

UNIVERSITE DU QUEBEC EN ABITIBI-TEMISCAMINGUE

RAPPORT DE RECHERCHE

SUR

L'ETUDE D'UN MODELE DE DEPISTAGE
DES DYSFONCTIONNEMENTS PSYCHOMOTEURS
CHEZ LES ENFANTS DE CLASSE MATERNELLE



Avril 1989

Raphaël ROUTIER



BIBLIOTHÈQUE

Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

REMERCIEMENTS

C'est grâce à la collaboration de plusieurs personnes que ce travail de recherche a pu être mené à bien.

Nous remercions en particulier, d'abord et avant tout, tous les enfants, ceux des amis, ceux des garderies et ceux des classes maternelles de Sainte Hélène et de Sainte Claire de Colombourg qui se sont très aimablement soumis à la phase expérimentale de notre recherche.

Nos remerciements vont aussi à notre tutrice, Docteur Florence Hoehstetter dont nous admirons la très grande compétence et à nos lecteurs Jean René Chénard, Ghyslain Parent et Denise Côté-Thibault. Nous n'oublions pas, bien sûr, Johanne Trudel, titulaire des deux classes maternelles de Colombourg, ni Monique Tsa-Sa et Jean Dubé, psychologues à la Commission Scolaire Abitibi.

Les parents et le personnel des deux garderies La Sarroises méritent notre plus grande gratitude ainsi que nos formateurs, les professeurs de l'UQAT et nos collègues étudiants.

Nous ne pouvons oublier notre famille pour son support de tous les instants: Francine pour sa très grande tolérance face à nos difficultés et frustrations et Martin et Guillaume pour avoir été les premiers "cobayes" de cette expérience.

Quand à Martin, étudiant en informatique, c'est pour sa patience à déchiffrer notre écriture et pour la présentation informatique de notre travail que nous le remercions.

AVANT-PROPOS

A plusieurs reprises, dans ce document, le lecteur pourra constater que le genre féminin sera utilisé de préférence au genre masculin en ce qui concerne l'appellation du personnel enseignant oeuvrant dans les classes maternelles.

Dans la Commission Scolaire Abitibi, la présence des femmes, à ce niveau, est exclusive et c'est la raison pour laquelle nous avons privilégié la forme grammaticale féminine. Dans notre esprit, les hommes ne sont pas exclus de ces emplois. Ils ne sont tout simplement pas présents.

De façon plus générale, les deux genres, masculin et féminin, seront employés indifféremment puisque, pour nous, le premier inclut le second et vice versa.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	i
AVANT-PROPOS.....	iii
TABLE DES MATIERES.....	iv
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES.....	vii
LISTE DES ABREVIATIONS.....	x
LISTE DES ANNEXES.....	xiii
RESUME.....	xv
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I. Le contexte théorique.....	10
I.A. La notion de psychomotricité.....	11
I.A.1. Définition de la psychomotricité.....	11
I.A.2. Le développement psychomoteur.....	15
I.A.3. Les dysfonctionnements psychomoteurs.	24
I.B. Le dépistage précoce des dysfonctionnements psychomoteurs.....	28
I.B.1. La relation "psycho" et "motricité".	28
I.B.2. Le programme de dépistage précoce....	30
I.B.3. Les tests.....	33
CHAPITRE II. La méthodologie de la recherche.....	38
II.1. Détermination de la nature du problème....	41

II.2.	Détermination des conditions auxquelles la solution doit satisfaire et proposer différentes variantes.....	43
II.3.	Choix de l'une des variantes.....	44
II.4.	Mise en oeuvre de la démarche retenue afin d'atteindre les résultats escomptés.....	45
II.4.1.	La construction de l'outil.....	45
II.4.2.	Le choix des items.....	46
II.4.3.	La préexpérimentation.....	58
II.4.4.	L'expérimentation dans le milieu scolaire.....	65
CHAPITRE III.	Présentation des résultats.....	70
CHAPITRE IV.	Analyse des résultats.....	77
IV.A.	Analyse quantitative.....	78
IV.B.	Analyse qualitative.....	84
IV.B.1.	Les références.....	84
IV.B.2.	Le modèle d'intervention.....	87
CHAPITRE V.	Conclusions.....	89
V.A.	Analyse critique de la recherche et perspectives futures.....	90
V.B.	Conclusions.....	93
REFERENCES.....		96
ANNEXES.....		104
LEXIQUE.....		105

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

FIGURES

- 1 - Modèle d'intervention pour le dépistage
précoce des dysfonctionnements psychomoteurs
en milieu scolaire (classe maternelle)..... 37

TABLEAUX

1 - Phase de validation avec les enfants de garderie et amis (6 ans).....	60
2 - Phase de validation avec les enfants de garderie et amis (5 ans).....	151
3 - Moyenne générale par item et par âge.....	152
4 - Compilation des résultats à Sainte Hélène de Colombourg.....	73
5 - Compilation des résultats à Sainte Claire de Colombourg.....	74
6 - Comparaison des résultats à Sainte Hélène de Colombourg.....	153
7 - Comparaison des résultats à Sainte Claire de Colombourg.....	154
8 - Compilation des résultats par item. Analyse de la fidélité entre les deux cotations.....	76
9 - Synthèse des résultats.....	155

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

- BADADUQ Système de bibliothèque accessible en direct du réseau de bibliothèques du réseau de l'Université du Québec.
- CEGEP Collège d'enseignement général et professionnel. (Québec).
- CIJE Banque de données relatives au domaine de l'éducation.
- C.L.S.C. Centre local de services communautaires
- DOBIS Système canadien de bibliothèque accessible en direct de la Bibliothèque Nationale et des Archives Nationales du Canada.
- ERIC Banque de données informatiques relatives au domaine de l'éducation. (U.S.A.).
- M.B.D. Minimal Brain Dysfunction (dysfonction cérébrale légère)
- O.R.L. Oto-Rhino-Laryngologie

UQAT

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

LISTE DES ANNEXES

ANNEXES

1	Lexique.....	105
2	Questionnaire remis aux enseignantes de classes maternelles de la Commission Scolaire Abitibi.....	116
3	Liste des 48 tests, échelles de développement, ou évaluations recensés.....	138
4	Grille de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs.....	142
5	Cahier des items de la grille de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs.....	144
6	Tableau 2. Phase de validation avec les enfants de garderie et amis (5 ans).....	151
7	Tableau 3. Moyenne générale par item et par âge.....	152
8	Tableau 6. Comparaison des résultats à Sainte Hélène de Colombourg.....	153
	Tableau 7. Comparaison des résultats à Sainte Claire de Colombourg.....	154
9	Tableau 9. Synthèse des résultats.....	155
10	Analyse cas par cas.....	156

RESUME

Cette recherche-action a pour but de démontrer la pertinence de la mise en place d'un modèle de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs chez les enfants de classe maternelle.

