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

## DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département  
**Mme Tiphaine VONSENSEY**  
*Psychomotricienne, cadre de santé*

Coordinateurs pédagogiques

**M. Bastien MORIN**  
*Psychomotricien*

**M. Raphaël VONSENSEY**  
*Psychomotricien*

**Mme Aurore JUILLARD**  
*Psychomotricienne*

Coordinatrices des stages

**Mme Marion MOUNIB**  
*Psychomotricienne*

**Mme Charlène DUNOD**  
*Psychomotricienne*

Gestion de scolarité  
**Mme Elodie ROYER**

Coordinatrice Recherche

**Mme Jeanne-Laure EECKHOUT**  
*Psychomotricienne*

# LEXIQUE

ADE : Analyse dynamique de l'exécution

AESH : Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap

ASH : Agent de Services Hospitaliers

BHK : échelle d'évaluation rapide de l'écriture chez l'enfant

CE1 : Cours Élémentaire 1ère année

CE2 : Cours Élémentaire 2e année

Cholestase gravidique : maladie grave du foie chez la femme enceinte. Elle se déclenche dans moins de 3% des cas et apparaît en général pendant le septième mois de grossesse. Elle est provoquée par une rétention de la bile au niveau hépatique et une accumulation de sels biliaires dans le sang. Elle se traduit par d'intenses démangeaisons au niveau des paumes des mains et des pieds, du torse et potentiellement de l'ensemble du corps. Le blanc des yeux, la peau et les urines peuvent aussi jaunir. La femme enceinte malade doit consulter un médecin en urgence car les sels biliaires peuvent être toxiques pour le fœtus (prématurité ou mort in utero). Déclencher l'accouchement prématurément est alors primordial afin de préserver le fœtus.

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies 10e révision

CMP : Centre Médico-Psychologique

CO-OP : *Cognitive Orientation for daily Occupational Performance*, ou CO-OP - Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

DSM-5 : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) 5e édition

DSM-5-TR : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) 5e édition Texte révisé

ECQE : Échelle de cotation de la qualité de l'exécution

HAS : Haute Autorité de Santé

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MABC-2 : *Movement Assessment Battery for Children-2* ou Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant-2

MCRO : Mesure canadienne du rendement occupationnel

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

NP-MOT : Batterie d'évaluations des fonctions neuro-psychomotrices de l'enfant

NS : Note standard

NTT : *Neuromotor Task Training*, ou entraînement neuromoteur à la tâche

PACS : *Pediatric Activity Card Sort*

TAC : Trouble de l'Acquisition de la Coordination

TDAH : Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité

TDC : Trouble Développementale de la Coordination

TND : Troubles Neurodéveloppementaux ou Troubles du Neurodéveloppement

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

# SOMMAIRE

<b>LEXIQUE</b> .....	
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>PARTIE THÉORIQUE</b> .....	
1. Le trouble développemental de la coordination (TDC).....	2
1.1. Historique et évolution de la nomenclature .....	2
1.2. Définitions et critères diagnostiques .....	3
1.3. Étiologie.....	5
1.4. Impact ou conséquence sur les différents domaines de la vie .....	7
1.5. La psychomotricité dans l'accompagnement du TDC .....	9
2. La méthode CO-OP .....	12
2.1. Généralités .....	12
2.2. Objectifs et caractéristiques clefs de la méthode .....	13
2.3. Buts choisis par le patient.....	14
2.4. L'Analyse dynamique de l'exécution .....	14
2.5. L'utilisation de stratégies cognitives.....	15
2.5.1 La stratégie globale .....	15
2.5.2 Les stratégies spécifiques .....	16
2.6. La découverte guidée .....	17
2.7. Les principes facilitants.....	18
2.8. L'engagement des parents, de l'entourage .....	18
2.9. Le format d'« intervention » .....	18
<b>PARTIE CLINIQUE</b> .....	
1. Contexte de la clinique .....	19
1.1. Les missions du CMP .....	19
1.2. L'équipe et les locaux .....	20
2. Présentation d'Homère, 8 ans et présentant un TDC .....	20
2.1. Anamnèse .....	20
2.2. Première rencontre .....	25
2.3. Bilan psychomoteur puis diagnostic du trouble développemental de la coordination (TDC) .....	27
2.4. Ma place dans la prise en charge psychomotrice d'Homère .....	30
3. Utilisation et application de la méthode CO-OP dans la prise en charge psychomotrice d'Homère .....	31
3.1. Entretiens et définition du projet thérapeutique .....	32

3.2. Travail de trois habiletés motrices avec la CO-OP en séances de psychomotricité.....	35
3.2.1 Tracer un trait avec une règle (trait horizontal et trait vertical).....	37
3.2.2 Couper un aliment avec un couteau et une fourchette.....	39
3.2.3 Shooter dans un ballon en visant une cible immobile (plot) ou mobile (coéquipier) .....	42
3.3. Constat, fin et continuation du travail en psychomotricité avec la méthode CO-OP.....	44
<b>PARTIE THÉORICO-CLINIQUE.....</b>	
1. Le psychomotricien, le dialogue et l'accordage toniques : supports de découverte, d'expérimentation et d'acquisition du geste efficace .....	47
2. Le jeu, principe facilitant de la CO-OP et vecteur d'expérimentation et d'acquisition motrices.....	49
3. La CO-OP : de l'acquisition du geste à une meilleure estime de soi.....	50
4. L'acquisition du geste « technique » en conditions écologiques, facteur d'intégration de l'enfant parmi ses pairs .....	51
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	
<b>TABLE DES ANNEXES .....</b>	

# INTRODUCTION

J'ai découvert la méthode CO-OP (Cognitive Orientation for daily Occupational Performance), et son utilisation en psychomotricité dans la prise en charge des enfants présentant un trouble développemental de la coordination (TDC), au fil d'une conversation avec l'une de mes maîtres de stage. J'ai tout de suite été intriguée par la forme inhabituelle (protocolaire) de cette médiation et par la recommandation de son utilisation dans la clinique du TDC. Très intéressée, j'ai choisi d'en faire mon sujet de mémoire et d'utiliser la CO-OP comme outil dans la prise en soin de mon patient Homère, un petit garçon ayant un TDC que je voyais en Centre Médico-Psychologique. Ainsi, j'ai été amenée à me poser la question suivante :

En quoi la méthode CO-OP est-elle un outil thérapeutique intéressant pour le soin psychomoteur d'un enfant présentant un trouble développemental de la coordination ?

Afin de répondre à cette question, j'exposerai dans un premier temps les concepts théoriques liés au TDC et à la méthode CO-OP. Je présenterai dans une deuxième partie mon patient Homère, et mon utilisation de la CO-OP comme médiation dans sa prise en charge en psychomotricité. Enfin, en alliant théorie et expérience clinique, j'évoquerai en quoi, selon moi, la méthode CO-OP est un outil thérapeutique intéressant pour le soin psychomoteur d'un enfant ayant un TDC.

Le lecteur remarquera que ce mémoire se base sur l'un de mes stages prenant place en 2022-2023. En effet, il s'agit ici de la continuation et de l'aboutissement d'un travail commencé à cette période. Traiter de mon utilisation de la CO-OP en psychomotricité avec Homère me tenait beaucoup à cœur et je tenais à mener à bien ce projet. L'écriture de ce mémoire a été pour moi une véritable odyssee. Ainsi, j'ai décidé d'anonymiser mon jeune patient sous le prénom Homère en clin d'œil à la célèbre Odyssee et à son personnage rusé.

# **PARTIE THÉORIQUE**

Afin d'assurer la bonne compréhension du lecteur, voici en première partie l'exposé de certains concepts clefs de mon écrit.

## **1. Le trouble développemental de la coordination (TDC)**

### **1.1. Historique et évolution de la nomenclature**

Le terme de « trouble développemental de la coordination (TDC) », classifié comme l'un des troubles moteurs appartenant à la grande famille des troubles neurodéveloppementaux (ou troubles du neurodéveloppement) (TND), n'est apparu en France qu'en 2015 dans le DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>e</sup> édition) (Crocq & Guelfi, 2015). Avant cela et au fil du temps, ce trouble de la maladresse pathologique a porté bien d'autres noms dont par exemple : « débilité motrice » (début du XX<sup>e</sup> siècle), « maladresse, enfant maladroit », « dyspraxie de développement » (années 1950) et « agnosie et apraxie développementales ». Puis, « retard spécifique de la motricité » (CIM-9 en 1979) ou encore « dysfonctionnement perceptivo-moteur, moteur ». En 1987 apparaît l'appellation « trouble de l'acquisition de la coordination (TAC) » dans le DSM-III-R (terme qui perdurera jusque dans le DSM-IV-TR en 2000). Le « Trouble spécifique du développement moteur » fait en parallèle son apparition dans la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies 10<sup>e</sup> révision) en 1992 (Inserm, 2019, p. 5). Parallèlement au terme consensuel « trouble développemental de la coordination (TDC) » classifié dans le DSM-5-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5<sup>e</sup> édition Texte révisé) et qui fait référence, l'expression « dyspraxie » ou « dyspraxie de développement » est encore largement utilisée en France par les professionnels de la santé et dans la population générale (Inserm, 2019, p. 5).

Rappelons par ailleurs que les praxies peuvent être définies comme suit : ensemble des fonctions de coordination et d'adaptation des mouvements volontaires de base dans le but d'accomplir une tâche donnée ; il s'agit de la capacité à exécuter sur ordre des gestes vers un but déterminé. Notons qu'étymologiquement, en grec, le préfixe *dys* signifie « mauvais », « difficile » ou encore « imparfait » et *praxis* : « action ».

Je fais le choix, pour mon mémoire, d'utiliser le terme TDC (DSM-5-TR) par souci de respect des recommandations internationales et du consensus scientifique.

## 1.2. Définitions et critères diagnostiques

Comme évoqué précédemment, le TDC est un TND classifié dans le DSM-5-TR dans la catégorie des troubles moteurs (TDC, mouvements stéréotypés et Tics).

Pour commencer, les troubles neurodéveloppementaux (TND) se manifestent dès la phase de développement précoce de l'individu, généralement avant l'âge de six ans. « Ils sont caractérisés par des déficits du développement ou des différences dans les processus cérébraux qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel » (Crocq et al., 2023, p. 43). Il y a un défaut d'acquisition d'une ou plusieurs compétences cognitives normalement attendues dans le développement psychomoteur et affectif infantile. Différents TND co-existent souvent chez un même sujet.

Concernant le TDC, Madieu (2021, p. 111) le définit comme « un trouble neurodéveloppemental qui consiste en une maladresse anormale (exécution) et une difficulté à acquérir de nouvelles coordinations (apprentissage) ». De plus, l'individu ayant un TDC présente une difficulté à adapter et transposer ses apprentissages moteurs dans sa vie quotidienne (à généraliser la façon dont il réalise un geste (paramètres d'espace, temps et force) d'une tâche à l'autre (même si celles-ci sont similaires ex. attraper des balles de tailles différentes)). En effet, la modification des caractéristiques intrinsèques de l'action à réaliser, de l'objet à manipuler, ou l'augmentation des contraintes de l'environnement ou de la tâche, se traduit par une forme de « remise à zéro » de l'apprentissage et s'assimile à une nouvelle compétence à développer (Albaret, 2011). Le TDC est un trouble dont on peut dire que le spectre est étendu. En effet, il présente une importante variabilité inter-individuelle dans son degré de gravité, son intensité des difficultés de coordination, le commencement de sa manifestation et la présence éventuelle de comorbidités (TND associé(s) ou autres pathologies) (Biotteau et al., 2020). Cependant, en termes de manifestations psychomotrices, la littérature nous permet de dresser un tableau clinique global du TDC avec présence de :

- un déficit du contrôle moteur et postural et de leur aspect adaptatif, c'est-à-dire que l'individu a du mal à maîtriser avec précision ses gestes, à doser son investissement corporel dans l'action et à adapter la posture et position de son corps aux situations, activités, rencontrées,
- une motricité globale et fine altérée,
- une incoordination (déficit de coordination entre les hémicorps, troubles des coordinations multisegmentaires, bimanuelles et visuo-motrices) et des difficultés de dissociations,

- un équilibre instable,
- des difficultés de régulation tonique allant de l'hypotonie à l'hypertonie,
- des dyspraxies idéatoire (déficit de la capacité à planifier et réaliser dans l'ordre les séquences d'action des gestes complexes), idéomotrice (perturbation de la réalisation sur commande verbale de gestes simples sans objet ou sur imitation) et visuo-constructive (capacités spatiaux-constructives déficitaires se manifestant par des difficultés ou une impossibilité dans les activités graphiques ou de construction),
- des déficits perceptifs (visuels, kinesthésiques et tactiles) : l'un ou des processus de la perception (captation du stimulus, traitement/encodage de l'information puis phase d'interprétation et reconnaissance) de ces informations sensorielles ne seraient pas assurés efficacement par le cerveau,
- une lenteur, de l'imprécision, un manque de fluidité du geste et une tendance à la dégradation de sa qualité (fatigabilité),
- une anticipation, planification et automatisation du mouvement malaisées ; les difficultés d'automatisation se traduisent par un mouvement qui, malgré son exécution répétée, ne fait pas trace dans le corps et ne devient ni plus facile, ni plus fluide, à force de répétition,
- une intégration du schéma corporel lacunaire,
- une latéralisation inaboutie,
- une appréhension à s'engager corporellement (due à la conscience de la personne ayant un TDC de ses difficultés et mauvaises performances motrices),
- une image et estime de soi fragilisées (point davantage détaillé dans la partie théorique 1.4. de mon écrit). (Albaret, 2011; Biotteau et al., 2020; Rocher, 2011).

Le DSM-5-TR établit quatre critères diagnostiques du TDC :

A : L'acquisition et l'exécution de bonnes compétences de coordination motrice sont nettement inférieures au niveau escompté pour l'âge chronologique du sujet compte tenu des opportunités d'apprendre et d'utiliser ces compétences. Les difficultés se traduisent par de la maladresse (p. ex. laisser échapper ou heurter des objets), ainsi que de la lenteur et de l'imprécision dans la réalisation de tâches motrices (p. ex. attraper un objet, utiliser des ciseaux ou des couverts, écrire à la main, faire du vélo ou participer à des sports).

B : Les déficiences des compétences motrices du critère A interfèrent de façon significative et persistante avec les activités de la vie quotidienne correspondant à l'âge chronologique (p. ex. les soins et l'hygiène personnels) et ont un impact sur

les performances universitaires/scolaires, ou les activités préprofessionnelles et professionnelles, les loisirs et les jeux.

C : Le début des symptômes date de la période développementale précoce.

D : Les déficiences des compétences motrices ne sont pas mieux expliquées par un trouble du développement intellectuel (handicap intellectuel) ou une déficience visuelle et ne sont pas imputables à une affection neurologique motrice (p. ex. une infirmité motrice cérébrale, une dystrophie musculaire, une maladie dégénérative). (Crocq et al., 2023, p. 107)

Le TDC a de nombreuses comorbidités dont le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) (le plus fréquemment associé à raison de 50 % de coexistence), le trouble du spectre de l'autisme (TSA), les troubles de la communication, le trouble spécifique des apprentissages et la dysgraphie (Biotteau et al., 2020; Crocq et al., 2023).

Le TDC présente une prévalence de 5 à 8 % chez les enfants de cinq à onze ans avec davantage de garçons que de filles touchés (Crocq et al., 2023, p. 109). Cinq ans est généralement l'âge diagnostique minimum du TDC (Inserm, 2019, p. 341).

### **1.3. Étiologie**

L'étude des causes du TDC se positionne en faveur d'une étiologie multifactorielle qui reste à ce jour incertaine et fait l'objet de nombreuses hypothèses.

- Facteurs génétiques :

La génétique et l'hérédité sont des facteurs de développement du TDC. Une « hérédité complexe » (Biotteau et al., 2020) est évoquée avec un potentiel « effet de gènes partagés » (Crocq et al., 2023, p. 110) aux vues de l'intrication du TDC avec d'autres TND comorbides.

- Facteurs pré, péri et néonataux :

Le DSM-5-TR fait état du rôle de l'« exposition prénatale à l'alcool » (Crocq et al., 2023, p. 109), de la naissance prématurée et du « faible poids de naissance » (Crocq et al., 2023, p. 109) dans l'apparition du TDC. Tout d'abord, l'alcool est une substance nocive et tératogène pour le fœtus et son développement, notamment cérébral. En effet, il peut altérer « les cellules du système nerveux central, du cerveau et des autres organes du fœtus [...] le développement physique, neurologique et cognitif » (Nadeau et al., 2020, p.

100) et avoir pour conséquences « des incapacités physiques, cognitives et neurodéveloppementales diverses [...] Des déficits [...] sur les plans intellectuel et moteur, des troubles de la mémoire, de l'apprentissage, d'impulsivité, de langage, d'attention et du fonctionnement exécutif » (Nadeau et al., 2020, p. 100). La prématurité, quant à elle, ne permet pas une maturation cérébrale complète chez le bébé avant sa naissance et provoquerait ainsi un « dysfonctionnement [...] global du cerveau » (Noiseux-Lush et al., 2020, p. 8). En conséquence, une altération du développement psychomoteur est souvent observée avec : « déficits dans le contrôle postural [...], une coordination motrice manuelle moins optimale, un délai dans l'acquisition de la marche et une marche qualitativement moins bonne » (Noiseux-Lush et al., 2020, p. 3) et des troubles au niveau visuo-spatial (« difficultés au niveau de la poursuite visuelle et des saccades oculaires ainsi qu'avec la structuration spatiale utile pour situer les éléments visuels les uns par rapport aux autres » (Noiseux-Lush et al., 2020, p. 5).