Après une brève enquête auprès des enseignantes de ces classes, il nous est apparu que la création d'un outil, constitué par une grille et un cahier des items, pouvait faciliter, chez celles-ci, la possibilité de référer aux services de psychomotricité et, ainsi, contribuer à la diminution de références tardives, tout en augmentant la quantité de références précoces.

Un tel instrument fut alors construit à partir de divers tests, examens et bilans déjà existants et donc validés et étalonnés. Il fut pensé pour être simple d'utilisation et d'interprétation et ne nécessitant pas de matériel particulier.

Les résultats obtenus, après une phase de préexpérimentation, ont démontré que son utilisation était simple et efficace et qu'il permettait facilement la référence de cas "soupçonnables" aux services plus spécialisés où le dépistage pouvait alors être effectué.

La phase expérimentale auprès d'enfants de classe maternelle a confirmé alors ce constat. Les références ont, dès lors, augmenté en quantité et en qualité.

INTRODUCTION

Certains participants au Symposium canadien sur la stratégie de prévention dans le domaine de la santé mentale chez les enfants, Toronto (1981), se sont inquiétés de ce que l'intervention précoce et la prévention secondaire soient négligées dans la foulée de l'engouement actuel pour la prévention primaire mais, qui dit intervention précoce, demande nécessairement un dépistage précoce qui se ferait dès l'apparition des difficultés, avant que celles-ci ne se cristallisent.

La précocité d'intervention est aussi souhaitable pour les problèmes psychomoteurs, comme le souligne Duché (1967), qui y voit un moyen d'éviter à l'enfant des échecs répétitifs qui l'amèneraient de l'inadaptation scolaire à l'inadaptation sociale.

Rigal, Paoletti et Portmann (1974), de leur côté, souhaitent même, dans un but à la fois de prévention primaire et de dépistage précoce, l'instauration de programmes de développement perceptivo-moteur qui aideraient l'enfant à une entrée sans problème dans le domaine des apprentissages scolaires.

Cependant, dans le cas d'une quelconque inadaptation,

l'évolution des sujets et les résultats de l'intervention dépendraient en partie, selon Picq et Vayer (1972), de la précocité de l'action rééducative.

Chez Rideau (1981), ce lien ne fait pas de doute. Puisqu'à son avis, la rééducation psychomotrice est d'autant plus longue lorsqu'elle est entreprise tardivement.

Mais, déterminer au niveau des acquis psychomoteurs, quand le besoin d'une intervention rééducative se fait sentir, demande de replacer ces acquis dans le contexte d'un développement psychomoteur "normal".

Pour Harvey (1984), Picq et Vayer (1972) et Stambak (1963), chaque étape et chaque stade du développement psychomoteur découleraient du précédent et il est nécessaire que chaque acquisition soit réellement acquise pour que l'enfant puisse passer à la suivante.

C'est aussi le point de vue de Harvey (1984) qui affirme qu'au niveau du développement, il y a une "épigénéité" de la maturation, ce qui implique que certaines acquisitions ne peuvent se faire avant que telles autres ne soient installées.

De son côté, Ajuriaguerra (1970), souligne l'importance de chaque acquisition pour l'ensemble du développement de l'enfant. Un retard d'acquisition du sens postural, par exemple, n'a pas vraiment, selon cet auteur, de signification en soi sauf s'il est replacé dans le cadre du développement global et que ses répercussions à ce niveau ont été évaluées.

Cependant, pour des auteurs tels que Rigal, Paoletti et Portmann (1972), l'efficienc motrice paraît être l'indice le plus révélateur pour déceler le niveau de développement qu'a atteint un enfant.

Cette affirmation est, par contre, non seulement nuancée par Piaget et Inhelder (1966) qui pensent que " la maturation organique" n'explique pas tout dans le développement et ne représente qu'un facteur parmi les autres mais aussi par Théberge (1982) qui écrit, dans son "Approche de la Psychomotricité", qu' :

" Il est évident que certains acquis neurologiques peuvent être considérés requis pour un comportement donné (...). Toutefois, il ne saurait en être ainsi pour tous les éléments du développement de l'enfant."

Théberge, (1982,p.39).

Par ailleurs, l'influence du développement psychomoteur dans les apprentissages scolaires a, elle aussi, été sujette

à controverse. Certains auteurs, comme Bourdieu et Passeron (1964), Dolto (1971a, 1971b), Mannoni (1965, 1967), ne voient aucun lien de cause à effet entre les deux phénomènes.

D'autres, comme Schneersohn (1960), attribuent, à l'école traditionnelle et à ses méthodes éducatives, un effet quasi générateur de l'instabilité psychomotrice.

Terrisse (1974), quant à lui, met de l'avant la notion de complémentarité, de double effet, de feedback, où les troubles d'apprentissage et les troubles psychomoteurs seraient tour à tour cause ou effet ou les deux.

Enfin, pour Guilmain (1948), Naville (1967, 1971), Stambak (1963) et Stambak et al. (1967), le dysfonctionnement psychomoteur serait le responsable des difficultés scolaires. Une dominance latérale non encore acquise, un trouble perceptuel ou un mauvais schéma corporel pourraient, selon ces différents auteurs, être à l'origine non seulement de difficultés dans l'apprentissage de l'écriture, mais aussi, d'après Durivage (1987), de sentiments de frustration, d'échec et autres perturbations.

C'est dans la perspective de ces derniers auteurs que nous situerons notre approche.

En résumé, quelle que soit l'école de pensée, il est clair que la question des difficultés d'apprentissage est complexe et encore sujette à clarification. Ce qui ne peut que "souligner l'importance d'intensifier les efforts de recherche dans le cadre des études sur le dépistage précoce" (Mc Conville, 1982).

Cela semble d'autant plus nécessaire que, très souvent, d'après Rigal, Paoletti et Portmann (1974), la référence de ces enfants qui présentent des difficultés d'acquisition, qu'il s'agisse de la lecture ou des mathématiques à des spécialistes, ne se fait que lorsque les troubles sont déjà importants.

Or, il nous est apparu, en cours de pratique professionnelle, que cette problématique des références tardives, s'appliquait également aux dysfonctionnements psychomoteurs.

En effet, exerçant la profession de psychomotricien depuis 1982, auprès des Cliniques Externes de Psychiatrie d'Amos, de Malartic et de La Sarre et des commissions scolaires de ces municipalités, nous avons eu l'occasion de rencontrer entre 1982 et 1985 des enfants qui présentaient des

dysfonctionnements de leur psychomotricité référés par le secteur scolaire.