- Facteurs neurodéveloppementaux :

Des hypothèses concernant l'implication de différents circuits et parties du cerveau sont émises par la communauté scientifique : les « régions pariétales et frontales, ganglions de la base, cervelet, cortex cingulaire et gyrus lingual » (Biotteau et al., 2020) joueraient un rôle dans le développement du TDC. Un potentiel dysfonctionnement du cervelet pourrait notamment altérer « la capacité à faire des ajustements moteurs rapides au fur et à mesure que s'accroît la complexité des mouvements » (Crocq et al., 2023, p. 109). Il serait aussi question d'un fonctionnement et développement atypiques du cerveau avec des hypothèses de déficits au niveau : « visuospatial » (Biotteau et al., 2020), des « compétences visuomotrices » (Crocq et al., 2023, p. 109), de « l'apprentissage procédural (plus de lenteur, de variabilité et d'erreur) » (Biotteau et al., 2020) et des « fonctions exécutives [...] qu'il s'agisse de l'inhibition de réponse, de la mémoire de travail, de la planification ou de la fluence, de la flexibilité cognitive, de l'inhibition motrice » (Biotteau et al., 2020). L'hypothèse d'un déficit du « modèle interne ou [...] contrôle moteur » (Biotteau et al., 2020) est aussi avancée : il s'agirait d'un défaut d'intégration et donc de représentation interne des interactions entre les sphères sensorielle, motrice et environnementale. Cela entraînerait un manque de référentiel de « bonne » et efficace réalisation du geste, compromettant ainsi les coordinations sensorimotrices (Biotteau et al., 2020).

#### 1.4. Impact ou conséquence sur les différents domaines de la vie

Nous l'avons vu précédemment, l'un des critères diagnostiques majeurs du TDC (critère B du DSM-5-TR), et qui rend la maladresse de l'individu pathologique, est son retentissement significatif, persistant et délétère sur les performances dans les activités de la vie quotidienne, qui en deviennent « déficientes » (Crocq et al., 2023, p. 110) (signes d'appel), et sur la qualité de vie de la personne (Crocq et al., 2023; Inserm, 2019).

La qualité de vie est un concept vécu différemment par chaque individu et donc subjectif. En effet, il se base sur le « bien-être ressenti par les sujets, [...] leur vécu, [...] leurs besoins et [...] leurs désirs » (Inserm, 2019, p. 15). La qualité de vie est déterminée par de nombreux paramètres tels que la sphère sociale (relations, interactions, intégration communautaire), le travail ou la scolarité, la santé mentale (vécu de bien-être, autosatisfaction) et les habiletés relevant de la vie quotidienne (autonomie d'action et de décisions, sentiment de compétence) (Inserm, 2019, p. 15). Ainsi, la plupart de ces sphères sont impactées chez la personne ayant un TDC. Cependant, tous les individus ne sont pas égaux dans leurs difficultés (individu dépendant). En effet, le TDC n'est pas vécu pareil au quotidien suivant s'il met la personne en difficulté dans une ou plusieurs compétences (Inserm, 2019) ou sur une activité déterminante ou non pour sa qualité de vie (Inserm, 2019). Le « contexte social et culturel dans lequel évolue le sujet » (Inserm, 2019, p. 17) est donc à prendre en compte.

Il est ainsi établi que le TDC a un retentissement sur :

- Les habiletés de la vie quotidienne

La motricité globale et fine malhabile de l'enfant présentant un TDC entraîne chez lui des chutes fréquentes ainsi qu'une montée et descente difficiles des escaliers (Pannetier, 2007). Il peine également à manipuler et maîtriser les outils tels que les couverts (l'enfant préfère donc souvent manger avec les doigts) et à s'habiller (boutons, lacets, fermetures éclair) (Pannetier, 2007). La planification (temps, geste) et s'organiser dans l'espace ne sont également pas chose aisée. L'autonomie dans la vie quotidienne est ainsi altérée et son développement n'est pas toujours favorisé par l'entourage, qui vient souvent trop rapidement en aide à l'enfant, réalisant la tâche à sa place (Baghdadli & Aussilloux, 2005).

- La scolarité

Les performances scolaires sont souvent déficitaires (Crocq et al., 2023). Sont particulièrement touchés : l'utilisation des ciseaux et outils géométriques, l'écriture (lenteur invalidante), le dessin (pauvre) et les mathématiques (nombres, calcul) (Biotteau et al., 2020; Pannetier, 2007). De plus, l'enfant peut se réfugier dans une posture de « repli [...]

inhibition » (Magnat et al., 2015) ou au contraire de « trublion » ou être dans le refus, l'opposition, face aux enseignements (Baghdadli & Aussilloux, 2005).

- Les activités sportives et loisirs

Le TDC a un retentissement particulièrement important sur les performances de l'enfant dans les sports et loisirs qu'il pratique, et donc sur ses choix d'activités. Ainsi, il a tendance à délaisser et éviter celles où il est en difficulté : pratiques groupales (sportives ou ludiques), jeux de balle, activités de plein air, manuelles ou jeux de construction (Crocq et al., 2023; Pannetier, 2007). La résultante de cela est que l'enfant tend à s'isoler de ses pairs, à ne pas beaucoup s'investir physiquement, à se mettre en position d'observateur et à s'enfermer dans des passe-temps qu'il maîtrise déjà (Pannetier, 2007).

- La sphère relationnelle et psycho-affective

Le TDC et les déficits de compétences qu'il entraîne ont un impact global sur l'individu. C'est particulièrement vrai au niveau relationnel et psycho-affectif (Inserm, 2019). Il peut par exemple arriver que l'enfant ait des difficultés de langage (prononciation) entravant sa capacité à se faire comprendre d'autrui, et pouvant avoir pour conséquence un désinvestissement de la parole (Pannetier, 2007). Le DSM-5-TR fait aussi état d'une « faiblesse de l'estime de soi et du sens de sa propre valeur, [...] problèmes émotionnels ou comportementaux » (Crocq et al., 2023, p. 110). Tout d'abord, les situations d'échec (scolarité, activités sportives et ludiques) auxquelles est confronté à répétition l'enfant, la comparaison de ses performances avec son entourage, ainsi que les reproches qui peuvent lui être fait sur « sa paresse ou sa mauvaise volonté » (Baghdadli & Aussilloux, 2005, p. 113) entraînent des difficultés affectives se manifestant fréquemment par :

- une altération de l'estime de soi ainsi qu'un sentiment d'incompétence et d'impuissance (image personnelle négative et figée, baisse de la motivation car « à quoi bon ? ») (Baghdadli & Aussilloux, 2005),
- un « état dépressif » (Inserm, 2019, p. 16) avec « restriction des activités, tristesse » (Baghdadli & Aussilloux, 2005, p. 113), lié au point précédent, à un sentiment d'insatisfaction et à une potentielle victimisation par les pairs (Magnat et al., 2015),
- un « isolement » (Pannetier, 2007, p. 105),
- de « l'anxiété » (Pannetier, 2007, p. 105) avec des manifestations corporelles anxieuses telles que « douleur, mal être diffus ou céphalées, nausée » (Magnat et al., 2015),

- une « angoisse de séparation » (Baghdadli & Aussilloux, 2005, p. 113), résultant d'un surinvestissement et d'une dépendance de l'enfant vis-à-vis des figures protectrices de son entourage (Baghdadli & Aussilloux, 2005),
- une « inhibition anxieuse » (Baghdadli & Aussilloux, 2005, p. 113),
- une « phobie sociale » (Baghdadli & Aussilloux, 2005, p. 113).

Ensuite, des troubles du comportement sont aussi souvent présents avec « Trouble d'opposition [...] comportements sociaux inappropriés » (Pannetier, 2007, p. 105). Des « colères voire de l'agressivité et des moments de retrait, de bouderie, de régression » (Baghdadli & Aussilloux, 2005, p. 113) sont aussi observables. Tout ceci concerne particulièrement les adolescents présentant un TDC qui n'ont pas bénéficié d'un accompagnement adapté pour la remédiation de leurs difficultés, du fait d'un diagnostic tardif (Pannetier, 2007).

#### - La forme physique

Le manque de mise en jeu corporelle au quotidien favorise, chez l'enfant présentant un TDC, le développement d'une mauvaise condition physique (telle que l'obésité) impactant sa qualité de vie (Crocq et al., 2023).

Finalement, précisons que les déficits et retentissements du TDC sur la qualité de vie de l'enfant, dans ses différentes composantes, sont accentués lorsqu'il y a présence d'autres troubles ou maladies (Crocq et al., 2023).

### **1.5. La psychomotricité dans l'accompagnement du TDC**

Aux vues de l'ensemble des impacts et conséquences du TDC sur la vie quotidienne de l'enfant, et donc sur sa qualité de vie, que nous venons de détailler, la prise en charge de ce trouble doit être la plus complète et adaptée possible à ses besoins et à l'ampleur de ses difficultés. Précisons que, quel que soit le TND (suspecté ou diagnostiqué), une intervention précoce est recommandée.

En premier lieu il est important, une fois le diagnostic de TDC posé, que le patient et son entourage (famille, école, autres intervenants) soient informés sur ce qu'est ce trouble et ce qu'il implique (Albaret et al., 2005). Cela permet de favoriser leur soutien et compréhension, qui sont des facteurs déterminants dans la santé psycho-affective de l'enfant (Albaret et al., 2005) et dans l'investissement des suivis de rééducation mis en place (les rendant ainsi plus efficaces en permettant la généralisation au quotidien des

compétences travaillées) (Biotteau et al., 2020). La prise en soin du TDC doit être une « collaboration entre le médecin, le milieu de la réadaptation et le monde scolaire » (Pannetier, 2007, p. 100) et doit se faire en association avec la famille. Ainsi, la « guidance parentale » (Madiou, 2021, p. 122) est l'un des versants de l'accompagnement du TDC (Pannetier, 2007). Les autres versants concernent quant à eux directement l'enfant : « intervention directe auprès du patient, interventions à l'école ou dans les lieux de loisirs [...], rééducations » (Madiou, 2021, p. 122). De nombreux professionnels de la santé peuvent intervenir dans l'accompagnement du TDC. Nous pouvons par exemple citer le médecin, l'orthophoniste, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute ou le psychomotricien (Inserm, 2019). Il s'agit, dans ce mémoire, de nous concentrer sur l'intervention psychomotrice dans l'accompagnement du TDC.

Le psychomotricien est depuis longtemps cité dans la prise en soin du TDC, ou « dyspraxies », comme en font mention : le décret 88-659 du 6 mai 1988 qui fixe les cadres d'intervention du psychomotricien (Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, 1988) et, plus récemment, l'article R-4332-1 du Code de la santé publique qui régit aujourd'hui l'exercice de la psychomotricité en France (Article R4332-1 - Code de la santé publique - Légifrance, 2004). La Haute Autorité de Santé (HAS) indique également la psychomotricité dans la prise en charge du TDC (voir notamment les préconisations du type d'intervention pour les déficits « Trouble de la coordination isolé (maladresse) » et « Troubles de la motricité fine ») (Haute Autorité de Santé (HAS), 2020). Dans l'accompagnement du TDC, les psychomotriciens peuvent utiliser différents types d'approches rééducatives développées au fil du temps. Il en existe deux grandes catégories complémentaires : *bottom-up* et *top-down* (Inserm, 2019).

Les approches dites *bottom-up*, ou orientées « vers le processus ou vers le déficit » (Marchal, 2016), sont historiquement les premières à avoir été développées. Elles reposent sur le postulat que les difficultés motrices des individus ayant un TDC sont le résultat de déficits au niveau des « fonctions ou des processus sous-jacents à la réalisation d'activités » (Inserm, 2019, p. 430). Ainsi, il y aurait, chez les personnes présentant un TDC, des déficits perceptifs sensoriels qui ne permettraient pas une bonne perception et conscience corporelle, ce qui aurait pour conséquence un mauvais accordage sensori-moteur, et une incoordination motrice (Imbert, 2023). Le but des méthodes *bottom-up* est ainsi de rééduquer ces fonctions déficitaires (*bottom*) (tels que le tonus, l'équilibre, la « perception kinesthésique, visuelle, l'intégration sensorielle » (Magnat et al., 2015)), afin d'améliorer les habiletés motrices qui en dépendent et en sont la résultante (*up*) (stratégie d'amélioration indirecte des performances). Nous pouvons citer comme méthodes de ce type : «

l'intégration sensorielle » (Inserm, 2019, p. 430), « l'entraînement kinesthésique » (Remigereau & Orianne, 2018) et « l'approche sensori-motrice » (Marchal, 2016). Les rééducations *bottom-up* s'opèrent sur du long-terme (Polatajko & Cantin, 2005).

Les approches *top-down*, plus récentes et dont l'une d'elles est le sujet de ce mémoire, montrent des résultats significativement positifs et sont recommandées par la littérature dans la prise en soin du TDC (Biotteau et al., 2020; Madieu, 2021; Polatajko & Cantin, 2005). Ces méthodes rééducatives sont dites « centrées sur la tâche ou l'activité » (Inserm, 2019, p. 430). En effet, elles consistent à travailler directement sur les tâches de la vie quotidienne, et les caractéristiques spécifiques de chacune, qui mettent en difficulté la personne ayant un TDC. Le but est d'améliorer la performance motrice et la participation de l'individu dans ces tâches (Remigereau & Orianne, 2018) « dans le cadre d'une interaction constante entre le sujet, l'environnement et l'activité » (Biotteau et al., 2020). Cela s'inscrit dans les théories contemporaines du mouvement qui postulent que le geste est le produit d'une interaction dynamique entre le corps, la tâche et l'environnement (Polatajko & Cantin, 2005). L'hypothèse des approches *top-down* est que l'apprentissage de la réalisation de tâches spécifiques (*top*) permet d'améliorer les performances motrices des personnes ayant un TDC et de généraliser ensuite ces compétences à d'autres activités (*down*) (Polatajko & Cantin, 2005). Des études ont montré que les méthodes de rééducation *top-down* sont efficaces, même en peu de séances de prise en charge (Biotteau et al., 2020). De plus, elles participent à l'amélioration de la qualité de vie des patients présentant un TDC (et donc de leur entourage) (Inserm, 2019) en leur permettant « d'acquérir non seulement les coordinations motrices dont ils ont régulièrement besoin dans leur vie quotidienne, mais aussi de rétablir leur sentiment de compétence personnelle et leur estime de soi » (Madieu, 2021, p. 127). Leur qualité de vie est d'autant plus bonifiée que tout cela améliore leur inclusion sociale et leurs relations avec les pairs (Madieu, 2021). Les « fonctions cognitives, émotionnelles et psychosociales, de même que la forme physique ([...] force, endurance, etc.) » (Biotteau et al., 2020) des patients seraient aussi augmentées. Les approches *top-down* peuvent être divisées en deux sous-catégories. La première est celle des « Interventions rééducatives orientées vers la tâche » (Marchal, 2016) qui comprend l'intervention spécifique sur la tâche (*Task Specific Intervention*) et l'entraînement neuromoteur à la tâche (*Neuromotor Task Training*, ou NTT) (Marchal, 2016). La seconde concerne les « Interventions basées sur une approche cognitive » (Marchal, 2016) dans laquelle on retrouve l'imagerie motrice et la méthode CO-OP (*Cognitive Orientation for daily Occupational Performance*) (Marchal, 2016).

J'ai fait le choix, dans ce mémoire, de m'intéresser à la méthode CO-OP et à son utilisation comme médium dans la prise en soin psychomotrice d'un enfant ayant un TDC. Nous allons donc, dans le chapitre théorique subséquent, nous appliquer à la présenter.

## **2. La méthode CO-OP**

Cette approche est indiquée par les recommandations internationales pour la prise en soin du TDC (Blank et al., 2012).

### **2.1. Généralités**

La méthode CO-OP (*Cognitive Orientation for daily Occupational Performance*, ou traduit en français « CO-OP - Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien » (Polatajko & Mandich, 2017, p. 2)) est une approche rééducative qui a été développée pendant dix ans (1994 – 2004) au Canada par Helene Polatajko et son équipe. Ces professionnels sont *occupational therapists* : une profession dont le domaine de compétence combine psychomotricité et ergothérapie, au Canada. La méthode CO-OP a été fondée comme une alternative aux approches rééducatives traditionnelles de la motricité (*bottom-up*), pour les enfants ayant un TDC, et dans le but « d'aider ces enfants à réaliser les activités qu'ils veulent faire, qu'ils ont besoin de faire ou qu'ils doivent faire » (Polatajko & Mandich, 2017, p. 1). Elle est tournée vers la tâche (approche *top-down*) et est fondée sur les théories dynamiques du mouvement (interaction enfant-tâche-environnement) et « les théories cognitives de l'apprentissage moteur » (Madiou, 2015, p. 398) (utilisation de stratégies cognitives de résolution de problème et de la découverte guidée pour acquérir de nouvelles habiletés). La CO-OP met le patient au centre de sa rééducation (il en est l'acteur principal et ses besoins et volontés sont mis au premier plan). Le thérapeute, tel que le psychomotricien, est en soutien au patient et coopère avec lui, l'accompagne pour le guider dans la définition des buts (tâches, activités, habiletés) qu'il souhaite atteindre et la découverte du plan, des stratégies, lui permettant de les réaliser de manière efficace. La CO-OP est une approche verbale où le patient parle, s'observe, réfléchit et fait de la métacognition (« penser à sa pensée » (Polatajko & Mandich, 2017, p. 15)). Ainsi, elle ne peut s'utiliser qu'avec un patient pouvant communiquer, s'exprimer, comprendre et échanger de manière efficace avec le thérapeute. Les enfants peuvent bénéficier de la méthode CO-OP dès l'âge de cinq ans, dès lors qu'ils ont ces prérequis. La méthode CO-OP a été conçue et pensée pour être efficace dans l'acquisition de nouvelles compétences motrices, être concise (dix séances suffisent) et facilement utilisable et transposable (aucun équipement spécialisé n'est

nécessaire à son application). Sa mise en pratique, pour chaque tâche travaillée, doit se faire dans les conditions les plus écologiques possibles pour le patient (c'est-à-dire être au plus près de son quotidien) afin de l'aider au mieux à la maîtriser. (Madieu, 2015; Polatajko & Mandich, 2017).

## **2.2. Objectifs et caractéristiques clefs de la méthode**

Tout d'abord, la méthode CO-OP a quatre objectifs :

- Le principal et premier objectif est l'acquisition d'habiletés motrices. Trois sont définies avec le patient en début de protocole. Il s'agit d'habiletés du quotidien qu'il souhaite acquérir, dont il a besoin ou qui sont attendues de lui.
- Le second objectif est d'enseigner au patient l'utilisation de stratégies cognitives (une globale et des spécifiques) lui permettant d'atteindre avec succès ses objectifs (habiletés motrices) et de stimuler la découverte et recherche de nouvelles stratégies de réalisation de la tâche.
- Le troisième objectif est de permettre la généralisation des habiletés motrices et des stratégies apprises : faire en sorte que le patient puisse les appliquer en dehors de la situation de prise en charge (dans d'autres lieux, situations, à d'autres moments), c'est-à-dire les utiliser dans son quotidien (à la maison, à l'école et ailleurs).
- Le dernier objectif de la méthode est le transfert des habiletés motrices acquises et des stratégies de résolution de problème : c'est-à-dire que le patient puisse utiliser une habileté maîtrisée dans l'apprentissage d'une nouvelle similaire. (Polatajko & Mandich, 2017).

Ensuite, la méthode CO-OP repose sur sept caractéristiques clefs (appuyant les objectifs) que nous détaillerons ci-dessous :

- Les BUTS choisis par le patient
- L'Analyse dynamique de l'exécution
- L'utilisation de stratégies cognitives
- La découverte guidée
- Les principes facilitants
- L'engagement des parents, de l'entourage
- Le format d'« intervention ». (Polatajko & Mandich, 2017).

### **2.3. Buts choisis par le patient**

Le patient (et éventuellement ses parents, son entourage) choisit les trois BUTS (tâches, activités) qu'il souhaite travailler et atteindre. L'objectif est de susciter et partir de la motivation du patient afin de répondre à ses besoins, aspirations et qu'il s'investisse pleinement dans la prise en charge. Le thérapeute peut, si besoin, recourir à différents outils afin de guider et faciliter le choix des buts, dont : la tâche doit être réalisable, utiliser le Journal des activités quotidiennes (le patient y indique les activités qu'il réalise dans une journée type), le *Pediatric Activity Card Sort* (PACS) (photographies pour aider à identifier des tâches problématiques au quotidien), l'Echelle de cotation de la qualité de l'exécution (ECQE) (observation cotée par le thérapeute de la qualité de réalisation d'une tâche) et la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO).

La MCRO est un instrument crucial dans la méthode CO-OP :

- la MCRO administrée avant le début de l'application du protocole permet dans un premier temps de cibler les BUTS (trois habiletés à acquérir) du patient via un entretien où il cerne ses difficultés et dans un second temps de quantifier ses performances. En effet, sur chaque habileté retenue, le patient s'auto-évalue avec une échelle de cotation allant de 1 à 10 : il note subjectivement l'importance que revêt la tâche à ses yeux, le niveau d'exécution qu'il pense avoir de celle-ci (rendement) et la satisfaction qu'il ressent face à sa performance.
- La MCRO administrée à nouveau à la fin du protocole : le patient s'auto-évalue de nouveau, pour chacune des trois habiletés travaillées, sur son rendement et son sentiment de satisfaction. Ces données chiffrées permettent ainsi de quantifier l'évolution du patient (à travers sa perception) et sont des indices de sa progression. La prise de connaissance de ces résultats par le patient (et son entourage), participe à sa revalorisation, à son sentiment de progression, de réussite et à la prise de conscience de ses capacités d'apprentissage et de performance dans des habiletés motrices. (Polatajko & Mandich, 2017).

### **2.4. L'Analyse dynamique de l'exécution**

L'Analyse dynamique de l'exécution (ADE) se pratique en début de protocole mais aussi tout au long de l'application de la méthode CO-OP. L'ADE consiste, pour chacune des trois habiletés à acquérir et choisies par le patient, à observer et analyser la façon dont l'enfant

les réalise. Ainsi le thérapeute repère l'organisation du mouvement à l'origine du manque de performance du patient. Le but est d'ensuite pouvoir le guider pour qu'il trouve de lui-même les stratégies lui permettant de réaliser l'habileté avec succès. Toute séquence de mouvements menant à la réalisation efficace de la tâche est admise, même si l'on recherche le chemin le plus optimal. La capture vidéo des séances de prise en charge (films) peut être une aide à l'ADE. De même que l'Arbre de décisions de l'ADE (questions pour faciliter l'identification des points à l'origine d'une performance motrice moins efficiente). (Madieu, 2015; Polatajko & Mandich, 2017).

## **2.5. L'utilisation de stratégies cognitives**

### **2.5.1 La stratégie globale**

Comme support et cadre pour l'acquisition de nouvelles habiletés motrices, la méthode CO-OP utilise une stratégie cognitive globale en quatre étapes « BUT-PLAN-FAIRE-VÉRIFIER » mise en application pour chaque tâche travaillée :

- BUT : il s'agit de déterminer et mettre en mot avec l'enfant le BUT à atteindre (c'est-à-dire l'habileté à acquérir). On part de la motivation de l'enfant et de la tâche qu'il souhaite travailler pour améliorer son quotidien (sa qualité de vie). Le patient est acteur de sa prise en charge.
- PLAN : cela correspond à l'établissement étape par étape de la séquence d'actions (stratégie) que le patient pense nécessaires pour réaliser l'habileté qu'il veut acquérir (le BUT) (c'est-à-dire comment il pense qu'il peut procéder pour l'atteindre). L'établissement de cette stratégie est évolutive, elle se fait au fil des séances (essais-erreurs). Le thérapeute guide l'enfant dans cette élaboration en appliquant le principe de la découverte guidée (détaillée plus loin) : il ne donne pas la réponse mais oriente la réflexion de l'enfant pour que cela vienne de lui (appropriation). Le PLAN est transcrit en respectant la mise en mots du patient (les termes qu'il a utilisés, son vocabulaire) (moyen mnémotechnique). Tout cela encourage le processus de réflexion, sa généralisation et la perpétuation de la stratégie.
- FAIRE : c'est l'exécution de la stratégie imaginée pour réaliser le BUT.
- VÉRIFIER : le patient porte un regard critique sur sa réalisation, sa performance. Il juge si oui ou non il a atteint son BUT. Si non, il réenclenche son processus de réflexion afin de trouver une nouvelle stratégie plus efficace (« qu'est-ce que je peux faire différemment pour réaliser mon BUT ? »).

Cette stratégie globale de résolution de problème est rappelée à chaque séance de la CO-OP, où l'enfant énonce et repasse par tous ces points pour réaliser la tâche à maîtriser. BUT-PLAN-FAIRE-VÉRIFIER est une stratégie facilement transposable et applicable au quotidien (maison, école, etc.). (Madiou, 2015; Polatajko & Mandich, 2017).

### **2.5.2 Les stratégies spécifiques**

Les stratégies spécifiques viennent en complément de la stratégie globale (évoquée ci-dessus) et en soutien à l'acquisition de l'habileté (BUT). Leur fonction est de modifier la façon dont procède l'enfant (organisation du mouvement) afin d'améliorer et faciliter sa performance motrice. Les stratégies spécifiques sont découvertes progressivement par le patient au fil de ses exécutions de la tâche. Il s'agit de trouver et utiliser celles qui l'aident pour acquérir l'habileté travaillée. Le thérapeute accompagne et guide cette découverte. Le patient doit verbaliser la stratégie spécifique pendant qu'il l'utilise. A termes, elles sont « automatisées et intériorisées » (Madiou, 2015, p. 401). Les différentes stratégies spécifiques de la méthode CO-OP sont :

- La position du corps : on amène le patient à porter son attention sur sa posture globale et sur la position de tous ses éléments corporels impliqués dans la réalisation de l'habileté.
- Le script verbal : on oriente l'enfant vers l'utilisation de sons, mots, vocalisations (modulables dans leurs paramètres de durée, hauteur, intensité, intonation, etc.) qui accompagnent et figurent un mouvement. Ex 1. « Hop ! Hop ! Hop ! » pour des sauts. Ex 2. « clac » pour le changement de direction d'un trait au crayon (angle). Ex 3. « monte » pour le tracé d'un -e et « moooooonte » pour un -l.
- L'auto-guidance verbale : cela correspond à une stratégie de soliloque (monologue, discours tenu et entretenu avec soi-même) ; « Le thérapeute décrit tout d'abord, en cours d'exécution, ses actions à l'aide d'un vocabulaire adapté à l'enfant. Il guide ensuite verbalement les actions de l'enfant avant que l'enfant puisse prendre le relais de façon autonome. Progressivement, ces auto-instructions sont intériorisées » (Madiou, 2015, p. 401). Ex. Pour écrire sur une feuille, chez un droitier : « Je tiens la feuille avec ma main gauche. Je penche un peu la feuille vers la gauche. Je prends le stylo avec ma main droite. Je commence à écrire en haut à gauche de la feuille ».

- La mnémonique motrice : le patient est amené à associer, via son imagination, son mouvement, sa séquence de mouvements ou sa posture à une image mentale (qui fait évidemment sens pour lui). Ex. Pour l'apprentissage des lacets, les boucles sont des oreilles de lapin et l'espace entre elles est un terrier.
- Sentir le mouvement : l'attention de l'enfant est portée sur ses sensations pendant qu'il réalise un mouvement. Est-ce inconfortable pour lui (postures) ? Si oui, comment peut-il adapter ? Si non, cela lui permet de sentir une « bonne » façon de réaliser le mouvement.
- Se focaliser sur des points d'exécution : cette stratégie est utilisée pendant l'élaboration de la stratégie motrice (PLAN) et durant sa mise en application (FAIRE). On accompagne à l'identification et au ciblage des points d'exécution de la tâche (certaines parties du mouvement), des moments et des endroits clefs, qui posent problème au patient. Ex. Pour tracer un segment entre deux points : sur la fin, ralentir la vitesse du mouvement pour ne pas dépasser.
- La modification ou l'aménagement de la tâche : « l'enfant est amené à modifier des détails propres à la tâche pour faciliter son exécution » (Madiou, 2015, p. 402). (Madiou, 2015).

## **2.6. La découverte guidée**

Le thérapeute accompagne le patient dans l'établissement des stratégies et séquences d'actions lui permettant de réaliser de manière efficace le BUT (habileté) qu'il a choisi. C'est la découverte guidée : le thérapeute ne dit pas à l'enfant comment effectuer la tâche (il ne donne pas la « solution ») mais lui pose des questions pour orienter sa réflexion et qu'il trouve par lui-même la solution (ajustements de la tâche et de l'environnement) à chaque problème d'exécution. La découverte guidée peut aussi prendre la forme de guidage physique. Tout cela rend le patient acteur de sa prise en charge. Enfin, la découverte guidée et le soutien du psychomotricien doivent faire en sorte que les solutions paraissent évidentes au patient, et lui permette d'avancer significativement. (Madiou, 2015). Ce n'est pas sans rappeler le dialogue tonico-émotionnel cher à la psychomotricité. Dans cette découverte guidée comme dans le quotidien du psychomotricien, ce dernier module son tonus, son toucher (guidage physique), sa posture, son regard, sa prosodie et donc sa façon d'être, en fonction de l'enfant et de là où il souhaite l'emmener, le guider.

## **2.7. Les principes facilitants**

Il y a quatre principes dits facilitants pour optimiser la motivation et l'implication du patient dans sa prise en charge CO-OP. Le principal est de rendre le travail amusant et ludique. Il s'agit ici des notions de jeu et d'apprentissage par le jeu. Les autres principes sont de « favoriser l'apprentissage, favoriser l'autonomie, et promouvoir la généralisation et le transfert » (Madieu, 2015, p. 402).

## **2.8. L'engagement des parents, de l'entourage**

L'engagement, dans l'application de la méthode CO-OP, des parents ou de l'entourage aux côtés du patient (et en coopération avec le thérapeute) est un facteur primordial de réussite et d'efficacité de la prise en charge. En effet, cela favorise la généralisation et le transfert des habiletés motrices acquises et leur perpétuation dans le quotidien (milieu écologique) de l'enfant. De plus, le but est que l'entourage soit un soutien moral et un facteur motivationnel pour le patient. Enfin, il est possible de permettre aux parents d'assister à des séances CO-OP pour leur donner des clés afin d'accompagner leur enfant (qu'ils puissent notamment reprendre la stratégie globale au domicile). (Madieu, 2015; Polatajko & Mandich, 2017).

## **2.9. Le format d'« intervention »**

La méthode CO-OP s'étale sur douze séances maximum (d'une heure par semaine), dont classiquement : dix avec l'enfant et deux en présence des parents (l'une en début de protocole pour échanger sur le travail qui va être effectué, et l'autre en fin d'« intervention » pour faire le point sur les progrès de l'enfant) (Madieu, 2015). Les séances peuvent être filmées, notamment pour faciliter l'ADE (Analyse dynamique de l'exécution) et comme témoin des progrès du patient ; on peut ainsi montrer les vidéos à l'enfant et à son entourage pour favoriser la revalorisation du patient. Cependant, il faut s'assurer que la capture vidéo ne vienne pas le perturber dans sa réalisation des tâches et que cela n'altère pas son bien-être dans la prise en charge. La CO-OP est classiquement et généralement utilisée en séance individuelle, mais peut aussi l'être en groupe (Inserm, 2019).

# **PARTIE CLINIQUE**

## **1. Contexte de la clinique**

La clinique dont je parlerai dans cet écrit se rapporte à mon expérience de stage au sein d'un Centre Médico-Psychologique (CMP) de l'enfant. Cet établissement dépend d'un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie. Je suis en stage une fois par semaine les lundis toute la journée et je prends exclusivement en charge des enfants. Mon stage s'étale sur plusieurs mois, de début octobre 2022 à fin juin 2023. Je l'effectue auprès de trois psychomotriciennes qui travaillent en étroite collaboration et avec lesquelles je tourne pendant la journée, pour des raisons d'organisation du temps et de partage de la clinique.

### **1.1. Les missions du CMP**

Le CMP prend en soin en ambulatoire des enfants et adolescents de quelques mois à dix-huit ans. Les patients et leur famille viennent tout d'abord en consultation pour une évaluation clinique initiale afin de déterminer la potentielle mise en place d'un ou plusieurs suivis. Les enfants viennent consulter au CMP pour des motifs divers : TND, troubles du sommeil, de l'alimentation, de l'adaptation, troubles du comportement, troubles anxieux, troubles obsessionnels-compulsifs, troubles de l'humeur, troubles sévères de l'attachement et troubles délirants aigus ou chroniques. L'accompagnement proposé par la structure, couplé si besoin avec un travail social ou avec l'école, peut consister en : consultations ou suivis médicaux et psychologiques, entretiens familiaux, prises en charge thérapeutiques groupales ou individuelles ainsi que bilans et rééducations. Il faut préciser que la méthode CO-OP ne fait pas partie du projet de soin global de l'institution. L'une de mes maîtres de stage, qui ne suit pas le patient évoqué dans ce mémoire, est formée à cette approche et m'en a parlé. J'ai ainsi décidé, avec le soutien de mes maîtres de stage, de l'appliquer dans ma clinique car je pensais cela tout à fait pertinent et intéressant comme outil dans la prise en soin psychomotrice de mon patient. J'exposerai plus loin en détail les raisons de ma décision d'utiliser la méthode CO-OP avec ce dernier.

## **1.2. L'équipe et les locaux**

L'équipe du CMP est pluridisciplinaire. Elle se compose en effet de pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, psychomotriciens, éducateurs spécialisés et secrétaires médicales. Sont aussi présents un psychiatre, cadre de santé, orthophoniste, assistante sociale et un Agent de Services Hospitaliers (ASH). J'assure le suivi du patient dont fait l'objet mon étude de cas accompagnée d'une psychomotricienne. Les locaux du CMP sont modernes et présentent différents espaces dont des salles de soin dédiées aux différents professionnels de santé, rééducateurs et éducateurs, une cuisine, des sanitaires, un espace de récréation intérieur et une aire de jeu en extérieur. La salle de psychomotricité où je reçois mon patient tous les lundis est de taille moyenne, percée de plusieurs fenêtres et équipée de crochets de suspension au plafond. Elle présente également une table de massage, des modules de motricité, un placard abritant une multitude de jeux, objets et activités ainsi qu'un tableau blanc surplombant une table à hauteur d'enfant entourée de chaises. Il y a aussi un miroir, des tapis de gymnastique ainsi qu'une armoire où sont rangés les dossiers, productions des patients et du matériel de bureau. Je qualifierais cette pièce d'agréable et d'assez spacieuse pour nous mettre facilement en mouvement.

## **2. Présentation d'Homère, 8 ans et présentant un TDC**

Le patient dont il sera question dans cette étude de cas et dont j'ai eu le plaisir d'assurer la prise en charge psychomotrice en CMP, en coopération avec l'une de mes maîtres de stage, est le jeune Homère. Il est âgé de 8 ans et quelques mois lors de mon suivi et est en classe de CE2 (cours élémentaire 2<sup>e</sup> année).

### **2.1. Anamnèse**

Les éléments d'anamnèse rapportés ici proviennent d'écrits, comptes-rendus et échanges entre professionnels ayant suivi Homère, et notamment d'une psychologue, une éducatrice, des deux psychomotriciennes ayant pris en soin Homère avant mon arrivée, d'une orthophoniste, une orthoptiste, un neuropsychologue et de professeures des écoles d'Homère.

#### **- Contexte familial :**

Homère est le deuxième d'une fratrie de quatre enfants dont il est le seul garçon. Il a trois sœurs qui ont respectivement dix ans (l'aînée), cinq ans (la cadette) et trois ans et demi (la benjamine). Il dispose d'une chambre individuelle à la maison. La famille est de culture

arabe, d'origine algérienne et l'arabe est parlé au domicile. Madame a fait de nombreuses fausses couches et on note le décès d'un bébé né avec malformations. Monsieur réside en France depuis longtemps et son épouse est arrivée plus tardivement, en 2015. Ils parlent très bien le français et la communication avec eux s'effectue sans problème. La mère est femme au foyer pour s'occuper des enfants, elle était auparavant agent d'entretien. Le père est quant à lui responsable boucher et est absent du domicile de 4 h à 21 h. À la fin de sa journée, le temps qu'il passe avec son fils est souvent devant les écrans (télévision ou jeux vidéo). En parallèle, la maman essaie de diminuer la consommation d'écran de son fils qu'elle estime trop importante. Les arrière-grands-parents maternels d'Homère, âgés et dépendants, vivent également au domicile. Il y a des tensions dans le couple. En effet, Madame a déjà évoqué ressentir une fatigue importante du fait de sa gestion presque exclusive des enfants, de ses parents et du domicile. Les deux parents d'Homère sont impliqués dans les suivis de leur fils, et notamment la maman qui est toujours demandeuse d'aide et de guidance parentale.