Ces enfants, alors âgés de dix à onze ans, présentaient des pathologies psychomotrices telles que troubles du schéma corporel, retards de maturation ou dysharmonies tonico-motrices dont les origines n'étaient évidemment pas récentes et la symptomatologie manifeste non spontanée. En fait, après une enquête auprès des familles de ces enfants, ces problèmes semblaient déjà apparents dès l'âge de cinq à six ans.

Des auteurs [Rideau (1981), Rigal, Paoletti et Portmann (1974) et Ajuriaguerra (1970),] indiquent d'ailleurs que ces troubles psychomoteurs sont effectivement décelables dès que la majeure partie du développement psychomoteur est terminée, soit vers l'âge de trois ans. Ces troubles se greffent donc sur une histoire antérieure de retard du développement psychomoteur.

Néanmoins, sur les cent-dix-huit (118) élèves, du niveau de la maternelle à la septième année, qui avaient été référés en trois années de pratique professionnelle, seulement huit pour cent (8%) n'étaient âgés que de cinq et six ans.

Constatant l'âge avancé (10,11 ans) des enfants qui nous étaient référés (77%) pour des dysfonctionnements psychomoteurs, par le milieu scolaire, nous avons fait, de ces références tardives, le cadre de la planification de notre recherche et notre problématique.

Précisons, dès à présent, que notre champ d'action s'inscrira dans le milieu scolaire et se situera au niveau des enfants âgés de cinq à six ans, puisque, dès six ans, les dysfonctionnements psychomoteurs sont déjà évidents, si on sait les reconnaître.

En créant un modèle d'intervention permettant de dépister les dysfonctionnements psychomoteurs chez les enfants de classe maternelle, nous espérons, à moyen terme, une augmentation des références d'enfants de cinq ans aux services de psychomotricité et, parallèlement, une diminution des références d'enfants âgés de dix et onze ans chez qui, souvent, se sont ajoutées, aux troubles psychomoteurs, des difficultés d'apprentissage.

C'est ainsi que nous présenterons, en premier lieu, un "contexte théorique" qui définira la notion de psychomotricité. Dans ce cadre, nous expliquerons, en plus de cette définition, la notion de développement de la

psychomotricité et de ses pathologies, c'est-à-dire, les dysfonctionnements psychomoteurs.

Nous poursuivrons notre présentation avec la notion de dépistage et, plus particulièrement, de dépistage précoce des dysfonctionnements psychomoteurs. La méthodologie de notre recherche-action suivra.

Le Chapitre III sera consacré à la présentation de nos résultats. L'analyse de ces résultats sera contenue dans le Chapitre IV et le dernier chapitre sera consacré à l'expression des conclusions et de certaines perspectives consécutives à cette recherche.

CHAPITRE I
LE CONTEXTE THEORIQUE

I.A. La notion de Psychomotricité

I.A.1. Définition de la Psychomotricité

Le terme de "Psychomotricité" n'est maintenant plus inconnu. Pourtant, il nous apparaît encore essentiel d'en préciser les principales utilisations.

Une ambiguïté particulière caractérise ce concept. Ce terme est utilisé, d'une part, par les "cliniciens" et, d'autre part, par les "spécialistes de l'éducation". Dans le premier cas, l'intérêt est porté sur la pathologie, dans le second, il s'agit de se consacrer à l'étude ou à la pratique de l'éducation psychomotrice, généralement, chez l'individu sain.

"Mens Sana in corpore Sano" [maxime de Juvénal (Satires, X, 356)]; l'adage n'est pas d'hier puisqu'il est antérieur à Jésus-Christ. Pourtant, la confusion règne encore. Doit-on étendre le dualisme de l'âme et du corps, au comportement au sens néo-watsonnien ou limiter le concept de mouvement, au "mental" ou au conscient?

L'origine de cette notion de psychomotricité se retrouve à la fois chez Piaget et chez Wallon qui, chacun selon une

approche propre, ont clairement démontré que le "moteur" et le "psychisme" n'étaient pas étrangers l'un à l'autre mais, au contraire, étaient contemporains, synergiques; traduisant ainsi la manifestation de l'adaptation de l'individu avec son milieu environnant.

Le préfixe "psycho", présenté devant le mot motricité, n'est pas simplement joint par un trait d'union. Psychomotricité est un mot entier qui reflète le fait qu'il s'agit de l'expression de l'une des plus grandes fonctions psycho-physiologiques spécifiques à l'être humain. Chez Piaget (1956), le rapport qui existe entre les deux pôles moteur et psychique est le résultat d'une équilibration constante entre l'"assimilation" lorsque l'individu incorpore les objets et les personnes à son activité propre et l'"accomodation" quand celui-ci réajuste ces structures, en fonction des transformations subies sous l'influence du milieu environnant.

C'est ainsi que les premiers réflexes "archaïques" et les premiers schèmes sensori-moteurs, constituant l'intelligence dite sensori-motrice du jeune enfant, deviennent, grâce à la fonction sémiotique, les "opérations", concrètes d'abord à réversibilité limitée, puis formelles à réversibilité complète.

"En d'autres termes, loin d'être extérieure à la genèse de l'intelligence humaine, la motricité, à divers paliers, constitue un des pôles des structures successives qui caractérisent, à chaque stade, les paliers d'équilibre du comportement."

Bouchard, (1975,p.9).

Pour Piaget (1964), dans une vision essentiellement épistémologique, la psychomotricité n'est qu'un des aspects d'un processus d'équilibration réglant toute forme de vie et suscitant des structures d'ensemble dont certains éléments seuls sont réalisés, tandis que d'autres se réfèrent à des transformations possibles.

Pour Wallon (1949), la psychomotricité consiste en l'étoffe même du développement de l'enfant soumis et obéissant aux changements, depuis la symbiose physiologique de l'état foetal jusqu'à l'adaptation éthico-politique à la communauté à l'âge adulte.

L'unité psychomotrice, logique chez Piaget, est alors bio-sociologique chez Wallon.

Il existe entre eux certains points de vue discordants. Piaget se montre d'accord avec Wallon sur l'importance du système postural et des attitudes dans la genèse de sa représentation; mais, selon lui, cette

filiation ne vaut que pour l'aspect figuratif de la pensée, alors que l'aspect opératif prolonge la motricité comme telle.

N'étant pas rigoureusement scientifiquement définie, la psychomotricité devient, pour chaque praticien, un concept théorique auquel il donnera une "couleur" personnelle, ce qui ne fait donc qu'augmenter son imprécision.

I.A.2. Le développement psychomoteur

Ce sont les deux éléments fondamentaux du comportement de l'organisme humain, motricité et psychisme, qui constituent le terme "psychomotricité".

Très peu différenciés chez le nouveau-né, ces deux éléments vont évoluer, parallèlement au départ, puis, avec la myélinisation, vont se différencier et s'intégrer de façon de plus en plus spécifique et de plus en plus hiérarchisée. Toutefois, malgré cette différenciation, ces deux composantes vont rester solidaires l'une de l'autre dans tout le développement ultérieur.