- Développement psychomoteur :

Au niveau développemental, Homère est né à trente-sept semaines d'aménorrhées avec un poids de trois kilos. La grossesse s'est déroulée sans événements particuliers mais l'accouchement a été déclenché pour cause de cholestase gravidique. Il s'agit d'une maladie grave du foie chez la femme enceinte, elle se déclenche dans moins de 3% des cas et apparaît en général pendant le septième mois de grossesse. Une rétention de la bile au niveau hépatique et une accumulation de sels biliaires dans le sang en sont à l'origine. Le principal symptôme est d'intenses démangeaisons. L'effet délétère des sels biliaires sur le fœtus peut entraîner une naissance prématurée ou une mort in utero (VIDAL, 2014). Les premières années de vie d'Homère ont été marquées par plusieurs événements médicaux : bronchiolite (causant une hospitalisation de vingt-huit jours, dont huit en réanimation), asthme du nourrisson, chirurgie d'abaissement testiculaire et fracture du tibia droit survenue en moyenne section et ayant nécessité la pose d'un plâtre. Le développement psychomoteur quant à lui s'est fait dans les normes pédiatriques :

- Acquisition de la posture assise entre neuf et dix mois, quatre pattes puis marche à onze mois.
- La propreté de jour a été acquise à deux ans mais Homère présentait encore des fuites urinaires intermittentes à sept ans.
- On note également un bon sommeil ainsi qu'une alimentation sélective avec une appétence particulière pour le sucré et une faible consommation de légumes.

- Le développement du langage n'a apparemment pas présenté de particularité dans la petite enfance.
- Homère était également un bébé éveillé. Il est en relation et a un comportement social adapté.
- Il est fait mention de quelques particularités sensorielles dans la petite enfance : très sensible tactilement aux vêtements (coutures, étiquettes) et à certains touchés mais sans présentation d'autres signes pouvant évoquer un TSA.
- Homère a accès au symbolisme, à l'imaginaire et au faire-semblant.

- Tempérament et traits de caractère :

Il est décrit par tous comme un petit garçon jovial, joueur, volontaire, affectueux, empathique, adapté dans la relation, qui se socialise facilement avec autrui et est soucieux de bien faire. Il peut aussi être anxieux, vite se décourager et être calme ou agité. Face à l'échec, il peut manifester de la frustration, de la colère parfois et être persévérant.

- Scolarité :

Homère a des amis et n'a, en général, pas de problème de relation avec ses pairs mais il est néanmoins parfois mis de côté dans la pratique de certaines activités, tel que le football qu'il aime beaucoup.

- Loisir :

Le petit garçon prend des cours d'arabe le week-end et pratique le judo, sport qu'il apprécie. Ses parents se mobilisent pour lui faire découvrir diverses activités.

- Histoire des troubles :

L'élément marquant qui ressort de tous les écrits et témoignages concernant Homère est sa « maladresse ». Sa mère le décrit comme « maladroit », « brusque », qui « n'a pas conscience de sa force » et n'est « pas à l'aise dans son corps et dans ses gestes ». Il casse souvent non intentionnellement ses jouets. Petit, il n'arrêtait pas de chuter. Homère se fait souvent mal, se cogne et fait beaucoup tomber ses affaires. Sa maîtresse remarque des difficultés en motricité globale : la course ainsi que la montée et la descente des escaliers sont malhabiles. Homère se montre peu habile de manière générale. Cependant, malgré ses difficultés, il est un petit garçon qui aime faire de nouvelles expériences motrices : vélo, trottinette, escalade, trampoline. Les gestes de l'autonomie de la vie quotidienne (hygiène, habillage, etc.) sont acquis pour la plupart mais réalisés avec difficulté pour certains : posture décrite comme mal-ajustée à table et tenue des couverts compliquée. Homère est maladroit avec les jeux de ballon, les activités de motricité fine et de

construction. Il préfère ainsi détruire que construire et a tendance à se déprécier : « je suis bête », « c'est trop difficile », « je vais pas réussir » ou encore « je vais pas comprendre ». De plus, souvent il se précipite et manque de stratégie pour faire certaines actions. À l'école, l'apprentissage du graphisme et de l'écriture met Homère en grande difficulté et l'invalide. On relève de la lenteur et le petit garçon se plaint de douleurs dans les doigts, la main et le poignet. La manipulation des outils scolaires est également difficile, notamment en géométrie. Il est ainsi crucial de noter que les difficultés d'Homère dans l'apprentissage et la réalisation de bonnes compétences motrices existent depuis toujours (dès la période développementale précoce), s'illustrent dans tous ses lieux de vie et sont invalidantes. Pour Homère, « tout est compliqué » selon sa mère.

Homère présente également une impulsivité, une difficulté à organiser son travail et perd sans cesse ses affaires personnelles et scolaires. Sa mère le qualifie d' « agité », « qui ne se met pas au travail » et « ne pense qu'à jouer ». Son attention est labile et il a tendance à s'éparpiller. Il manipule souvent des objets dans ses mains et cela l'aide à être plus disponible et attentif. Homère présente depuis toujours des difficultés dans les apprentissages scolaires où il se déconcentre facilement et a de grandes difficultés attentionnelles. Aujourd'hui en classe de CE2, il a souvent besoin d'être recentré sur sa tâche et nécessite la présence d'un adulte pour se mettre au travail. Son institutrice précise qu'il est très en difficulté en graphisme, calcul, numération, géométrie et repérage spatio-temporel. Homère présente un niveau CE1 (cours élémentaire 1<sup>ère</sup> année) dans plusieurs matières. Un diagnostic de trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) a été posé pour Homère en 2022. Il fait suite à un bilan neuropsychologique réalisé en avril de la même année qui précise qu'Homère présente de bonnes potentialités d'apprentissage et un « profil cognitif assez hétérogène dans la norme des enfants de son âge ». Une poursuite d'études en scolarité ordinaire est conseillée. Les difficultés motrices et attentionnelles d'Homère ne sont donc pas imputables à un trouble du développement intellectuel. Notons que le TDAH est la comorbidité la plus fréquente du TDC (Crocq et al., 2023). À la suite de ce bilan neuropsychologique, une demande de dossier MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), toujours en cours de traitement, est faite afin d'obtenir pour Homère l'assistance d'un AESH (Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap) ainsi qu'une aide financière, souhaités par la famille.

- Adaptations scolaires :

Dans sa classe de CE2 actuelle, Homère bénéficie déjà d'aménagements scolaires : il est placé à côté de camarades pouvant l'aider, l'AESH d'un autre élève l'assiste parfois et ses exercices et leçons sont adaptés (déjà tapés par l'enseignante, plus courts, structurés,

organisés, imprimés et à compléter), il utilise des stylos effaçables et un pot à crayon pour limiter la perte de son matériel. Des appuis plantaires en position assise sont également proposés, ainsi qu'un casque anti-bruit et la possibilité de s'isoler visuellement avec un paravent. La mère d'Homère est investie dans la scolarité de son fils et assure le suivi des devoirs.

- Prises en charge :

Homère a consulté un grand nombre de professionnels de santé afin de soutenir son développement :

- Un médecin pédiatre.
- Un allergologue, consulté pour de l'asthme.
- Il a rendez-vous tous les six mois avec un podologue et porte des semelles orthopédiques.
- Il bénéficie d'un suivi en orthophonie libérale depuis 2019 pour motifs de retard de parole et retard graphique.
- Un bilan ophtalmologique est réalisé en 2021, décèle une instabilité visuelle et débouche sur le port de lunettes avec correction hypermétropique importante.
- Un bilan orthoptique est fait en février 2022, s'ensuivent vingt séances de rééducation orthoptique pour troubles neurovisuels. Homère portait ainsi déjà des lunettes lors de mon arrivée au CMP et au début de ma prise en soin. Malgré cet outillage, sa « maladresse » perdure.
- Comme évoqué précédemment, un bilan neuropsychologique est réalisé début 2022.

- Entrée au CMP et suivi en psychomotricité :

Homère entre pour la première fois au CMP où j'effectue mon stage début 2020, alors qu'il est âgé de cinq ans et quelques mois. Il vient pour consulter une psychologue sur conseil de l'école pour difficultés scolaires et comportement soudain agité, « violent ». Le suivi est mis en pause pendant le confinement, puis reprend début 2021 où il est rapidement arrêté car plus jugé nécessaire. La psychologue oriente ensuite le suivi sur une prise en charge en psychomotricité qu'elle estime prioritaire, au même titre que la mise en place d'aménagements scolaires. La mère d'Homère se montre très insistante en faveur de la psychomotricité afin d'obtenir le maximum d'aide. Une pédopsychiatre du CMP assure aussi le suivi du petit garçon.

Homère connaît donc sa toute première prise en charge en psychomotricité au CMP, alors qu'il a six ans passés. Le suivi débute fin 2021 où un premier bilan psychomoteur est réalisé par la psychomotricienne de l'époque, désormais à la retraite. Elle estime alors qu'un suivi en psychomotricité est nécessaire pour permettre à Homère de repasser par les étapes du développement psychomoteur qu'il n'aurait pas explorées à cause de son historique médical et de ses difficultés visuelles récemment dépistées. Après cela, Homère vient donc en psychomotricité au CMP une fois par semaine. En raison du départ à la retraite de la psychomotricienne suivant Homère, ma maître de stage prend le relais de la prise en charge en avril 2022. Elle l'axe alors sur le travail de l'aisance corporelle, la prise d'assurance, la pratique de parcours moteurs, le vélo, le graphisme, les coordinations et les jeux de ballons ; domaines dans lesquels Homère est en grandes difficultés. Les parents du petit garçon sont investis dans ce suivi, qui se fait également en lien avec l'école.

C'est dans ce contexte que j'arrive début octobre 2022 dans la prise en charge en psychomotricité d'Homère. Je vais ainsi vous faire le récit de notre première rencontre puis vous exposer le reste du suivi.

Avant cela, je porte à l'attention du lecteur que l'ensemble des éléments d'anamnèse rapportés ici orientent déjà vers un trouble développemental de la coordination (TDC) suspecté chez Homère. En effet, nous retrouvons les critères diagnostiques A, B, C et D du trouble moteur qu'est le TDC selon la classification du DSM-5-TR (Crocq et al., 2023) (voir la partie théorique, chapitre 1.2.).

## **2.2. Première rencontre**

Je rencontre Homère pour la première fois à la mi-octobre 2022, alors que ma maître de stage et moi allons le chercher dans la salle d'attente du CMP pour aller en séance de psychomotricité. Homère est avec son père, debout en face de lui. Ils discutent et semblent proches, complices. Lorsque Homère nous aperçoit, ma maître de stage me présente à lui et son père. Le papa se montre aimable et me souhaite la bienvenue. Mon attention se concentre cependant davantage sur Homère qui me regarde avec timidité et circonspection. Il fait un câlin à son père, qui le lui rend, avant que nous partions en séance. Monsieur dit « à tout à l'heure mon fils » et l'emploi de cet adjectif possessif m'apparaît à nouveau comme un indice de l'affection entre le père et le fils. En quittant la salle d'attente pour aller en séance de psychomotricité, Homère passe devant ma maître de stage et moi en

m'adressant de discrets coups d'œil. Il marche d'un pas décidé et nous le suivons jusqu'à la salle.

Si je devais décrire Homère physiquement, je le ferais comme suit : c'est un petit garçon au teint doré d'une taille d'environ 1 m 40 et très légèrement potelé. Il est habillé avec un pantalon de jogging, des baskets et un sweat léger, sous une veste matelassée. Son visage expressif est de forme triangulaire et ses traits symétriques. C'est un petit garçon à qui l'adjectif mignon correspond. Il a de grands yeux marron foncé, ainsi que des cheveux châtain clair crépus et très courts. Il porte des lunettes rectangulaires bleues aux verres à effet loupe, grossissant un peu ses yeux. Homère a une voix claire, enfantine et que je caractériserais d'habitée et expressive.

Lors de cette première séance de psychomotricité, nous commençons par nous installer sur des chaises et autour d'une table, toutes à hauteur d'enfant, sous le tableau blanc Velléda, dans la salle de psychomotricité. Homère est assis en face de ma maître de stage et moi. Nous commençons par prendre des nouvelles du petit garçon. Il nous raconte son anniversaire, fêté il y a peu. Je note que son discours est organisé et structuré temporellement, il est cohérent. Comme Homère et ma maître de stage en ont l'habitude, nous poursuivons en transcrivant sous forme de dessins le programme de la séance d'aujourd'hui, sur le tableau blanc. Ceci afin de la structurer tant dans l'espace que dans le temps. Ainsi, ce jour-là, le temps psychomoteur se déroule comme suit : utiliser un hamac comme une balançoire (Homère aime les stimulations vestibulaires), jouer au jeu de réflexion SmartGames « les trois petits cochons » et s'envoyer un ballon de baudruche avec des raquettes.

Au moment de cette première rencontre, j'observe qu'Homère a des difficultés à se coordonner pour se balancer sur le hamac et se donner de l'élan : la séquence de mouvements de plier puis tendre les jambes ne semble pas faire trace durablement, malgré notre accompagnement verbal puis physique du geste. Homère prend néanmoins du plaisir à l'activité qu'il aime beaucoup. Le jeu « les trois petits cochons » consiste en différents défis où l'enfant doit placer des figurines (des cochons et un loup) sur un plateau en suivant un modèle. Il doit ensuite ajouter des maisons en faisant en sorte qu'elles rentrent toutes dans l'espace limité du plateau de jeu. Cette activité travaille la concentration, l'intelligence spatiale, la logique, la planification et la résolution de problèmes. Ce jeu n'est pas aisé pour Homère qui doit s'y reprendre à plusieurs reprises avant de trouver la solution. Il est difficile de savoir quelle est la part de chaque notion travaillée par le jeu dans les difficultés du petit garçon. De plus, il semble qu'il peine dans les compétences visuo-spatiale et visuo-

constructive. Le temps d'échange d'un ballon de baudruche avec des raquettes m'apporte également de nombreuses observations sur Homère. Tout d'abord, sa latéralité n'est pas encore affirmée. Il manipule la raquette tantôt de la main droite, tantôt de la gauche qu'il qualifie de « moins forte », et le plus souvent des deux mains où il perd beaucoup en précision du geste. Le tonus d'action se module difficilement, cela étant majoré par la composante tonico-émotionnelle excitante du jeu et l'attention labile d'Homère.

Au niveau relationnel, au cours de cette première séance de psychomotricité, Homère passe rapidement de timide en ma présence à joueur. Il interagit de plus en plus avec moi, tant au niveau verbal que dans le jeu. Il me sollicite même pour que je prenne mon tour. Je trouve déjà ce petit garçon attachant, plein de vie et je prends plaisir à la séance. Le contact s'établit très facilement et rapidement avec lui.

Lorsque la séance se termine, Homère est excité et semble content du temps passé avec nous. Nous le raccompagnons dans la salle d'attente où il retrouve son papa qu'il enlace. Finalement il quitte le CMP avec son père en nous disant au revoir mais sans se retourner.

### **2.3. Bilan psychomoteur puis diagnostique du trouble développemental de la coordination (TDC)**

Au fur et à mesure de nos séances de psychomotricité, de nos observations psychomotrices et aux vues des constatations faites par tous les professionnels suivant Homère et par sa famille, un nouveau bilan psychomoteur est demandé par la pédopsychiatre assurant le suivi du petit garçon au CMP. Le motif de cette demande est « Suspicion de TDC, suspicion de dysgraphie ».

Ainsi, ma maître de stage et moi réalisons en coopération ce nouveau bilan psychomoteur en décembre 2022 alors qu'Homère a huit ans et deux mois. Il s'agit d'un bilan à épreuves normées mais aussi observationnel. Les différents tests que nous avons utilisés sont : la MABC-2 groupe d'âge 2 (sept à dix ans) (Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant-2), le NP-MOT (Batterie d'évaluation des fonctions neuro-psychomotrices de l'enfant), l'examen psychomoteur de Bucher (résistance à la poussée, syncinésies, recherche de la passivité, extensibilité, relaxation et épreuve Tête-Mains-Pieds), le BHK enfant (Echelle d'évaluation rapide de l'écriture chez l'enfant), la figure de Rey A et le dessin du bonhomme.

La MABC-2 et le NP-MOT sont deux tests de catégories différentes (échelle de performance pour l'un et échelle de développement pour l'autre) utilisés pour évaluer la

motricité (Inserm, 2019, p. 374). Ils sont notamment cités dans la littérature comme outils diagnostiques du TDC (Fahed, 2018; Lewandowski, 2018).

Voici la conclusion de notre bilan psychomoteur :

Durant l'ensemble de la passation des tests de bilan, Homère se montre participatif, jovial, volontaire et est déterminé à bien faire. Il peut être déçu ou se déprécier en cas de difficulté. C'est un petit garçon souriant et qui a un très bon contact relationnel, qui investit le thérapeute. Son attention est parfois labile mais Homère la remobilise rapidement lorsque cela lui est signalé.