Ajuriaguerra (1970), distingue trois phases principales dans ce développement.

La première phase comprend l'organisation de la charpente motrice, l'organisation tonique du tonus de fond, l'organisation proprioceptive et la disparition des réactions primitives.

La seconde phase est celle de l'organisation du plan moteur, où il y a passage de l'intégration successive à l'intégration simultanée. C'est ce qu'il a appelé la

"mélodie kinétique", où les formes motrices se font, en se défaisant et en se refaisant.

La troisième phase correspond à l'automatisation de l'acquis et, donc, à la réalisation des praxies. Mais il ne faut pas, selon Ajuriaguerra (1970), réduire la psychomotricité à l'étude de l'homme moteur. Cela serait une erreur.

"Cela nous conduirait à considérer la motricité comme une simple fonction instrumentale de valeur purement effectrice et dépendant de la mise en jeu de systèmes par une force à eux étrangère, qu'elle soit extérieure ou intérieure à l'individu, et ainsi à dépersonnaliser complètement la fonction motrice."

Ajuriaguerra, (1970, p. 240).

Quoiqu'il en soit, le mouvement, le geste, ne peut être considéré que comme l'équivalent d'un acte de pensée.

La distinction entre psychique et moteur ne peut être acceptée qu'à titre didactique et il est clair que, dans notre organisation "in vivo", elle devient inopérante.

Il est difficilement concevable de voir une motricité épurée de tout élément mental et, inversement, d'imaginer une pensée sans support corporel.

"Tout fait humain est indissolublement physiologique et psychologique."
Vial, (1972, p. 122).

Pour Kauders (1972), la série des phénomènes moteurs et psychiques n'est ni limitée ni distinguée. Seule une unité de toutes les manifestations et événements est constante chez tous les malades. Les processus psychiques et moteurs peuvent même se remplacer.

Selon Ajuriaguerra (1970), un événement psychique qui ne serait pas arrivé à maturité pourrait être représenté par une manifestation motrice avant que la conception complète et évidente de l'événement en cours ou sa formulation verbale puisse être évoquée.

Ce qui est souligné, par ailleurs, par Wallon:

"Situées entre l'automatisme des réactions et l'activité intellectuelle, les émotions sont, avec l'un et l'autre, dans un double rapport de filiation et d'opposition."
Wallon, (1956, p. 68).

La préoccupation primordiale de cet auteur a été de relever l'importance de la symbiose affective primitive dans tous les développements ultérieurs, fusion qui va s'exprimer par des phénomènes moteurs, dans un dialogue

précurseur du dialogue verbal futur et que Ajuriaguerra (1970), appellera "dialogue tonique" ou "dialogue tonico-émotionnel", par la suite.

Motricité et mental ne sont donc pas des entités distinctes; mais, des domaines indissociables cohabitent chez le même individu et actif simultanément, synergiquement. Cette motricité ne peut donc pas exister isolément. Elle est et reste en perpétuelle relation avec l'affectivité, l'intelligence et le milieu propre à l'individu.

Wallon et Piaget s'entendent pour reconnaître que la pensée est une action intériorisée. C'est l'activité sensori-motrice de l'enfant qui donnera naissance à l'image objective du monde qu'a l'adulte. Le développement intellectuel se fait donc par, à la fois, l'activité et l'expérience.

Dans les tests de Brunet-Lézine (1965), ce sont des épreuves motrices qui sont utilisées pour mesurer l'intelligence de l'enfant. Cela démontre que, chez le jeune enfant motricité et intelligence sont intimement liés. Il serait alors tentant de conclure à une

correspondance absolue entre physique et mental. La pathologie nous éclaire à ce sujet.

Une déficience, une débilité, dans un des deux domaines, ne veut pas dire nécessairement qu'il y a aussi débilité ou déficience dans l'autre. Tout le monde sait fort bien que l'infirme moteur cérébral, déficient moteur par excellence, n'est nullement atteint au niveau intellectuel. Inversement, le trisomique 21 ou mongolien, est souvent très habile, notamment au niveau manuel.

En pratique de la thérapie psychomotrice, il n'est pas rare de rencontrer des enfants d'intelligence normale, voire même supérieure, qui présentent une symptomatologie de maladresse et de malhabilité très évidente. Il existe une relation, de structure à structure, entre les schèmes d'action et les schèmes de pensée.

C'est ce que Piaget a traduit par la notion d'isomorphisme. La gnosie, schéma mental d'ensemble des gestes à accomplir pour la réalisation d'un acte, se superpose à la praxie, schéma moteur des mêmes gestes, pour constituer le schéma global mental et moteur qu'est la practognosie. Ces deux plans, moteur et cognitif,

seraient donc indissociables, semblables, superposés et propres à chaque practognosie.

La "connaissance" du geste à accomplir serait donc contemporaine de "l'expérience" de l'action et indispensable à la réalisation de ce geste. Il existe donc une interrelation évidente entre l'action clairement structurée qui va favoriser une représentation mentale précise laquelle va, à son tour, influencer de façon favorable les structures mentales qui lui correspondent, donc la pensée.

C'est Wallon (1942), qui a le plus insisté sur la correspondance qui existe entre l'acte et la pensée et qui, pour lui, est d'autant plus vraie que l'enfant est plus jeune.

C'est donc dire que, comme la motricité, la digestion, la mémoire ou l'intelligence, la psychomotricité est une des grandes fonctions de l'être humain.

En résumé, un développement psychomoteur harmonieux est l'ensemble des acquisitions qui se font et se défont

de façon synergique et simultanée dans toutes les sphères.

L'enfant, en grandissant et en vieillissant développe sa fonction psychomotrice dans un tout et une globalité systémique qui touche à la fois le domaine physiologique, le domaine psychologique, l'émotionnel et le relationnel. Et, c'est dans ce tissu relationnel que les différentes acquisitions pourront se faire, sans que l'un ou l'autre de ces acquis ne puissent avoir une importance relative plus prépondérante par rapport à l'autre, mais où la primauté sera accordée à la globalité, selon le principe de l'harmonie qui unit et interrelie les différentes phases du développement de l'enfant.

C'est ainsi que, par rapport à une population "normale", c'est-à-dire d'enfants sans handicap incapacitant moteur, on peut s'attendre, en général, à titre de points de repère, selon la plupart des auteurs consultés, à l'acquisition du redressement dorsal vers l'âge de vingt semaines.

Par ailleurs, on s'attend à ce que l'enfant puisse, vers l'âge de trente-deux semaines, s'asseoir sans l'aide de ses mains.

Vers un an, lorsqu'on lui tient la main, il devrait être en mesure de marcher et, à quinze mois, monterait les escaliers en rampant alors que la possibilité de descendre ces mêmes escaliers seul, en posant les deux pieds sur chaque marche, devrait apparaître vers deux ans.

Il pourra les descendre, en mettant un seul pied par marche, vers quatre ans, époque où il pourra aussi sautiller sur un pied. C'est à cinq ans qu'il pourra lacer ses chaussures et qu'il sera en mesure de répondre aux ordres triples.

Alors que, c'est vers cinq ans qu'il reproduit le triangle, c'est vers six ans que la reproduction du losange lui sera accessible.

Cependant, il faut garder en mémoire que ce développement global et harmonieux de l'enfant se fait par poussées locales, selon Coste (1985), de manière non unitaire; mais, segmentaire et diversifiée.

Donc, qu'entendons-nous par dysfonctionnement psychomoteur?

S'agit-il des retards du développement psychomoteur ou de pathologies psychomotrices graves (astéréognosies, autotopoagnosies, apraxies, inhibitions ou instabilités psychomotrices, dysharmonies tonico-motrices, troubles spatio-temporels, dyscoordinations, etc...) ?

I.A.3. Les dysfonctionnements psychomoteurs

Il existe plusieurs définitions des troubles psychomoteurs dont celle de Bucher (1972) qui les décrit comme étant les symptômes d'un dysfonctionnement d'ensemble, dans lequel diverses influences se côtoient et interfèrent. Elle précise alors qu'il est difficile de faire la part de ce qui relève d'un processus psycho-affectif et d'une altération fonctionnelle hors de toute origine déficitaire.

Pour Corraze (1981), la pathologie psychomotrice est évoquée, non pas par les "hard signs", mais davantage par les "soft signs" qui, de plus, sont étroitement dépendants de l'environnement et souvent associés à des troubles affectifs.

Outre les mouvements choréiques ou athétosiques, Touwen (1979), tout en soulignant le rapport étroit qui existe entre les "troubles psychomoteurs" et le dysfonctionnement cérébral a minima, leur ajoute les syncinésies, les différentes incoordinations motrices et les anomalies sensorielles.

Rutter, Graham et Yule (1970), Hertzig et Birch (1968) et Monroe (1977) associent les troubles psychomoteurs aux troubles psychiatriques.

Albaret et Pourre (1987), en plus des caractéristiques précédentes, reconnaissent aux troubles psychomoteurs celle plus particulière de l'étiologie qui, en plus d'être pluridimensionnelle, réunit des facteurs aussi disparates que l'hérédité, les facteurs biologiques et psycho-sociaux.

Mais, c'est la définition clinique d'Ajuriaguerra (1970) que nous retiendrons pour notre recherche.

Les conséquences des lésions neurologiques en foyer seront exclues de notre notion de dysfonctionnement psychomoteur, comme l'auteur les a ôtées de sa définition des "désordres psychomoteurs". Plus ou moins voulus, plus ou moins subis, plus ou moins motivés et plus ou moins automatiques, les dysfonctionnements psychomoteurs sont reliés aux affects et unis au "soma", par leur fluence à travers la voie finale commune. Avec l'absence de dérèglement d'un système défini qui les caractérisent, on s'aperçoit de leur persistance et de leur labilité dans leur forme.

"Variables dans leurs expressions, ils restent, chez un même individu, intimement liés aux afférences et aux situations."

Ajuriaguerra, (1970, p.268)

Souvent, leur expression est caricaturale et les caractères primitifs (quoique modifiés par l'évolution ultérieure) qu'ils conservent, les rapprochent des phases primitives de contact ou de répulsion, de passivité ou d'agression. Perdant même parfois la forme du mouvement primaire, ces dysfonctionnements psychomoteurs ne gardent de ce mouvement que la valeur d'un symbole.

On rencontrera, dans le cadre de ces désordres psychomoteurs, certaines formes de débilité motrice, telles que les a précisées, en 1907, Dupré (1909), les instabilités psychomotrices, les inhibitions psychomotrices, certaines maladroites d'origine émotionnelle ou conséquences de désordres de la latéralisation, les dyspraxies d'évolution, certaines dysgraphies, certains tics et stéréotypies motrices, le bégaiement, etc.

Tous ces désordres, qu'il conviendrait, avant qu'ils ne se cristallisent, de dépister le plus tôt possible.

Le dépistage précoce permettra alors une intervention rééducative plus précoce elle aussi.

I.B. Le dépistage précoce des dysfonctionnements psychomoteurs

I.B.1. La relation "psycho" et "motricité"

L'éducation psychomotrice semble rester "l'éternel parent pauvre de la pédagogie moderne" (Rideau, 1981), reproduisant en cela la prédominance historique dans la pensée occidentale du cartésianisme, ["Je pense, donc je suis"], sur les conceptions des anciens grecs qui ne dissociaient pas le corporel du mental.

Bien que cette dichotomie tende présentement de plus en plus à s'estomper (médecine psycho-somatique, approches alternatives à la médecine traditionnelle etc...), elle reste encore très visible dans la définition des objectifs éducatifs.

Or, pour Rideau (1975),

"Même les petites difficultés psychomotrices ont leur importance."

Rideau, (1975, p.110).

En effet, il peut y avoir juxtaposition, dans le développement psychomoteur, de différents retards à chaque

étape successive.

Si bien que, comme l'observent Lévi et Parisi (1981),

" Chez l'enfant présentant un retard psychomoteur, se manifestent (...), entre trois et six ans, une maladresse et une gaucheté dans les skills à peine plus complexes, et une sorte de "stupidité" dans l'utilisation du mouvement en tant qu'instrument de pensée ou de rassemblement d'information."

Lévi, Parisi, (1981, p.135)

De plus, sur le plan sémiologique, cet enfant est, selon eux, incapable d'utiliser de façon adaptative et intelligente même, les modèles qu'il semblait avoir acquis à la perfection, lorsque ces modèles sont stimulés de façon inhabituelle, d'où la nécessité d'un dépistage précoce aussi bien que d'un traitement actif.

Cependant, en ce qui concerne les enfants d'âge préscolaire, le dépistage par les parents, selon Versele (1972), est presque nul sauf en cas de pathologie grave. De même, les visites chez le médecin traitant ou occasionnellement à l'hôpital ne sont pas plus efficaces dans le dépistage des troubles du développement psychomoteur. Au niveau de la prévention:

"le problème en est un de formation et d'information".

Versele, (1972, p.175).

I.B.2. Le programme de dépistage précoce

Déjà, au Québec, certains programmes préventifs de stimulation ou de dépistage précoce ont été élaborés par certains départements de santé communautaire et mis en application par les différents C.L.S.C., bien que ces démarches s'inscrivent encore trop souvent dans le cadre d'interventions ponctuelles.