- Comportement : Homère est un garçon volontaire et persévérant. Il veut être dans la performance et peut se dévaloriser facilement. Il aime beaucoup gagner et a besoin d'être valorisé. Ainsi, Homère est très sensible aux remarques et peut abandonner facilement s'il n'est pas soutenu. Ses activités sont beaucoup impactées par un déficit de l'attention. En effet, il est facilement distrait et a besoin de bouger régulièrement. Il a un imaginaire débordant, ce qui favorise sa distractibilité. Homère a de bonnes compétences relationnelles et s'appuie beaucoup sur son lien avec l'adulte. Il peut faire preuve d'humour et d'empathie. Il n'a pas de problème de compréhension des consignes. De plus, Homère est capable d'analyser ses performances et de s'auto-corriger en cas d'erreur.
- Tonus : au niveau tonique, Homère présente un tonus de fond bas. De plus, recruter son tonus, notamment son tonus d'action, lors des exercices est très coûteux pour lui.
- Latéralité : Homère semble utiliser préférentiellement sa main droite. Son processus de latéralisation ne semble toutefois pas encore abouti et le principe de réversibilité n'est pas encore acquis.
- Schéma corporel : Homère ne connaît pas encore le vocabulaire correspondant à toutes les articulations du corps. Son dessin du bonhomme présente un niveau graphique plus bas que ce qui est attendu pour la moyenne de son âge. De plus, il manque certains éléments corporels essentiels : le nez et les oreilles.
- Espace : Homère connaît sa droite et sa gauche mais la réversibilité n'est pas encore totalement acquise ni automatisée. Ses stratégies pour s'aider à se repérer dans l'espace et par rapport à un plan (orientation spatiale) ne sont pas efficaces et sont coûteuses en énergie et concentration. Les compétences visuo-constructives en deux dimensions (reproduire un modèle, s'organiser dans l'espace

- d'une feuille) et en trois dimensions (faire ses lacets) sont fragiles (dyspraxie visuo-constructive). De même pour la structuration et l'adaptation spatiale.
- Temps : Homère évolue positivement dans son repérage temporel. Il réussit mieux à relater des faits de manière cohérente. Il a de bonnes compétences en rythme et est capable de trouver des indices pour bien comprendre une situation temporelle et son déroulé.
  - Motricité globale et praxies : Homère est en dessous des attendus de la moyenne de son âge pour les épreuves de motricité globale et d'équilibre. Il présente une difficulté motrice significative. (MABC-2 : Note standard (NS) de 5 en équilibre). Homère est capable de coordonner ses mouvements (coordination multisegmentaire) (épreuve Tête-Mains-Pieds de Bucher), cependant l'intégration d'une séquence motrice prend du temps, peine à faire trace et le facteur vitesse désorganise son mouvement. Concernant les praxies, Homère régule et adapte difficilement ses gestes dans leurs paramètres d'espace, de temps et de force (épreuve d'attraper à deux mains du MABC-2). Il peut manquer de stratégie pour savoir comment s'y prendre pour réaliser un mouvement donné (dyspraxie idéatoire). Il est en difficulté pour accomplir les gestes qu'il souhaite et les praxies d'habillement (boutons, fermeture éclair, lacets, vêtement mis à l'envers).
  - Motricité fine : Homère a des performances en dessous de celles de la moyenne de son âge en motricité fine. (MABC-2 : NS de 4 en dextérité manuelle). On observe une lenteur et des difficultés de représentation visuo-spatiale qui l'impactent dans la réalisation des différents exercices. Concernant le graphisme, Homère a une prise fonctionnelle du stylo. Il peut avoir une qualité graphique correcte mais uniquement s'il n'est pas sous pression. Il est toutefois très fatigable. Il rencontre des difficultés à assembler les traits pour former une lettre. Les levers de stylo sont fréquents et son tracé est variable. De plus, son tonus est élevé et le geste ne s'automatise pas. (BHK : déviation standard au-delà de -2 ET, signifiant un trouble à rééduquer).

Finalement, les résultats du test MABC-2 d'Homère sont : NS de 4 en dextérité manuelle (percentile 2), NS de 7 en viser et attraper (coordinations oculo-manuelles) (percentile 16) et NS de 5 en équilibre (percentile 5). En conclusion, la Note totale de Test d'Homère est de 50 (NS de 3 et rang percentile de 1), ce qui se trouve dans la zone d'évaluation du MABC-2 dite « rouge » (qui concerne les Notes totales de Test inférieures ou égales à 61), qui indique une difficulté motrice significative.

Conséquemment à la passation de ce bilan psychomoteur, au regard de l'anamnèse et après examen clinique et entretien (démarche diagnostique) (Inserm, 2019, p. 341), la pédopsychiatre d'Homère au CMP pose les diagnostics de TDC et de dysgraphie en janvier 2023. L'ensemble des critères diagnostiques A, B, C et D du trouble moteur qu'est le TDC sont ainsi présents (Crocq et al., 2023).

#### **2.4. Ma place dans la prise en charge psychomotrice d'Homère**

Concernant ma place de stagiaire dans la prise en charge psychomotrice d'Homère, d'octobre 2022 à janvier 2023, j'ai dès la première séance de psychomotricité pris une place active dans le suivi (combinant observation et participation aux médiations aux côtés de ma maître de stage). Par la suite, concomitamment à la pose du diagnostic de TDC pour Homère (par la pédopsychiatre du CMP) en janvier 2023, la prise en charge en psychomotricité du petit garçon m'est confiée par ma maître de stage. En effet, je commence à mener les séances et à gérer le suivi, assistée de ma maître de stage qui prend un rôle d'observation, me seconde et participe si besoin et me suit dans mes propositions. Aux vues du diagnostic de TDC, des résultats du dernier bilan psychomoteur et de mes observations psychomotrices sur Homère, je choisis, avec l'accord et le soutien de ma maître de stage, d'utiliser la méthode CO-OP comme médium dans la prise en soin psychomotrice d'Homère. À ce moment-là, je pense que cette médiation et technique de rééducation *top-down* est tout à fait pertinente et intéressante pour le petit garçon pour plusieurs raisons :

- Homère est investi dans sa prise en charge, il a le souci de bien faire, il est joueur et a tous les prérequis de communication, d'expression et de compréhension nécessaires à l'application de la CO-OP. Il est aussi capable d'auto-critique et de métacognition, c'est-à-dire de remettre en question ses stratégies. De plus, le petit garçon a déjà émis des plaintes vis-à-vis d'activités (loisirs, école) où il est en difficulté et qui impactent sa qualité de vie (relation avec ses pairs, travail scolaire) (motivation de l'« intervention » CO-OP).
- J'ai forgé une bonne alliance thérapeutique avec Homère et il est partant pour l'utilisation de la méthode.
- En outre, l'utilisation de la stratégie cognitive globale BUT-PLAN-FAIRE-VÉRIFIER me semble particulièrement pertinente comme outil pour aider le garçon à pallier la dyspraxie idéatoire de son trouble. En effet, les étapes PLAN et FAIRE travaillent ses fonctions déficitaires de planification et de réalisation séquencée d'un geste

complexe. Je pense également que la forme protocolaire de la méthode CO-OP peut permettre à Homère de trouver un cadre rassurant (car maîtrisé et organisé, en opposition à ses gestes malhabiles) et structurant, qui favorise le maintien de son attention sur une tâche (rappelons qu'il présente un TDAH comorbide à son TDC). En outre, qu'Homère s'appuie sur un PLAN pour réaliser une tâche et VÉRIFIE l'efficacité de cette stratégie en elle-même, et non sa propre performance, peut lui permettre de mettre à distance le sentiment d'incapacité et la dépréciation de soi (Madiou & Ruiz, 2019) qu'il manifeste souvent en cas d'échec.

- Enfin, je perçois que les parents d'Homère sont à ses côtés, ils sont investis dans ses prises en charge et sont demandeurs de solution pour l'aider.

Je vais maintenant partager mon expérience clinique de l'application de la méthode CO-OP dans la prise en charge en psychomotricité d'Homère.

### **3. Utilisation et application de la méthode CO-OP dans la prise en charge psychomotrice d'Homère**

J'ai appliqué la méthode CO-OP avec Homère sur un total de onze séances de psychomotricité chronologiquement organisées comme suit :

- Un entretien avec les parents d'Homère (sans Homère) pour présenter la CO-OP et discuter des difficultés qu'ils ont repérées chez leur fils au quotidien, leur perception : administration de la MCRO à propos d'Homère.
- Un entretien avec Homère (sans ses parents) où j'expose à nouveau les tenants et aboutissants de la méthode CO-OP et lui fait passer la MCRO pour que nous ciblions les tâches qu'il souhaite travailler dans la prise en charge et qui le mettent en difficulté dans son quotidien (MCRO avant « intervention », voir scores Pré-test en Annexe I).
- Neuf séances d'application du protocole de la CO-OP avec Homère, avec ré-administration de la MCRO à la fin de la neuvième séance (MCRO après « intervention », voir scores Post-test en Annexe I). J'ai pris la décision, en accord avec l'institution, Homère et ses parents, de filmer chacune de nos séances pour : optimiser l'ADE (Analyse dynamique de l'exécution) et avoir un retour image du travail et des progrès d'Homère, montrés au garçon et à ses parents en fin de prise en charge (revalorisation du patient à ses yeux et à ceux de sa famille).

- Un entretien avec Homère et ses parents pour constater et parler des progrès du garçon (valorisation), ainsi que de l'impact, de la reprise et de la continuation de la méthode CO-OP et du travail effectué dans le quotidien d'Homère.

### **3.1. Entretiens et définition du projet thérapeutique**

Entretien avec les parents d'Homère :

Je débute donc mon suivi d'Homère en psychomotricité, avec la méthode CO-OP comme outil de prise en charge, par un entretien avec ses parents début février 2023. Homère n'est pas présent pendant cette séance et je suis accompagnée de ma maître de stage (figure thérapeutique et de confiance faisant le lien entre les parents et moi). Nous sommes installés dans notre salle de psychomotricité habituelle. Les parents d'Homère sont de très bon contact, ils sont agréables et le dialogue s'établit facilement entre nous. Pendant cet entretien je leur présente en détail la méthode CO-OP et échange avec eux afin d'avoir une idée des difficultés d'Homère au quotidien et voir comment ils le perçoivent. En effet, l'observation et le témoignage parental me semble important à prendre en compte car ils sont, selon moi, « experts » de leur enfant. J'utilise donc la MCRO avec les parents d'Homère. Au fil des échanges, nous sélectionnons trois tâches qu'il serait intéressant de travailler avec Homère, pour améliorer sa qualité de vie, selon ses parents. Il s'agit de :

- La tenue à table d'Homère qui se tient avachi, renverse fréquemment son verre, peut faire tomber accidentellement son assiette et ne sait pas manier ses couverts (couteau, fourchette) de manière efficiente (il ne sait notamment pas couper avec un couteau). Homère mange ainsi la plupart du temps avec les doigts et compte sur l'aide de ses parents pour couper sa nourriture.
- Le football : Homère « ne sait pas tirer dans un ballon » (mots de ses parents) et rencontre ainsi des problèmes d'intégration où il est mis de côté par ses pairs pendant les jeux de récréation. Les parents du garçon disent que c'est souffrant pour lui et qu'il aimerait obtenir la reconnaissance des autres, leur attention.
- Le graphisme : les parents d'Homère rapportent que le petit garçon est lent dans les tâches graphiques (dessin, écriture) et qu'il sait difficilement dessiner. De plus, il manifeste de la frustration lorsqu'il n'arrive pas à dessiner ou écrire ce qu'il veut.

Dans le discours des parents, je perçois leur inquiétude vis-à-vis de l'impact du TDC d'Homère sur sa qualité de vie et ses relations sociales, et donc finalement sur sa capacité à s'intégrer dans la société, à y prendre sa place. J'ai le sentiment que le geste « efficace

» favoriserait la mise en lien d'une personne à une autre, en la validant en tant qu'individu via sa « compétence ».

Les parents d'Homère semblent bien connaître leur fils et je sens notamment Madame très juste dans ses observations et la description de son enfant. Homère est dépeint comme un petit garçon ayant une « bonne mémoire » (mémoire visuelle) et comme étant gentil et « très attentionné à la maison ». J'émetts l'hypothèse que ce comportement serait, chez Homère, la manifestation d'une recherche de réassurance, d'affection et de validation de sa personne (via et par autrui). Ceci pour compenser sa perception souvent dépréciée de lui-même et le regard qu'il perçoit des autres sur ses « manques » dans les activités de la vie quotidienne.

Entretien avec Homère :

La séance suivante, ma maître de stage et moi retrouvons Homère en psychomotricité, dans notre salle. Homère est en face de nous et nous sommes tous assis autour d'une table et sur des chaises à hauteur d'enfant (sous le tableau blanc). Durant cet entretien, je commence par lui présenter les objectifs de la méthode CO-OP et je lui dis notamment : « notre but est de t'aider pour que tu puisses réaliser les activités que tu veux faire et qui sont difficiles pour toi au quotidien, pour que ce soit plus facile ». Ainsi, je lui fais passer la MCRO afin de déterminer les trois tâches (BUTS) que nous allons travailler avec la CO-OP en séance de psychomotricité. Homère est attentif, assis sur sa chaise mais peine à dire spontanément les tâches du quotidien pour lesquelles il est en difficulté. Je ne pense pas qu'il s'agisse ici d'un réel manque de perception de ses problématiques (aux vues des réactions du garçon face à l'échec et de ce qu'il peut en dire) mais plutôt d'un sentiment de honte et de besoin de se renarcissiser. Il me faut donc l'accompagner dans sa réflexion en lui posant des questions sur sa vie quotidienne. Après discussion, trois habiletés ressortent nettement et recourent celles évoquées par ses parents lors de l'entretien précédent. Je demande à Homère pour chacune des trois tâches de me dire sur une échelle de 1 à 10 (notée au tableau comme support visuel) : « À quel point cette tâche est importante pour toi ? » (Importance de l'habileté aux yeux du patient), « Comment est-ce que tu penses que tu réalises la tâche ? » (Rendement, le niveau d'exécution qu'il pense avoir de celle-ci) et « À quel point es-tu satisfait de ce que tu réalises ? » (son degré de Satisfaction face à sa performance). Cette autoévaluation avec la MCRO est donc faite avant « intervention » (c'est-à-dire utilisation de la méthode CO-OP) et sont des notes dites Pré-test (voir tableau

MCRO en Annexe I). Finalement les trois habiletés et donc BUTS définis avec Homère sont :

- Tracer un trait avec une règle (trait horizontal et trait vertical) :

Importance = 6, Rendement = 1, Satisfaction = 1.

Homère, en classe de CE2, éprouve des difficultés à manipuler son matériel à l'école et notamment à tracer des traits avec une règle, ce qui le handicape dans ses leçons.

- Couper un aliment avec un couteau et une fourchette :

Importance = 9, Rendement = 1, Satisfaction = 1.

Homère verbalise le fait que manger avec des couverts est très difficile pour lui et qu'il veut s'améliorer afin d'être plus autonome, car il demande toujours l'aide de ses parents pour réaliser cette tâche.

- Shooter dans un ballon en visant une cible immobile (plot) ou mobile (coéquipier) :

Importance = 10, Rendement = 7, Satisfaction = 1.

Je constate que cette habileté est très importante pour Homère, qui adore jouer au football. Il me dit de prime abord qu'il est très fort au foot mais nuance rapidement son propos en disant « mais parfois je ne tire pas où je voudrais ». Ainsi, son discours est ambivalent quant à ses capacités : il les revendique (comme si échouer était honteux) avant de finalement m'avouer qu'il est parfois mis de côté par ses copains car il n'arrive pas à faire des passes ; il n'est pas satisfait de lui-même.

Il me semble que ces trois BUTS ne s'inscrivent pas dans les mêmes temporalités. En effet, les deux premiers paraissent davantage relever du futur d'Homère, dans ses enjeux scolaires et d'autonomie. Son envie de les travailler est peut-être influencée par une inquiétude parentale. Au contraire, s'intégrer à ses pairs via le football s'inscrit pleinement dans la temporalité actuelle du petit garçon et est une demande qui semble particulièrement l'animer.

Les scores de rendement et de satisfaction extrêmement bas d'Homère sont un marqueur de sa détresse face à certaines situations et son sentiment d'incapacité dans la réalisation de ces différentes habiletés. Homère est demandeur et motivé pour finalement les acquérir, il fait preuve d'enthousiasme.

### **3.2. Travail de trois habiletés motrices avec la CO-OP en séances de psychomotricité**

C'est dès la semaine suivante que je commence à utiliser le protocole de la CO-OP. À cette occasion, j'expose la méthode à Homère et notamment la stratégie cognitive globale BUT-PLAN-FAIRE-VÉRIFIER (notre cadre pour l'acquisition de nouvelles habiletés). J'écris, je numérote et j'explique chacune de ces étapes au tableau : « 1. BUT : qu'est-ce que je veux faire ? », « 2. PLAN : comment vais-je le faire ? », « 3. FAIRE : je le fais ! (Je réalise le plan) » et « 4. VÉRIFIER : comment a fonctionné mon plan ? ». Cela constitue un support visuel et forme un programme spatialement organisé de haut en bas, qui sert d'appui à la bonne appréciation du déroulé séquencé de la méthode (composante temporelle). Homère est intéressé, attentif et pose des questions s'il y a quelque chose qu'il ne comprend pas. Le petit garçon et moi écrivons ensemble ses trois BUTS à atteindre : « Tracer un trait avec une règle (trait horizontal et trait vertical) », « Couper un aliment avec un couteau et une fourchette » et « Shooter dans un ballon en visant une cible immobile (plot) ou mobile (coéquipier) ». Ensuite, j'accompagne Homère dans son exécution de chacune de ces tâches afin d'observer comment il s'y prend et de pouvoir le guider au mieux par la suite. Cela me permet de repérer l'organisation du mouvement à l'origine de son manque de performance (ADE réalisée). Pour chaque habileté, je fais en sorte qu'Homère soit dans les conditions les plus écologiques possibles, c'est-à-dire : utilisation du matériel dont il a l'habitude et mise en situation au plus près de son quotidien. Ceci lui permet d'acquérir précisément l'habileté le mettant en difficultés (avec tous ses paramètres spécifiques) et ainsi d'améliorer directement sa qualité de vie et de favoriser la généralisation et le transfert de ses compétences (objectifs de la CO-OP).

Je maintiens l'utilisation du dispositif vidéo car cela n'affecte pas les performances d'Homère ni n'altère son bien-être dans la prise en charge. Au contraire, il est content d'être filmé et y réagit en souriant et en saluant de la main lorsque nous commençons la capture vidéo, il oublie ensuite très vite la caméra et n'est pas influencé par elle. J'exposerai plus loin des extraits de séance pour chacune des tâches que nous avons travaillées.

Par la suite, à chaque début de séance, je demande à Homère de rappeler oralement ou manuscritement (sur le tableau, pour solliciter ses compétences visuo-constructives en deux dimensions) chacune des étapes de la stratégie globale, que nous reprenons ensemble. Il s'agit ici de favoriser son apprentissage du protocole de la méthode pour qu'il puisse ensuite réutiliser cet outil dans d'autres situations (objectifs de généralisation et transfert des compétences). De plus, je fais en sorte de structurer temporellement mes

séances en travaillant au maximum les trois tâches toujours dans le même ordre : tracer un trait à la règle, couper un aliment avec des couverts et shooter dans un ballon en visant. Parfois, si nécessaire, j'adapte bien sûr ce déroulé en fonction d'Homère, de ses capacités attentionnelles et de ce que je perçois corporellement de lui, sa façon d'être, et afin de toujours favoriser sa motivation. Le shoot dans un ballon est la dernière habileté que nous travaillons afin de favoriser le maintien de l'attention d'Homère sur les tâches travaillées avant au bureau, car son attention, sa prosodie et sa mobilité sont plus labiles après un long moment assis. Le protocole de la méthode CO-OP, du fait de ses stratégies cognitives, sollicite physiquement le petit garçon tout en lui demandant un effort de concentration demandant un étayage important de la part du psychomotricien.