Rae Grant (1979), constate néanmoins les résultats encourageants des programmes d'éducation à l'intention des jeunes enfants et observe que, plus l'intervention est précoce et intense, plus les bienfaits sont importants, surtout lorsque les programmes de suivi se poursuivent pendant l'année scolaire.

Bronfenbrenner (1975), de façon analogue, réalise le même constat. Certains conseils scolaires de l'Ontario ont parallèlement l'intention de poursuivre le "Windsor Early Identification Project", par la mise en place de méthodes de dépistage précoce.

Hill (1978), a mentionné à Toronto, lors de la "Conference on Students with Learning Disabilities",

comment les points faibles, des enfants de la maternelle avancée, pouvaient être détectés.

D'un autre côté, néanmoins, les résultats des recherches sur l'évaluation de certains programmes de stimulation précoce, sur une population d'enfants scolarisés [Fowler (1969), Ayres (1972)], ont permis de souligner la nécessité d'une intervention spécifique se donnant des objectifs précis et quantifiables afin d'avoir les meilleures chances d'être efficace.

Malgré ces nouveaux développements, l'école reste donc encore le milieu de choix pour un dépistage systématique des dysfonctionnements psychomoteurs.

Mais, alors que des auteurs, comme Rideau (1981) et Duché (1979), insistent sur l'importance d'un dépistage précoce, dans la mesure où les troubles psychomoteurs peuvent interférer dans les futures acquisitions scolaires [Rigal, Paoletti, Portmann (1974)], nous pouvons constater que, dans les faits, la réalité est toute autre. En effet, que ce soit sur le plan des problèmes purement scolaires ou des problèmes psychomoteurs, la majorité des références résultent plus souvent d'une détérioration du problème plutôt que de son dépistage précoce.

"Il est certain que les diverses responsabilités du titulaire de classe ne lui permettent pas de disposer du temps nécessaire pour faire passer toute une batterie de tests à tous les enfants."

Rigal, Paoletti, Portmann, (1974, p. 313).

I.B.3. Les tests

Or, les tests offerts sont en général assez longs à passer (Harvey, Guide Portage, Brunet-Lézine, Ozeretski, etc...). De plus, ils demandent du matériel spécialisé et de bonnes connaissances théoriques et empiriques cliniques pour tirer parti des résultats.

En fait, pour Mc Adam (1971), les tests psychomoteurs sont présentement principalement des outils cliniques qui permettent surtout, là aussi, le dépistage des cas extrêmes.

De plus, la concordance entre les méthodes d'évaluation des problèmes psychomoteurs n'est pas toujours évidente [Keogh et al. (1979)].

Mc Intyre et ses collaborateurs (1980), ont même précisé, après une analyse sérieuse des méthodes d'évaluation disponibles qu'il n'existe:

"aucun instrument de mesure objectif et valable qui puisse être utilisé isolément à cette fin."

Mc Intyre et al. (1980),
dans Mc Conville (1982, p. 7).

Cela peut se comprendre, étant donné la définition même de la psychomotricité et la part subjective, la sphère affective, qui s'y rattachent.

"Dans tous les cas d'inadaptation que celle-ci soit scolaire ou générale les problèmes moteurs et psychomoteurs sont toujours étroitement liés aux problèmes affectifs et psychologiques."

Picq et Vayer, (1972, p. 276).

En conclusion, si l'intérêt d'un dépistage précoce des troubles psychomoteurs n'est pas vraiment contestable, les méthodes utilisées et leur efficacité sont plus sujettes à controverse.

C'est dans ce contexte que s'est inscrite notre action et que nous définissons comme suit:

"Concevoir un outil qui répondrait, à la fois aux critères de rapidité, de simplicité et de passation exigés par les contingences inhérentes à la tâche d'enseignant, mais aussi à la nécessité d'une capacité discriminative minimum suffisante pour initier la référence à un professionnel plus spécialisé, en l'occurrence un psychomotricien".

Ce dernier assumerait alors, en fait, la tâche d'évaluer la réalité d'un éventuel dysfonctionnement (élimination des différents parasites, par exemple: nervosité, problèmes d'apprentissage, subjectivité de l'enseignant, réactions de prestance, etc..), son ampleur, ses causes et, si besoin est, élaborerait un plan d'intervention. Bref, il s'agit là d'un travail de clinicien.

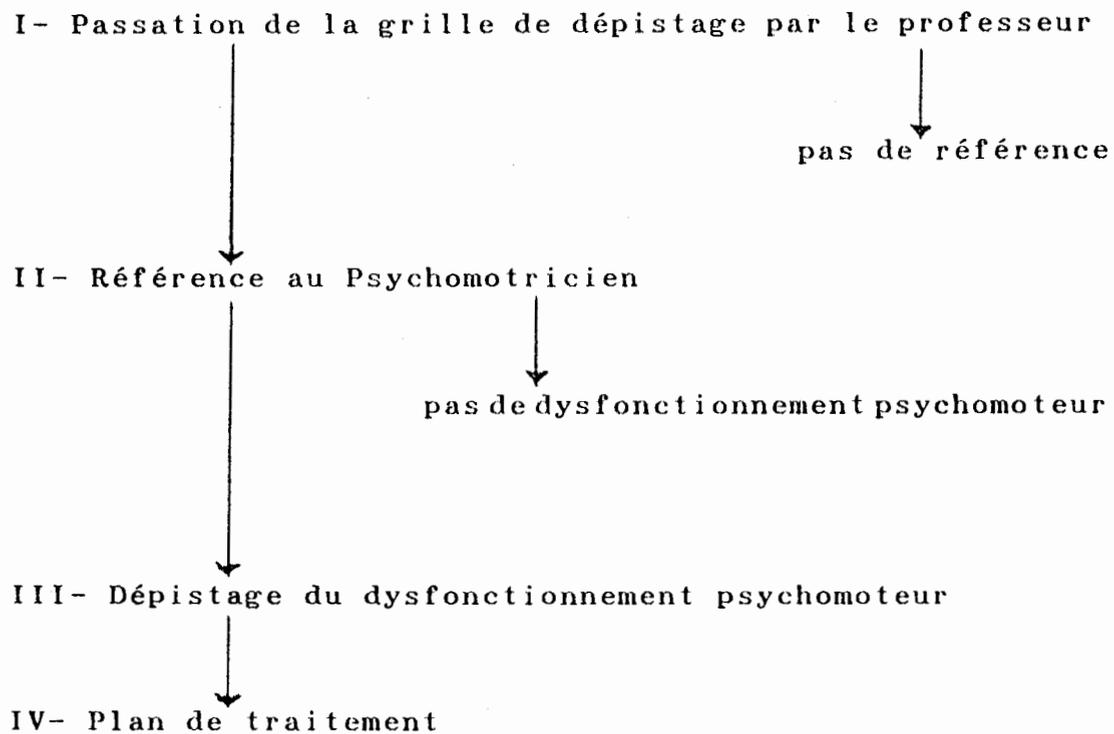
Dans cette optique, notre outil de dépistage, [-dépistage à un deuxième niveau-], n'aura pas, de ce fait, valeur de test, ni de diagnostic, mais sera plutôt une épreuve de "présélection" à un examen psychomoteur plus approfondi, effectué par un professionnel. Il aurait comme avantage d'augmenter le nombre de références et de les rajeunir par le dépistage précoce.

Mais aussi, il permettrait d'éviter une généralisation des examens psychomoteurs et, surtout, permettrait une certaine implication du corps enseignant dans la recherche de ces problèmes.

Enfin, en dernier lieu, notre outil pourrait favoriser le contact ultérieur "information et formation" entre professionnel et enseignant.

Dans la figure 1, ci-après, nous résumons la démarche du modèle d'intervention pour le dépistage précoce des dysfonctionnements psychomoteurs en milieu scolaire (classe maternelle) tel que nous venons de l'explicitier.

MODELE D'INTERVENTION
POUR LE DEPISTAGE PRECOCE
DES DYSFONCTIONNEMENTS PSYCHOMOTEURS EN MILIEU SCOLAIRE
CLASSE MATERNELLE



- FIGURE 1 -

[Modèle d'intervention pour le dépistage précoce des
dysfonctionnements psychomoteurs en milieu scolaire
(classe maternelle)]

CHAPITRE I I

LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Nous utilisons une démarche conventionnelle de résolution de problème en six étapes que l'on peut résumer ainsi:

1- Détermination de la nature du problème;

Ce travail a consisté à identifier le problème au sein de la problématique déjà décrite.

2- Détermination des conditions auxquelles la solution doit satisfaire et proposer différentes variantes;

Cette étape correspond à l'analyse des données, c'est-à-dire à l'analyse des exigences reçues des professeurs qui ont participé à l'enquête préalable à la recherche.

3- Choix de l'une des variantes;

Parmi les solutions possibles à la résolution du problème, c'est la construction d'un outil de dépistage qui fut retenue.

4- Mise en oeuvre de la démarche retenue afin d'atteindre les résultats escomptés;

Une première "préexpérimentation", avec des enfants d'âge égal et inférieur à celui de ceux de l'expérience, a permis, dans un deuxième temps, de poursuivre notre recherche. C'est l'ensemble de cette démarche qui constitue la quatrième partie de notre méthodologie.

5- Appréciation des résultats atteints;

Cette étape correspond à l'analyse des résultats recueillis.

6- Reprise de chacun des points précédents, selon les besoins, au fur et à mesure de la progression du processus;

Cette phase de "correction permanente" fut utilisée tout au long du processus.

II.1. Détermination de la nature du problème

Notre constat de départ était le suivant: Les enfants issus du milieu scolaire et référés en psychomotricité font l'objet, à La Sarre, de références tardives pour un certain nombre d'entre eux. Ce constat a engendré, dans la phase de détermination du besoin, le désir de contribuer à diminuer ces références tardives en favorisant le dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs, dès la classe maternelle.

Nous avons envisagé, dans le cadre de notre analyse de résolution du problème, plusieurs possibilités de solution. La première, envisagée et retenue, fut de questionner, dans le milieu scolaire, les principaux et surtout les plus proches intervenants auprès des enfants de classe maternelle.

Un questionnaire simple fut alors élaboré. Quatorze de ces questionnaires furent distribués, par les psychologues, aux enseignantes des classes maternelles de la Commission Scolaire Abitibi. Ces questionnaires, remis directement aux intéressées, bénéficiaient de la présentation des psychologues. Ce qui, en plus de lui

donner un caractère sérieux, pouvait permettre une clarification d'intention, parfois nécessaire.

Treize des quatorze jardinières qui ont répondu à ce questionnaire, soit 92,86 %, pensaient que c'est à elle que revenait la responsabilité du dépistage des troubles et des retards du développement de la psychomotricité de leurs élèves.

II.2. Détermination des conditions auxquelles la solution doit satisfaire et proposer différentes variantes

L'idée de donner une session de formation sur le développement psychomoteur de l'enfant normal fut suggérée par les psychologues de la Commission scolaire Abitibi et la date du 31 Janvier 1986 fut alors retenue. Une autorisation formelle fut alors demandée à l'assemblée des directeurs d'école par la voie hiérarchique du directeur général de la Commission scolaire Abitibi, pour cette date, mais ne fut pas accordée. L'ordre du jour de cette assemblée étant trop chargé, notre requête ne lui fut pas soumise.

Pendant ce temps, une très brève enquête téléphonique, menée auprès des quatorze enseignantes qui avaient répondu au questionnaire nous apprit que, bien que toutes réclamaient plus d'informations sur le développement psychomoteur de l'enfant normal, elles se montraient encore plus intéressées à l'idée de disposer d'un outil de dépistage à la fois bref, simple d'utilisation, facilement interprétable et n'exigeant pas de connaissances trop approfondies du domaine de la psychomotricité.

II.3. Choix de l'une des variantes

C'est ainsi que, compte tenu de la problématique posée, à savoir les références tardives des dysfonctionnements psychomoteurs par le milieu scolaire, compte tenu du manque de disponibilité des enseignantes de maternelles [-et de première année possiblement-] pour un dépistage précoce des problèmes psychomoteurs, compte tenu enfin de l'absence d'un véritable outil de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs, à la fois simple, bref et en même temps efficace, nous en sommes venu à nous demander si la création d'un outil, contribuant au dépistage ultérieur, par un professionnel, des troubles psychomoteurs, ne serait pas, à la fois mieux adapté à la réalité et aux besoins du corps enseignant et le moyen d'action le plus approprié pour que, dans le milieu scolaire, les enfants présentant des dysfonctionnements psychomoteurs soient précocément référés et efficacement dépistés, dès la classe maternelle.

Notre outil, notre grille de dépistage, ne serait alors que le premier maillon, la première étape du modèle d'intervention pour le dépistage précoce des dysfonctionnements psychomoteurs dans le milieu scolaire.

II.4. Mise en oeuvre de la démarche retenue afin d'atteindre les résultats escomptés

II.4.1 La construction de l'outil

Notre première action consista à identifier les bilans existants relatifs à l'évaluation de l'état du développement de la psychomotricité chez les enfants.

Nous avons recensé quarante-huit tests, échelles de développement ou évaluations dont la liste exhaustive est présentée en annexe 3, page 138. Nous avons terminé cette recherche, à ce niveau, en consultant les notes de cours de Chénard (1977-1978), le guide pédagogique à l'usage des éducateurs de la Commission des Ecoles Catholiques de Québec (1973), et nos notes personnelles de cours (1972-1975), dans lesquels étaient décrits et expliqués les procédés, tests, examens et profils du développement psychomoteur.