Pendant nos séances, lorsqu'Homère élabore son PLAN pour chacune des trois habiletés que nous travaillons, je retranscris sur une feuille sa stratégie (la séquence d'actions qu'il pense nécessaire pour la réalisation du BUT) en respectant et utilisant ses mots (afin qu'il s'approprie son PLAN, qu'il s'en souvienne plus facilement et pour favoriser les processus de généralisation et de transfert des habiletés acquises). Afin de renforcer cela, Homère utilise la stratégie cognitive spécifique du soliloque (autoguidance verbale). À la fin de la prise en charge, les auto-instructions sont intériorisées par le petit garçon. J'exposerai plus loin les PLANS établis par Homère.

Ma relation thérapeutique avec le petit garçon s'est renforcée au fil de nos rendez-vous et je sens, au niveau émotionnel et relationnel, un plaisir partagé. Cela se traduit par des manifestations de joie (sourires et exclamations de satisfaction lorsqu'il y a succès). Homère veut bien faire : je perçois un réel plaisir à la réalisation des tâches (notamment pour le shoot dans un ballon) mais j'émet également les hypothèses qu'il veut répondre aux attentes de l'adulte et prouver sa compétence (particulièrement concernant le tracé de traits à la règle et la découpe d'un aliment, deux activités relevant moins du jeu pour lui). Le petit garçon est investi, dynamique et émotionnellement expressif face à ses réalisations. On sent qu'il prend du plaisir dans la relation avec l'autre et qu'il aime venir en séances de psychomotricité.

Pour les tâches travaillées à la table (tracer des traits au crayon et utilisation des couverts pour couper un aliment), je suis assise en face du garçon afin de l'observer au mieux dans sa globalité et de ne pas le gêner dans ses mouvements. Ma maître de stage, avec la caméra, est à côté de moi et légèrement décalée par rapport à la table (angle de vue optimal).

Je vais maintenant exposer mes observations cliniques pour chacune des trois tâches que nous avons travaillées avec Homère en utilisant la méthode CO-OP. Il s'agit ici de voir le travail effectué en séance à travers le prisme d'un regard psychomoteur.

### **3.2.1 Tracer un trait avec une règle (trait horizontal et trait vertical)**

Pour réaliser cette tâche, Homère utilise une règle lisse de trente centimètres, graduée d'un seul côté et légèrement bombée sur sa face qui n'est pas en contact avec la surface sur laquelle elle est posée. En conséquence, sa bonne utilisation requiert de la placer dans une certaine position, selon le tracé que l'on souhaite réaliser. Ce matériel est similaire à celui utilisé par le petit garçon dans sa classe de CE2. Les traits sont tracés au crayon sur une feuille blanche de format A4 et Homère est assis sur une chaise face à une table à hauteur d'enfant.

Première séance de psychomotricité en utilisant la CO-OP : Homère prend spontanément son crayon avec la main droite et tient sa règle avec la gauche. Dès le début de la tâche il commence à chantonner une musique et chante de plus en plus fort en réalisant l'action. Je perçois ceci comme un moyen de défense, une stratégie de « fuite » face à sa difficulté pour réaliser l'habileté. J'émetts aussi l'hypothèse que le chant pourrait être un moyen, pour lui, de recruter son tonus ou d'éprouver son axe corporel, au travers de ses vibrations vocales. Homère ne parvient pas à tracer un trait avec une règle sans qu'elle ne bouge et que le trait dévie. Lorsque cela se produit, je sens le besoin de réassurance du garçon qui lève la tête, fait la moue et me regarde pour voir ma réaction et connaître mon éventuel jugement face à sa réalisation. Il peut dire « j'en ai marre ». Je l'encourage en réponse et il se remobilise aussitôt. Homère est en échec car il tient sa règle par son extrémité. Elle n'est donc pas stabilisée et bouge dès que la pression du crayon pour tracer le trait est appliquée sur elle. En outre, son tonus d'action est trop élevé et pas assez modulé. Ses difficultés s'accroissent encore lorsqu'il doit faire un trait vertical. En effet, en plus de sa tenue peu efficace de la règle, il la positionne ici vers sa main gauche et se gêne ainsi dans son tracé avec sa main droite : cette configuration l'oblige à passer par-dessus la règle, faire se croiser ses mains et lever son stylo. En outre, tout cela l'oblige à se pencher sur la feuille (léger enroulement) et à déporter son tronc sur le côté, il se désaxe ainsi et se met dans une position inconfortable et non fonctionnelle. Homère peine à adapter sa posture, la position de son corps et celle de l'objet à la situation. Le petit garçon, avec sa dyspraxie visuo-constructive en deux dimensions, a aussi des difficultés à s'organiser sur sa feuille et

se met d'autant plus en difficultés qu'il trace en première intention ses traits tout à fait au bord du support papier. La règle est aussi parfois posée sur sa face bombée et non sur la plate (accentuant son instabilité).

Au fil des séances, j'accompagne Homère dans l'utilisation de différentes stratégies spécifiques afin de l'amener à trouver la stratégie (le PLAN) lui permettant d'accomplir le BUT de tracer des traits à la règle sans problème. Le PLAN définis par le petit garçon est le suivant :

- « Je prends la règle avec ma main gauche ».
- « Je tiens le stylo avec ma main droite ».
- « Je positionne la règle bien droite (à l'horizontale) » (trait horizontal) ou « Je positionne la règle à la verticale » (trait vertical).
- « Je positionne ma main gauche au milieu de la règle (pour bien la maintenir) ».
- « J'appuie bien fort sur la règle pour la maintenir en position pendant que je trace mon trait ».
- « Je trace mon trait en appuyant pas trop fort avec le stylo ».

Homère est un enfant astucieux qui, accompagné dans sa découverte et centré sur la tâche pour la décortiquer, trouve rapidement son organisation du mouvement efficace pour réaliser l'habileté. Le petit garçon n'hésite pas à faire des propositions et y montre de l'enthousiasme. Il lui faut cependant plusieurs séances avant de stabiliser et intégrer sa stratégie. Du fait de sa distractibilité, je dois souvent l'accompagner par la voix, par le geste, pour ajuster son rythme, son tonus. Par exemple, pour « ralentir » Homère et focaliser son attention sur l'étape VÉRIFIER, je mets mes mains sur les siennes en y exerçant une légère pression (communication infraverbale et dialogue tonique). Écarter imperceptiblement la règle et le crayon est également une solution pour le recentrer (éloigner les objets distrayeurs). Au cours de nos séances, le soliloque, sentir le mouvement, se focaliser sur des points d'exécution et prêter attention à la position de son corps (son tronc, ses mains) sont les stratégies spécifiques majeures que nous avons utilisées pour le travail du tracé de traits à la règle. Ci-dessous quelques vignettes cliniques illustrant leur découverte et application par Homère et mon accompagnement dans ce processus :

- Se focaliser sur des points d'exécution et sentir le mouvement :

Cinquième séance de travail avec la CO-OP, je demande à Homère de tracer un trait vertical sur la feuille format A4 placée devant lui. Il pose la règle sur sa face bombée et trace un trait qui dévie. Je lui demande alors « Est-ce que tu penses que ta règle est bien positionnée ? Est-elle dans le bon sens ? ». Je cherche ici à lui faire prendre

conscience qu'il a posé l'outil sur sa face instable. Il réfléchit, se redresse, me dit « attend » et tourne la règle sur sa face plate. Je rebondis alors en lui disant « Ah ! Essaie donc de faire un trait comme ça maintenant ». Le petit garçon s'exécute et trace parfaitement son trait. Il garde ensuite ses yeux fixés sur sa réalisation, réfléchit et lorsque je lui pose la question « Est-ce que c'est plus simple comme ça ? », il s'exclame « Oui ! ». Ici, Homère s'est focalisé sur un point d'exécution de la tâche (le positionnement de l'outil) et a pu sentir que l'organisation initiale de son mouvement n'était ni confortable, ni efficiente, en expérimentant deux manières différentes de réaliser le geste.

- Prêter attention à la position de son corps et sentir le mouvement :

Nous sommes à la troisième séance d'application de la CO-OP, Homère doit tracer un trait vertical. Il place sa règle et la maintient en me disant « je pose tous mes doigts sur la règle ». Sa posture n'est cependant pas confortable car il tient l'outil du bout des doigts avec son poignet plié et relevé. Je lui demande alors « Est-ce que tu es bien avec la main dans cette position ? Est-ce que c'est confortable ? ». Il prend le temps de réfléchir et refais tout de suite la tâche en posant, cette fois, sa main bien à plat sur la règle. Il constate la différence de ressenti et ne surélève ensuite plus son poignet. Je le félicite et met l'accent sur cette nouvelle découverte.

Durant la prise en charge, Homère fait rapidement de nombreux progrès et maîtrise parfaitement l'habileté du tracé de traits à la règle dès la septième séance. En effet, j'observe que son installation, le placement de la règle et de ses mains sont fluides et immédiats. Il a intégré les différentes étapes de son PLAN et n'a plus besoin de les dire à haute voix. De plus, son investissement corporel et son tonus sont dosés et le positionnement de son corps est adapté à la situation. Je constate que tout ceci apporte au garçon un grand sentiment de satisfaction et de fierté lorsque vient l'étape de VÉRIFIER. Il le manifeste par de francs sourires, des pouces et poings levés victorieusement, ainsi que des exclamations heureuses. Il se sent compétent.

### **3.2.2 Couper un aliment avec un couteau et une fourchette**

Pour travailler cette habileté, Homère se sert de couverts en métal « classiques » et coupe l'aliment dans une assiette blanche en céramique. Nous utilisons d'abord des bananes puis des demi-pommes comme aliment à couper, afin de faire évoluer le degré de difficulté.

La toute première séance d'utilisation de la CO-OP révèle à quel point Homère est en difficulté pour réaliser cette tâche. Le petit garçon n'utilise pas spontanément sa fourchette pour maintenir l'aliment à couper si on ne le lui rappelle pas. Il cherche avec quelles mains tenir le couteau et la fourchette, il change l'un et l'autre de main, teste. Homère tient ses couverts du bout des doigts par leur extrémité la plus éloignée de l'assiette dans une posture tendue et inconfortable : ses deux bras forment parfois un V avec ses coudes relevés et ses poignets peuvent être « cassés ». J'observe également qu'il bouge et désaxe son tronc sur les côtés dans ses tentatives de découper l'aliment (une banane ici). Son tonus est très haut et il y a une instabilité corporelle. Ce tonus élevé, pneumatique, est selon moi une manifestation de l'inconfort du petit garçon face à la tâche. En outre, je ressens cet état tonique, son instabilité corporelle et par conséquent son manque d'ancrage, comme des formes d'auto-agrippement, mais aussi comme autant de conséquences et de causes de son geste désorganisé. Cela m'évoque l'image de l'ouroboros, un système s'auto-alimentant. De plus, Homère ne maintient pas efficacement la banane avec sa fourchette, l'aliment sort donc de l'assiette très souvent. Le petit garçon ne fait pas de mouvement de scie avec son couteau pour trancher, il se contente d'appliquer une force vers l'extérieur pour séparer le morceau de la structure principale. Enfin, lorsque le couteau est appliqué pour couper il chevauche souvent la fourchette, ce qui est un autre point d'échec de l'action. Son organisation du mouvement lui coûte beaucoup en énergie : il soupire à la fin et se tient plus voûté. Malgré cela Homère reste concentré sur sa tâche, fait au mieux et lorsque je lui demande si cela est difficile il me répond par la négative. Il veut être dans la performance et a du mal à admettre verbalement qu'il est en difficulté.

La méthode CO-OP montre ici aussi son efficacité sur la régulation et l'adaptation des fonctions psychomotrices déficitaires d'Homère. En effet, dès la septième séance d'application de la CO-OP, le petit garçon parvient avec un geste fluide et une coordination bimanuelle efficace à couper une pomme avec des couverts. Son PLAN pour cette habileté est le suivant :

- « Je prends la fourchette avec ma main gauche et la tiens dans mon poing ».
- « Je prends le couteau avec ma main droite ».
- « Je plante la fourchette bien droite dans l'aliment (pour ne pas couper sur les dents de la fourchette) ».
- « J'appuie assez fort sur la fourchette pour maintenir l'aliment ».
- « Je place le couteau à l'horizontale près de l'aliment ».
- « Je coupe l'aliment avec le couteau en faisant un mouvement de haut en bas ».

Je vais exposer ci-dessous des extraits de séances de travail illustrant comment j'accompagne Homère dans sa découverte de gestes efficaces.

Troisième séance de psychomotricité avec la CO-OP :

- Homère essaie de couper la pomme avec une prise palmaire du couteau, qu'il tient à la verticale. Sa stratégie ne fonctionne pas. Nous faisons l'étape VÉRIFIER et lorsque je lui demande si c'était facile ou difficile pour lui, il me répond sans conviction que c'était facile. Néanmoins, cette organisation du mouvement n'est pas efficiente. J'amène donc Homère à expérimenter d'autres stratégies en lui disant « Est-ce que tu penses que tu pourrais tenir autrement le couteau ? » et j'ajoute pour le motiver « Tu sais, nous sommes là pour essayer et expérimenter, ce n'est pas grave si tu ne trouves pas la solution tout de suite ». Sa réponse à cela est de tenter immédiatement une nouvelle stratégie qui se révèle, cette fois, efficace : il coupe avec le couteau à l'horizontale. Je lui pose alors la question « Est-ce que c'était plus facile ? » et sa réponse est cette fois un grand « Ouais ! » incarné et spontané. Ici, nous utilisons la stratégie spécifique de sentir le mouvement où Homère expérimente, ressent et constate l'effet de différentes organisations du mouvement.
- Tandis qu'Homère tente de couper la pomme, elle glisse, et il me dit qu'elle fait « A tout à l'heure ». Je souhaite amener le petit garçon à prendre conscience que c'est parce que son maintien de l'aliment, avec la fourchette, n'est pas assez tonique. Pour cela je lui demande « Pourquoi est-ce que la pomme a fait à tout à l'heure ? Qu'a fait la fourchette ? », il me répond « Elle est partie ». Je rebondis donc en lui demandant « Comment est-ce que tu pourrais faire pour que la fourchette ne parte pas ? ». Homère se saisit des couverts et me dit alors, tout en faisant, « J'enfonce moyen la fourchette » ; « moyen » désignant ici l'intensité de la force qu'il pense nécessaire à appliquer sur l'outil. Il régule ainsi son tonus d'action.

Quatrième séance de travail :

Je demande à Homère de FAIRE la tâche en disant son PLAN et le garçon coupe efficacement l'aliment. Il valide sa performance avec l'étape VÉRIFIER. Afin de le renforcer dans l'utilisation de sa stratégie, dans son sentiment de compétence et dans sa motivation à pratiquer l'habileté, je le félicite. Pour cela, je module ma posture : je me redresse, je capte le regard d'Homère et lui dit d'une voix chaleureuse et enjouée « C'était parfait, champion ! ». La réaction du petit garçon ne se fait pas attendre, il me sourit largement et lève ses pouces avec fierté.

### **3.2.3 Shooter dans un ballon en visant une cible immobile (plot) ou mobile (coéquipier)**

Afin de travailler au mieux cette habileté qui met Homère en difficulté, je décide d'augmenter progressivement la difficulté. En effet, nous commençons le travail de shoot dans un ballon (pour permettre à Homère de jouer au football avec ses pairs aux récréations, de faire des passes) avec une cible immobile (un plot) avant de passer sur une cible mobile (un coéquipier, moi en l'occurrence). Je pense plus facile pour le patient d'expérimenter et d'éprouver, dans un premier temps, son mouvement en ne se concentrant que sur le sien. Ainsi, nous travaillons les passes entre coéquipiers dans un second temps.

Afin de voir comment (ADE) Homère réalise le BUT de shooter dans un ballon en visant une cible (immobile puis mobile) en étant au plus près des conditions écologiques qu'il rencontre en récréation, nous passons ce temps de séance dans l'aire de jeu extérieure du CMP ; un espace plus vaste que notre salle de psychomotricité. Ce temps de jeu me permet d'observer l'organisation du mouvement d'Homère dans l'exécution de cette habileté dynamique. Le petit garçon court malhabilement. Tout d'abord, il court au début avec les mains dans les poches ; il me semble qu'il pourrait s'agir d'une forme d'agrippement à lui-même. Ensuite, lorsqu'il sort ses mains, je constate un déficit de coordination entre le haut et le bas de son corps, avec un manque de ballant des bras. Sa course est comme désorganisée. De plus, il ne court pas beaucoup avec le ballon. En effet, je dois lui en faire la demande plusieurs fois et je ressens cela comme une frilosité de sa part à s'engager corporellement. Homère prend cependant visiblement plaisir à l'activité, il est dans l'échange et veut être dans la performance. Lorsqu'il shoote dans le ballon en visant une cible, l'entièreté de son corps est mise en branle par ce mouvement. En effet, j'observe un déficit du contrôle moteur et postural, une « décharge » tonique se communiquant et se propageant à tout le corps, un manque de dissociation des membres supérieurs et inférieurs, des appuis podaux vacillants et un manque de modulation de la force de frappe (tonus d'action). Homère frappe la balle avec sa jambe droite qui reste rectiligne et se soulève haut en un bloc. Elle entraîne la partie supérieure de son corps : les bras du petit garçon s'écartent et s'éloignent brusquement de ses flancs, tandis que son buste bascule vers l'arrière. Instabilité et décharge sont les mots que m'évoque ce tableau. La balle est frappée avec la pointe du pied droit (positionnement aléatoire) et la jambe gauche est en appui pour le shoot. Les difficultés d'Homère sont renforcées par le fait qu'il porte son regard sur le ballon et non sur la cible qu'il veut atteindre (plot ou coéquipier) (manque de

coordination œil-pied). De plus, il ne prend pas le temps de se concentrer, de « se poser », avant de tirer. Il est entraîné par son excitation (composante tonico-émotionnelle). Spatialement, le garçon peine à appréhender la position de son corps par rapport au ballon. Il se place souvent très loin de la balle avant de la tirer, quand elle est à l'arrêt. Quand Homère n'atteint pas sa cible, il fait la moue, hausse les épaules, grimace comme s'il avait fait une bêtise et s'excuse même auprès de moi quand il ne parvient pas à me faire la passe. Je perçois bien qu'il est déçu de sa performance et même légèrement honteux. À l'extrême opposé, lorsqu'il touche accidentellement la cible à viser, il revendique son succès avec véhémence et dit être le plus fort. Je pense cela comme un moyen de se renarcissiser et de pallier son manque d'estime de soi.

La neuvième séance de psychomotricité avec la CO-OP illustre les progrès d'Homère dans l'activité du shoot dans un ballon pour atteindre une cible. En effet, son geste est maintenant efficace et fluide. Il est capable de toucher le plot et de me faire des passes au pied avec la balle. Lorsqu'il frappe, je n'observe plus de diffusion tonique. Ses appuis sont stables, ses bras restent près de son tronc et ses mouvements sont davantage dissociés (dissociation haut/bas du corps) et mieux coordonnés. Son PLAN pour exécuter l'habileté est le suivant :

- « Je me positionne face au ballon ».
- « Je prends mon pied droit ».
- « Je mets mon pied droit en position oblique ».
- « Je me concentre ».
- « Je regarde où je veux envoyer le ballon (ma cible) ».
- « Je tire dans le ballon avec mon pied droit (en dosant ma force) ».

Pour établir son PLAN, j'ai amené Homère (découverte guidée) à se servir de différentes stratégies spécifiques telles que : le soliloque (pour les shoots dans le ballon à l'arrêt et non en dynamique), la position du corps (porter son attention sur le positionnement de son corps, sa jambe, son pied, son regard) et sentir le mouvement (sensorimoteur).

Voici quelques moments de la prise en charge en psychomotricité d'Homère illustrant notre travail sur le shoot avec un ballon :

- Quatrième séance avec la CO-OP : le petit garçon manque souvent le plot car il regarde le ballon au lieu de regarder sa cible quand il tire. Nous faisons l'étape VÉRIFIER et je l'amène à s'interroger sur la portée de son regard. Ainsi, je pense l'espace, me place stratégiquement à proximité du plot et lui demande « Qu'est-ce

que tu pourrais regarder pour mieux viser ? ». Il comprend qu'il s'agit de la cible, tire vers elle et constate « Ça va mieux ! ».

- Nous sommes à la cinquième séance, Homère joue à se prendre pour un footballeur professionnel et il shoote plusieurs fois dans le ballon pour atteindre le plot. À un moment, il frappe avec la tranche médiale de son pied et obtient une meilleure visée. Je l'arrête, lui demande de me passer le ballon (pour diminuer sa distractibilité) et lui pose ces questions : « Au niveau de ton pied, est-ce que tu as senti une différence dans ta façon de le positionner ? Comment est-ce que tu viens de faire ? ». Par ces questionnements, je l'amène à sentir son mouvement et à prendre conscience du positionnement de son corps. Le petit garçon identifie le point d'exécution efficace de la stratégie qu'il vient d'utiliser et m'en fait la démonstration sans ballon : il shoote avec l'intérieur de son pied droit. Afin de renforcer cet apprentissage, je le félicite et je rentre dans la thématique de son jeu en lui disant que c'est bien comme ça que font les footballeurs professionnels.
- Lors de notre neuvième séance, une interne en médecine est présente. Homère est très fier de lui expliquer la stratégie globale de la méthode, le travail que nous effectuons et de lui montrer ce dont il est désormais capable. Je suis ravie de son enthousiasme et de constater qu'il s'approprie le protocole et y prend plaisir ; il joue. Lorsqu'il atteint son BUT et que je lui demande de VÉRIFIER en verbalisant ses ressentis vis-à-vis de sa réalisation (FAIRE) de la tâche, le petit garçon manifeste sa joie en me disant une phrase que je trouve significative. Il dit, en parlant du ballon qui arbore un émoji représentant la tristesse, « Il pleure mais maintenant il sèche ses larmes et il sourit ». Cette réplique m'a marquée et est parlante, je trouve, du mieux-être constaté chez l'enfant une fois qu'il maîtrise son geste et le réalise efficacement.

### **3.3. Constat, fin et continuation du travail en psychomotricité avec la méthode CO-OP**

À la fin de la neuvième et dernière séance de psychomotricité avec application de la méthode CO-OP, je refais passer la MCRO à Homère (MCRO après « intervention », voir scores Post-test en Annexe I). Le but est de quantifier l'évolution du petit garçon afin de témoigner de ses progrès, auprès de lui-même et de ses proches (revalorisation). Ainsi, concernant les trois habiletés que nous avons travaillées :

- Tracer un trait avec une règle (trait horizontal et trait vertical) :

Rendement = 10, Satisfaction = 10. Comme le montre son auto-évaluation, Homère est très content de lui et estime avoir acquis l'habileté.

- Couper un aliment avec un couteau et une fourchette :

Rendement = 9, Satisfaction = 9. Homère estime qu'il doit encore s'améliorer parce qu'il lui arrive encore parfois d'appliquer accidentellement le couteau sur les dents de sa fourchette quand il coupe. Sinon, il est content de ses performances.

- Shooter dans un ballon en visant une cible immobile (plot) ou mobile (coéquipier) :

Rendement = 10, Satisfaction = 7. Le petit garçon n'est pas totalement satisfait de lui pour cette habileté car il dit qu'il se précipite encore et ne prend pas toujours le temps de se concentrer avant de tirer. (Ceci peut être lié à son TDAH).

Homère verbalise le fait qu'il s'est vu progresser. Après cela, je lui montre la comparaison de ses scores de MCRO (autoévaluations) avant et après notre utilisation de la méthode CO-OP dans nos séances de psychomotricité. Il est très content de constater sa progression et s'exclame « Je suis le boss ! ».

J'ai été témoin de la rapide acquisition de compétences d'Homère et du développement de son attention portée au positionnement de son corps et à sa modulation. Je pense que le petit garçon ressent et se représente davantage ses mouvements. La CO-OP est un appui à cette représentation. Homère est aussi plus conscient de ses capacités. Il réfléchit, s'interroge et teste et a ainsi également développé sa réflexion et son aptitude à trouver de nouvelles stratégies. Je perçois la méthode CO-OP comme un médium permettant tout à la fois de ressentir et penser le geste (sensorimoteur et cognitif), ce qui l'inscrit parfaitement dans le soin psychomoteur.

Finalement, je clôture ma prise en charge d'Homère en psychomotricité à la fin du mois de juin 2023. Lors de ma toute dernière séance, ma maître de stage et moi recevons Homère et ses parents en entretien. Il s'agit de marquer la fin de ma prise en soin du petit garçon et de faire le point sur ses progrès en séance et dans son quotidien. Quel a été l'impact du protocole de la CO-OP sur sa qualité de vie et ses compétences ? Je montre à la famille des extraits vidéos de la prise en charge et leur expose les scores de MCRO avant et après « intervention ». Les parents sont ravis de constater les progrès de leur fils et le congratulent. Homère en est très content et semble fier du travail accompli. Au fil de nos échanges, j'apprends que l'objectif de généralisation des habiletés motrices est atteint pour

chacun des trois BUTS définis par Homère. En effet, les parents du petit garçon me confient que désormais, à la maison, à la cantine ou au restaurant, Homère coupe seul ses aliments (dont la viande) et est ainsi plus autonome. De plus, à l'école, il n'est plus en difficulté pour tracer des traits à la règle dans ses leçons, mais surtout : il joue davantage au football avec ses copains qui l'incluent plus dans leur jeu de récréation. Le constat d'amélioration de la qualité de vie d'Homère est donc bien fait. Enfin, je remets à la famille les PLANS, sous format papier et plastifiés, qu'a établis Homère pour chacune des habiletés. Ceci afin de favoriser la continuation du travail effectué avec la CO-OP et de promouvoir le transfert des habiletés motrices acquises. J'ai tissé un lien thérapeutique fort avec Homère, nous avons pris un plaisir réciproque à ses séances de psychomotricité et c'est avec un câlin et une certaine émotion que nous nous disons au revoir pour la dernière fois.

Je sais que ma maître de stage, qui a continué de suivre Homère après mon départ, s'inspire et continue d'utiliser la méthode CO-OP dans sa prise en charge de cet enfant présentant un TDC.

# **PARTIE THÉORICO-CLINIQUE**

À ce stade, nous avons vu ensemble le fait que la CO-OP, une méthode dite *top-down* centrée sur la tâche, est une médiation à la forme protocolaire recommandée et efficace dans la prise en charge d'un enfant ayant un trouble développemental de la coordination (TDC). Je vais maintenant m'attacher à exposer en quoi la méthode CO-OP est un outil thérapeutique intéressant pour le soin psychomoteur d'un enfant présentant un TDC. Ceci en m'appuyant sur ma clinique, plus précisément sur la prise en charge de mon jeune patient Homère, et sur divers apports théoriques.

### **1. Le psychomotricien, le dialogue et l'accordage toniques : supports de découverte, d'expérimentation et d'acquisition du geste efficace**

Le principe de la découverte guidée dans la méthode CO-OP met le thérapeute au service du patient ayant un TDC. La mission du psychomotricien est de guider l'enfant, de l'accompagner et d'être support de sa découverte et de son exploration du mouvement pour qu'il puisse acquérir des habiletés (BUT) le gênant dans son quotidien (qui ont un impact négatif sur sa qualité de vie). Afin d'assurer ce rôle, le psychomotricien possède de nombreux outils dont ceux du dialogue tonique et du dialogue tonico-émotionnel, véritables outils thérapeutiques (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011). Ces derniers reposent sur la notion de tonus. « Le tonus est à la base de la motricité globale [...] ainsi que de la communication non verbale et du langage » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011, p. 175) et il « soutient en permanence le système émotionnel » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011, p. 175). Ainsi, le tonus ou la tonicité, sont vecteurs de communication infraverbale entre individus. Le dialogue tonique et le dialogue tonico-émotionnel agissent « sur un mode vibratoire » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011, p. 175), se modulent (accordage) et passent par le tact, la posture, le tonus, le regard, la voix, les vibrations et les expressions faciales et émotionnelles (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011). C'est comme une « contagion qui passe d'un corps à l'autre » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011, p. 178). Ainsi, afin de favoriser la motivation, la prise de plaisir (aspect ludique), l'expérimentation et l'engagement corporel d'Homère dans sa prise en charge, je m'engage corporellement (le corps étant le premier outil du psychomotricien) : je pense et adapte ma façon d'être (toucher, posture, tonus, prosodie, regard, manifestations émotionnelles, etc.) et j'utilise donc le dialogue tonique et tonico-émotionnel comme outil de découverte guidée (Boscaini & Saint-Cast, 2010). Ce dialogue infraverbal, cet accordage, et peut-être un phénomène de mimétisme permet de moduler l'engagement corporel d'Homère : de le redynamiser lorsqu'il est en difficulté ou au contraire de l'apaiser pour lui permettre de mieux se

concentrer, se poser quand il se désorganise (à cause de l'excitation engendrée par l'activité, ou comme une manifestation de son malaise face à la tâche, une stratégie de « fuite »). Cette fonction d'apaisement, de régulation des stimulations pour éviter leur débordement, m'évoque la fonction de pare-excitation maternelle, applicable à la figure du *care* (le thérapeute) (Potel, 2019). Il s'agit du rôle de « contenance « maternelle » » (Potel, 2019, p. 365) du psychomotricien : « le psychomotricien va stimuler et accepter les excitations motrices, ludiques, tout en assurant les conditions de leur intégration psychique (rôle de pare-excitation) » (Potel, 2019, p. 366).

Toujours dans la mise en application des principes de la méthode CO-OP, à savoir guider l'enfant présentant un TDC dans sa découverte du geste efficace et le motiver, le « porter » : j'encourage Homère, le félicite et le guide verbalement, le valide dans ses réalisations, le regarde et lui montre mon soutien par mes manifestations corporelles et émotionnelles. Tout ceci fait appel à de nombreuses fonctions thérapeutiques du psychomotricien.

- La première est celle du portage psychique, de la fonction phorique du thérapeute, qui m'évoque également la notion de *holding* (sur son versant psychique) théorisée par Winnicott. C'est-à-dire la capacité à accompagner psychiquement l'enfant, à penser ses émotions et contenir ses potentielles angoisses (Bergerot-Pallisco, 2019).
- La seconde fonction est celle de la contenance (fonction alpha) de Bion (Potel, 2019) : le thérapeute accueille les vécus négatifs de l'enfant (éléments « bêta »), les détoxifie et les transforme en éléments « alpha » qui sont, eux, non délétères (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011). Ce processus est en œuvre lorsqu'Homère se dévalorise quand il est en échec mais que je contrecarre cela en l'encourageant et le félicitant.
- La troisième fonction thérapeutique du psychomotricien que j'utilise est celle du regard qu'il porte sur son patient : mon regard sur Homère, véritable manifestation de mon intérêt pour lui, nourrit sa curiosité, ses expérimentations et son investissement dans le soin (Potel, 2019) ; le petit garçon manifeste cela par du dynamisme et de la persévérance.
- La quatrième fonction thérapeutique : mon regard et ma façon d'être avec l'enfant assure également la fonction miroir, théorie développée par Winnicott : lorsqu'Homère lève la tête, me regarde dans l'attente de mon « jugement » quand il « échoue » à faire la tâche, il cherche à travers moi une façon d'interpréter sa

performance, une validation ou non de ce qu'il a réalisé. Il se voit à travers mes yeux et je fais en sorte de lui véhiculer de la réassurance via un regard bienveillant.

Mon application de la découverte guidée et mon accompagnement par le langage du cheminement et des réalisations d'Homère relèvent : d'un portage « symbolique » (Potel, 2019, p. 392) mais aussi de la « fonction séparatrice du tiers paternel » (Potel, 2019, p. 366). En effet, en faisant l'Analyse dynamique de l'exécution (ADE) et la découverte guidée pour chacun des BUTS travaillés avec le petit garçon, je pense et traite dans mon « propre appareil à penser » (Potel, 2019, p. 367) ses productions et expérimentations motrices, afin de l'aider à élaborer ses PLANS (stratégies d'action efficaces pour acquérir des habiletés). Ainsi, je dirais que, tout au long de ma prise en soin d'Homère, j'ai supporté sa découverte, son expérimentation et son acquisition de gestes efficaces. Je l'ai « porté » et étayé psychiquement, mais aussi physiquement (dialogue tonico-émotionnel, dialogue tonique). C'est là le rôle du psychomotricien : « investissement du corps, dans ses différents champs, et investissement d'une pensée sur le corps et ses expressions » (Potel, 2019, p. 403).

## **2. Le jeu, principe facilitant de la CO-OP et vecteur d'expérimentation et d'acquisition motrices**

Une autre caractéristique bien spécifique du psychomotricien, et qui est un des piliers de sa pratique, est le « jouer-avec » évoqué par Fabien Joly (2019, p. 73). Le jeu, rendre ludique le travail d'une habileté difficile pour l'enfant (BUT), est un des principes facilitants utilisés dans la méthode CO-OP. Son intérêt est pluriel. Tout d'abord, il engage la motricité de l'enfant présentant un TDC, il lui permet de l'expérimenter et ainsi de développer « sa gestualité et ses coordinations » (Joly, 2019, p. 72). Il favorise aussi son exploration de l'environnement, le ressenti d'un plaisir à être en mouvement et l'apprentissage des habiletés (Joly, 2019) (fonction de renforçateur également). De plus, parce que l'enfant prend du plaisir à jouer, il est davantage motivé et impliqué dans sa prise en soin et le travail des tâches difficiles pour lui. Avec Homère, mon patient, je me suis appuyée sur le jeu, notamment dans notre travail du shoot dans un ballon pour atteindre une cible (immobile puis mobile). Le petit garçon joue à se prendre pour un joueur de foot professionnel, je le mets au défi, je rentre dans son jeu, et lorsque j'incarne son coéquipier, nous jouons ensemble à nous faire des passes de balle. Homère et moi sommes dans un plaisir partagé alors que nous travaillons. C'est ici que réside tout l'intérêt de l'utilisation du jeu par le psychomotricien dans l'« intervention » CO-OP avec un enfant ayant un TDC : le ludique permet de « réinscrire l'effort de l'apprentissage technique dans le plaisir et l'échange. C'est

littéralement redonner « le goût de l'effort » » (Obéji, 2020, p. 72) pour motiver le patient à explorer et ressentir une motricité qui lui est difficile, et pour favoriser son apprentissage d'habiletés. Par les termes « apprentissage technique », utilisés plus haut, nous entendons ici l'acquisition d'un geste efficace pour réaliser une action.

### **3. La CO-OP : de l'acquisition du geste à une meilleure estime de soi**

Plus tôt dans cet écrit, nous avons exposé le fait que les enfants présentant un TDC ont la plupart du temps une altération de l'estime de soi et un sentiment d'incompétence et d'impuissance quant à leurs capacités motrices. Ils ont souvent un vécu négatif de leurs gestes et peuvent les ressentir comme « disgracieux et repoussants » (Obéji, 2020, p. 73) du fait de leur caractéristique malhabile. En effet, Obéji (2020, p. 75) nous dit : « Le sentiment d'être bon dans ce que l'on fait se confondrait avec le sentiment de faire de belles choses, comme produire du beau participerait au sentiment d'être bon ». Ainsi, l'inverse de cette citation est aussi vrai. Nous pouvons ici associer les termes « belles choses » et « beau » aux gestes dits « efficaces » pour réaliser une action (acquisition d'habileté auparavant problématique). L'une des visées thérapeutiques de la méthode CO-OP est de renarcissiser l'enfant présentant un TDC, d'augmenter son estime de soi, en lui faisant ressentir un sentiment de compétence motrice et d'appropriation de sa motricité (via la stratégie globale et les stratégies spécifiques favorisant son exploration et ressenti du geste). Il s'agit là d'un principe fondateur de la psychomotricité : associer, accorder « le corps (ou soma) et la psyché [...] Considérer le patient dans ses deux dimensions » (Potel, 2019, p. 104).

La méthode CO-OP utilise plusieurs outils permettant l'amélioration de l'estime de soi de l'enfant ayant un TDC. Tout d'abord, j'observe durant ma prise en soin psychomotrice d'Homère, qu'élaborer (PLAN) et exécuter (FAIRE) sa propre stratégie motrice pour maîtriser une tâche qui le met en difficulté (BUT) le valorise. En effet, lorsque l'étape VÉRIFIER concrétise les efforts du petit garçon, valide son travail, il ressent un sentiment de fierté et le manifeste par un discours mélioratif sur lui-même (« Je suis le boss ! ») et des mimiques, manifestations corporelles (sourire et pouces dressés). Se fixer des BUTS et les atteindre donne un sentiment de compétence qui renarcissise. L'enfant est témoin de son propre succès et cela est renforcé par l'utilisation de la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) (preuve quantifiée de ses progrès). De plus, comme le souligne Obéji (2020, p. 142), « l'enfant appréhende le monde non seulement au moyen de

ses investigations propres, mais par l'intermédiaire de l'appareil psychique des personnes de son entourage ». En effet, « Le sentiment d'être bon dans ce que l'on fait » (Obéji, 2020, p. 75) d'Homère, son estime de soi et la réassurance de ses capacités, sont aussi portés par mon regard, mon langage verbal (encouragements, félicitations) et infraverbal (dialogue tonico-émotionnel), et par ceux de ses parents. La capture vidéo de nos séances de psychomotricité et la généralisation des apprentissages d'Homère (constatation à la maison de ses progrès par l'entourage) ont contribué à cela.

Ainsi, l'utilisation des stratégies cognitives de la CO-OP dans le soin psychomoteur d'Homère a favorisé son exploration et son développement gestuels. Cela lui a apporté des vécus positifs de sa motricité et donc une meilleure perception et estime de soi. « Dans la méthode CO-OP, on voit que la sphère cognitive est au service de la motricité qui soutient elle-même le développement affectif » (Madiou & Ruiz, 2019, p. 295). Tout ceci enclenche un cercle vertueux où l'enfant, plus sécure, s'ouvre davantage à son environnement, aux activités de la vie quotidienne (participation à plus d'activités et favorisation de l'engagement corporel) (Polatajko & Mandich, 2017, p. 14) et à ses pairs.

#### **4. L'acquisition du geste « technique » en conditions écologiques, facteur d'intégration de l'enfant parmi ses pairs**

Dans l'un de ses ouvrages, Obéji (2020, p. 46) nous parle de la « perspective bullingerienne » définissant « Le corps [...] comme moyen d'interaction avec le milieu, et [...] comme représentation et construction, favorisant l'interaction et l'intersubjectivité » (Obéji, 2020, p. 45). L'intersubjectivité désignant la « Relation entre deux sujets, deux personnes » (Le Robert, s. d.). Par extension, il ajoute que les praxies peuvent être considérées « comme des conduites spatialement orientées permettant au corps de devenir « outil d'interaction dans son milieu » » (Obéji, 2020, p. 46) et que leur développement peut être assimilé à « l'acquisition de nouveaux gestes techniques » (Obéji, 2020, p. 74). En outre, la caractéristique des gestes « techniques » (ou praxies acquises et donc « efficaces ») est qu'ils sont doués d'« adresse » (Obéji, 2020). « Adresse » revêt ici un double sens : celui de la qualité de ce qui est habile, adroit, et celui du fait que le geste « compétent » met en lien les personnes en leur apportant le plaisir de « l'expérience partagée » (Obéji, 2020, p. 72).

Mais alors qu'en est-il de l'enfant présentant un TDC et dont le geste n'est pas « technique » ? La réponse, comme nous l'avons évoqué antérieurement, est que ce

dernier, du fait de ses praxies malhabiles, est fréquemment mis de côté par ses pairs ; ses gestes font preuve de « mal-adresse », ils ne sont pas porteurs d'« expérience partagée » (Obéji, 2020, p. 72). Ce délitement du lien à l'autre a un impact négatif sur la qualité de vie de l'enfant (voir partie théorique 1.4.). Mon jeune patient Homère en est une illustration parfaite : parce qu'il « ne sait pas tirer dans un ballon », il est souvent mis à l'écart par ses copains pendant les jeux de récréation (football) et cela est souffrant pour lui. L'utilisation de la médiation CO-OP en psychomotricité permet justement « à l'enfant de restaurer des liens sociaux » (Albaret et al., 2005, p. 101) en lui faisant acquérir un geste « technique ». L'exemple d'Homère est à nouveau parlant. En effet, lors de mon entretien final avec lui et ses parents (où nous faisons le point sur les progrès du petit garçon en séance et dans son quotidien), j'apprends qu'après « intervention » CO-OP (travail du BUT « shooter dans un ballon en visant une cible immobile (plot) ou mobile (coéquipier) »), Homère joue maintenant davantage au football avec ses copains ; ils l'incluent plus dans leur jeu de récréation. Le constat d'amélioration de la qualité de vie d'Homère est donc bien fait.

Afin de maximiser cet effet d'augmentation de la qualité de vie, il est très important de mettre en pratique la méthode CO-OP en plaçant l'enfant ayant un TDC dans les conditions les plus écologiques possibles pour lui (travail des habiletés de la vie quotidienne et considération des théories dynamiques du mouvement). C'est ce qui a, entre autres, favorisé la généralisation de l'habileté du shoot dans un ballon chez Homère, que nous avons travaillée dans l'aire de jeu extérieure du CMP. Potel (2019, p. 114) nous dit « On ne peut concevoir un geste aussi simple soit-il sans le considérer dans son contexte ». De plus, elle ajoute que la conjoncture de l'habileté (est-elle réalisée en solitaire ou est-elle partagée ?) la colore qualitativement (influence du plaisir et de l'émotion ressentis dans son exécution, du désir et de l'intention) et transforme ainsi « cet acte si banal en tout autre chose qu'un savoir-faire technique et le prolonge dans le temps » (Potel, 2019, p. 115). Enfin, ce travail en situation écologique permettrait à l'enfant présentant un TDC de mieux contrôler son environnement, et ainsi de diminuer ses potentiels signes d'anxiété liés à ses déficits de compétences (Madieu & Ruiz, 2019).

# CONCLUSION

Le trouble développemental de la coordination (TDC) est un trouble du neurodéveloppement apparaissant généralement chez l'enfant avant l'âge de six ans. Il se manifeste par une maladresse « pathologique » et une difficulté à acquérir de nouvelles praxies. Ceci a un impact négatif sur les habiletés de la vie quotidienne de l'individu, sur sa qualité de vie et sur sa sphère relationnelle et psycho-affective.

Nous avons vu que la méthode CO-OP (*Cognitive Orientation for daily Occupational Performance*), une approche *top-down* tournée vers la tâche, est recommandée dans la prise en soin en psychomotricité du TDC. Elle repose sur l'utilisation de stratégies cognitives comme supports au développement de la motricité de l'enfant malhabile.

Ma mise en pratique de cette médiation avec Homère est passée par le travail de trois habiletés qui le mettaient en difficulté au quotidien : tracer un trait avec une règle, couper un aliment avec des couverts et shooter dans un ballon pour atteindre une cible. Tout au long de ma prise en charge psychomotrice du petit garçon, j'ai été impressionnée par l'efficacité de la CO-OP pour la maîtrise de nouvelles tâches. De plus, j'ai constaté la pertinence de l'utilisation de cet outil thérapeutique dans le soin psychomoteur.

En effet, le psychomotricien, dans son application de la méthode CO-OP, utilise son corps et son regard (dialogues tonique et tonico-émotionnel) pour guider et soutenir l'enfant dans son expérimentation, exploration et acquisition du geste efficace. Le thérapeute se sert également du jeu, un des principes facilitants de la CO-OP, pour favoriser la motivation du patient à ressentir, travailler et maîtriser des praxies qui lui sont habituellement pénibles. Cet apprentissage du geste « technique » valorise l'enfant, augmente son estime de soi et est vecteur de réunion entre lui et ses pairs. Ainsi, la méthode CO-OP, vue par le prisme psychomoteur (associant soma et psyché), n'est pas seulement un protocole d'acquisition du geste « performant ».

J'ai adoré travailler avec Homère, le voir évoluer et je suis contente d'avoir pu, je le crois, transcrire cela dans mon mémoire

Enfin je terminerai cet écrit sur la réflexion qu'il pourrait être intéressant, dans le soin psychomoteur, d'associer l'utilisation de la méthode CO-OP avec des approches plus classiques de la psychomotricité : les approches *bottom-up*.

# BIBLIOGRAPHIE

- Albaret, J.-M. (2011). Chapitre 8. Introduction aux troubles psychomoteurs et à leur mise en évidence—3.1. Trouble de l'acquisition de la coordination. In P. Scialom, F. Canchy-Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1. Concepts fondamentaux* (p. 294-297). Solal.
- Albaret, J.-M., de Castelnau, P., & Soppelsa, R. (2005). Approche psychomotrice des dyspraxies de développement : Évaluation et prise en charge. In C.-L. Gérard & V. Brun, *Les dyspraxies de l'enfant* (p. 97-105). Masson.
- Article R4332-1 - Code de la santé publique - Légifrance (2004).  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006914164](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006914164)
- Baghdadli, A., & Aussilloux, C. (2005). Psychopathologie développementale des troubles de la coordination motrice. In C.-L. Gérard & V. Brun, *Les dyspraxies de l'enfant* (p. 107-116). Masson.
- Bergerot-Pallisco, C. (2019). *Donald Winnicott : Qu'est-ce que le holding ? – Charlotte BERGEROT PALLISCO*. Charlotte BERGEROT PALLISCO Ostéopathe D.O. Femme enceinte et post partum Pédiatrique et infantile. <https://charlotte-bergerot.fr/donald-winnicott-quest-ce-que-le-holding/>
- Biotteau, M., Danna, J., Albaret, J.-M., & Chaix, Y. (2020). Chapitre 6. Trouble développemental de la coordination et dysgraphie. In *Traité de neuropsychologie de l'enfant* (Vol. 2, p. 108-123). De Boeck Supérieur. [https://www-cairn-sciences-info.docelec.univ-lyon1.fr/article.php?ID\\_ARTICLE=DBU\\_MAJER\\_2020\\_01\\_0108](https://www-cairn-sciences-info.docelec.univ-lyon1.fr/article.php?ID_ARTICLE=DBU_MAJER_2020_01_0108)
- Blank, R., Smits-Engelsman, B., Polatajko, H., & Wilson, P. (2012). European Academy for Childhood Disability (EACD) : Recommendations on the definition, diagnosis and intervention of developmental coordination disorder (long version). *Developmental medicine and child neurology*, 54, 54-93.  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.04171.x>

- Boscaini, F., & Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances Psy*, 49(4), 78-88.
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). Trouble développemental de la coordination. In *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd, p. 86-90). Elsevier Masson.
- Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., & Boehrer, A. É. (2023). Trouble développemental de la coordination. In *DSM-5-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd., texte révisé, p. 107-111). Elsevier Masson.
- Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, 88-659 (1988).  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000693097>
- Fahed, E. (2018). Chapitre 4. Echelles de développement psychomoteur—6. Batterie d'évaluation des fonctions neuro-psychomotrices de l'enfant NP-MOT. In J.-M. Albaret, P. Scialom, & F. Canchy-Giromini, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 5. Examen psychomoteur et tests* (p. 76-79). De Boeck supérieur.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2020). *Troubles du neurodéveloppement—Repérage et orientation des enfants à risque*. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque)
- Imbert, P. (2023, mars 30). *Bottom Up et Top Down, deux approches en ergothérapie*. ORA - Consultation en ligne. <https://www.ora-visio.fr/approche-bottom-up-et-top-down-en-ergotherapie/>
- Inserm. (2019). *Trouble développemental de la coordination ou dyspraxie* (Institut national de la santé et de la recherche médicale & Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Éd.). EDP sciences.

- Joly, F. (2019). Jouer / re-jouer... medier / re-medier. Les processus du « jouer-avec » dans la médiation psychomotrice thérapeutique. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 186(2), 69-76. <https://doi.org/10.3917/tpr.186.0069>
- Le Robert. (s. d.). Intersubjectivité. In *Dico en ligne Le Robert*.  
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/intersubjectivite>
- Lewandowski, C. (2018). Chapitre 4. Echelles de développement psychomoteur—3. Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant (M-ABC-2). In J.-M. Albaret, P. Scialom, & F. Canchy-Giromini, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 5. Examen psychomoteur et tests* (p. 66-71). De Boeck supérieur.
- Madieu, E. (2015). Chapitre 4. Méthodes à dominante cognitive—3. Méthode CO-OP (cognitive orientation to daily occupational performance). In F. Canchy-Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 2. Méthodes et techniques* (p. 397-408). De Boeck-Solal.
- Madieu, E. (2021). Les Troubles Moteurs. *Les Cahiers de l'Actif*, 546-547(11-12), 109-127. <https://doi.org/10.3917/caac.546.0109>
- Madieu, E., & Ruiz, S. (2019). L'utilisation de la méthode CO-OP en rééducation psychomotrice. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 186(2), 284-297.  
<https://doi.org/10.3917/tpr.186.0284>
- Magnat, J., Xavier, J., Zammouri, I., & Cohen, D. (2015). Troubles développementaux de la coordination (TDC) : Perspective clinique et synthèse de l'état des connaissances. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(7), 446-456. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.09.004>
- Marchal, F. (2016). Quelle prise en charge pour des enfants ayant des troubles du geste ? *Revue de neuropsychologie*, 8(2), 93-98. <https://doi.org/10.1684/nrp.2016.0381>
- Nadeau, D., Bussièrès, È.-L., Servot, S., Simard, M.-C., Muckle, G., & Paradis, F. (2020). L'exposition prénatale à l'alcool et aux drogues chez des bébés signalés en

- protection de l'enfance à la naissance : La pointe de l'iceberg ? *Service social*, 66(1), 99-113. <https://doi.org/10.7202/1068923ar>
- Noiseux-Lush, C., Landry, C., & Lippe, S. (2020). La prématurité et le développement moteur. *A.N.A.E*, 168, 1-12.
- Obéji, R. (2020). *Les sens du geste : Dyspraxie, troubles de la coordination et psychomotricité*. Éditions In press.
- Pannetier, É. (2007). *La dyspraxie : Une approche clinique et pratique*. Éd. du CHU Sainte-Justine Casteilla diff.
- Polatajko, H. J., & Cantin, N. (2005). Developmental Coordination Disorder (Dyspraxia) : An Overview of the State of the Art. *Seminars in Pediatric Neurology*, 12(4), 250-258. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2005.12.007>
- Polatajko, H. J., & Mandich, A. (2017). *Habiliter les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP - Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien* (N. Cantin, Éd.). Association canadienne des ergothérapeutes.
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle éd. augmentée). Éres.
- Remigereau, C., & Oriane, C. (2018). Chapitre 6. Approche neuropsychologique du trouble développemental de la coordination. In A. Roy, B. Guillery-Girard, G. Aubin, & C. Mayor, *Neuropsychologie de l'enfant* (p. 94-116). De Boeck Supérieur. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/neuropsychologie-de-l-enfant--9782807320895-page-94.htm>
- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2011). Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. In P. Scialom, F. Canchy-Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1. Concepts fondamentaux* (p. 161-199). Solal.
- Rocher, M.-A. (2011). Le regard d'un psychomotricien dans une équipe pluridisciplinaire. Pourvu que l'arbre ne cache pas la forêt ! In S. Gonzalès-Monge, *ANAE. Approche*

*neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant, ISSN 0999-792X. La dyspraxie (p. 36-38). A.N.A.E.*

VIDAL. (2014, décembre 12). *Problèmes de peau*. VIDAL.

<https://www.vidal.fr/sante/grossesse/maladies-grossesse/problemes-peau-enceinte.html>

# TABLE DES ANNEXES

**Annexe I** : MCRO d'Homère : Scores Pré et Post-test (avant et après « intervention ») des tâches travaillées en psychomotricité avec la méthode CO-OP

**Annexe I : MCRO d'Homère : Scores Pré et Post-test (avant et après « intervention ») des tâches travaillées en psychomotricité avec la méthode CO-OP**

BUTS	MCRO				
	Importance	Rendement		Satisfaction	
	Pré-test	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test
Tracer un trait avec une règle (trait horizontal et trait vertical)	6	1	10	1	10
Couper un aliment avec un couteau et une fourchette	9	1	9	1	9
Shooter dans un ballon en visant une cible immobile (plot) ou mobile (coéquipier)	10	7	10	1	7
MCRO – Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel					

**Légende :**

- Importance : importance que revêt la difficulté à réaliser la tâche dans la vie du patient. (Sur une échelle de 1 (pas important du tout) à 10 (extrêmement important)).
- Rendement : comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette tâche actuellement ? (Sur une échelle de 1 (incapable d'exécuter la tâche) à 10 (capable d'exécuter parfaitement la tâche)).
- Satisfaction : dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette tâche actuellement ? (Sur une échelle de 1 (pas satisfait du tout) à 10 (extrêmement satisfait)).

Vu par le maître de mémoire

Gaëlle VERGNAUD

Psychomotricienne

À Lyon, le 14 mai 2024

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'VERGNAUD'. The signature is stylized with a large, sweeping horizontal stroke that underlines the name. There is a small horizontal dash below the end of the signature.

**Auteur** : Emilie BRUNEL

**Titre** :

Utilisation de la méthode CO-OP comme outil thérapeutique dans la prise en soin psychomotrice d'un enfant présentant un trouble développemental de la coordination

**Mots – clés** : méthode CO-OP – trouble développemental de la coordination – psychomotricité – TDC

Cognitive Orientation for daily Occupational Performance – developmental coordination disorder – psychomotricity – DCD – CO-OP

**Résumé** : La méthode CO-OP (*Cognitive Orientation for daily Occupational Performance*), une approche *top-down* tournée vers la tâche, est recommandée dans la prise en charge en psychomotricité des enfants présentant un trouble développemental de la coordination (TDC). Dans ce mémoire, nous menons une réflexion sur les apports et intérêts de l'utilisation de la CO-OP comme outil thérapeutique pour le soin psychomoteur de cette population. Pour cela, nous nous appuyons sur notre expérience clinique : notre mise en pratique de la méthode CO-OP avec un enfant de huit ans présentant un TDC.

**Abstract** : Use of the CO-OP approach (*Cognitive Orientation for daily Occupational Performance*), a task-oriented approach, is recommended in psychomotricity for children with developmental coordination disorder (DCD). In this thesis, we reflect on the contributions and benefits of using the CO-OP approach as a therapeutic tool for the psychomotor care of this population. To do this, we draw on our clinical experience : our application of the CO-OP approach with an eight-year-old child with DCD.