II.4.2 Le choix des items

De tous ces examens divers de la psychomotricité, nous n'avons retenu que l'Echelle de développement de Harvey (1984), le "Griffiths Mental Developmental Scales" de Griffiths (1970), les structures rythmiques de Stambak (1951), les examens psychomoteurs de Thiffault (1982), de Bucher (1972) et de Picq et Vayer (1972).

Ce choix fut rendu nécessaire étant donné l'ampleur de ces différents outils. Beaucoup d'items étaient redondants parmi les tests.

Une première synthèse permit alors d'exclure les "gros outils" trop longs ou trop complexes. L'échelle de développement de Harvey (1984) avait l'avantage d'être un appareil construit et étalonné au Québec et il constituait déjà en lui-même une belle synthèse des tests existants. Le test de Griffiths (1970) en constituait, en quelque sorte, une version en langue anglaise. Harvey (1984) l'a utilisé pour construire son échelle de développement. Quant au choix des épreuves de rythme de Stambak (1951), il s'explique par le fait qu'il est le seul appareil, que nous ayons trouvé, qui puisse mesurer les capacités rythmiques chez l'enfant. Les examens psychomoteurs de

Thiffault (1982), de Bucher (1972) et de Picq et Vayer (1972) nous ont fourni les épreuves d'équilibre et nous ont permis de nous assurer du fait que tous les aspects du développement psychomoteur étaient évalués par notre grille de dépistage.

Puisque celle-ci devait être, de façon axiomatique, claire, précise et simple, nous l'avons montée selon sept grands axes: l'axe moteur, les équilibres, les coordinations-dissociations, la qualité de la performance, les orientations dans l'espace et le temps, le rythme et sa reproduction et l'harmonie tonique.

L'axe moteur s'est vite révélé être le principal ensemble, puisque la plupart des auteurs consultés lui ont consacré une place importante dans leurs tests et c'est la raison pour laquelle nous lui avons attribué deux items.

L'item 1, [-"Peut faire rebondir une balle et la rattraper"-] s'imposait puisqu'on le retrouve à la fois dans le protocole de Harvey (1984) et celui de Griffiths (1970).

Nous avons sélectionné l'item 2 : ["Sautille sur un pied et pousse un bloc"-] chez Harvey (1984) puisque cet item présente l'avantage de mettre en évidence une habileté motrice globale mais aussi et surtout parce qu'il permet en plus l'appréciation de l'équilibre dynamique. Il existe chez d'autres auteurs des variantes de cette épreuve.

Ces deux premiers items sont, d'autre part, les seules épreuves qui nécessitent du matériel autre que les crayons et il ne s'agit que d'une balle de tennis et d'un bloc de bois carré.

Pour apprécier la capacité labyrinthique d'équilibration de l'enfant et son équilibre statique, nous n'avons retenu qu'un seul item, celui qui est utilisé par Thiffault (1982), puisque l'équilibre dynamique a déjà été apprécié par le deuxième item de l'axe moteur. Cet item a été choisi pour sa simplicité, tant au niveau de l'absence de matériel que de sa facilité d'interprétation pour une précision diagnostique excellente. Thiffault (1982) le libelle ainsi : ["Peut tenir dix secondes debout sur un seul pied"-].

Les coordinations et dissociations étaient plus difficiles à mesurer objectivement, car il s'agit de fonctions psychomotrices dont l'évaluation dépend, en grande partie, de l'appréciation subjective de l'évaluateur. Griffiths (1970), utilise une épreuve, la reproduction du triangle qui, telle qu'elle la présente, réduit de beaucoup la subjectivité de son interprétation. Le dessin de soi ou du "bonhomme" (en utilisant le barème de Goodenough, items 14 à 14f) aurait été utile à ce niveau. Mais la complexité de sa cotation nous a obligé à l'écartier même si cette épreuve permet, dans le même temps, l'évaluation de la partie "connaissance du corps" du schéma corporel et surtout l'établissement d'un âge mental. Les épreuves de Bucher (1972), qui nécessitent l'utilisation de perles et de boulons, étaient écartées puisqu'elles exigent l'emploi de ce matériel spécifique, non facilement accessible et que leur interprétation n'est pas très précise. Comme Griffiths (1970), nous pensons que l'épreuve graphomotrice de la reproduction du triangle est discriminative chez les enfants de 6 ans et qu'en plus, elle a l'avantage de permettre une étude précise de la praxie de l'écriture.

Cet item 4 est libellé comme suit : ["Reproduit un triangle -I--"].

L'axe performance s'intéresse essentiellement à l'évaluation des practognosies et donc de l'efficience gestuelle. C'est dans "Education psychomotrice et arriération mentale" de Picq et Vayer (1972) que nous avons trouvé la description de l'épreuve II des tests d'Ozeretski-Guilmain: les labyrinthes. Ces labyrinthes sont en deux parties distinctes. Il existe deux tracés. Nous n'avons retenu que celui qui présentait le tracé le plus sinueux, celui qui est le plus fréquemment échoué. Ainsi, nous avons pensé diminuer le temps de passation de notre grille, tout en conservant à cet item son pouvoir discriminatif. Un enfant qui présente une dysfonction psychomotrice de type dyspraxique sera en difficulté avec ce tracé et nous ne voulions pas induire de façon répétitive une situation d'échec qui aurait pu interférer sur les performances des autres items.

L'item 5, premier item de l'axe performance se lit ainsi: ["Parcourt le labyrinthe -II-"].

L'item 6 ["Reproduit le modèle -III-"], a été inspiré par la première série: discrimination perceptive (alternance perceptive) que Bucher (1972) présente dans "Troubles psychomoteurs chez l'enfant. Pratique de la

rééducation psychomotrice." Des seize cases présentées, nous n'en avons conservé que six dans le même esprit de simplification que précédemment; puisque six cases suffisent à conserver le principe de l'alternance perceptive. Afin de s'assurer que l'enfant réussisse vraiment cet item 6 ["Reproduit le modèle -III-"] et que sa réussite ne soit pas l'effet du hasard, trois grilles vierges sont proposées.

L'axe orientation spatio-temporelle recouvre des domaines dont l'importance dans le développement de la psychomotricité a été maintes fois soulignée par de nombreux auteurs (Harvey (1984), Griffiths, (1970), Stambak, (1951), Bucher, (1972)). Ces auteurs ont inclus, dans leurs instruments de mesure de l'orientation temporo-spatiale, des épreuves relatives à l'orientation droite-gauche ou au rythme.

L'item 7 ["Peut montrer devant, derrière, en haut, en bas, par rapport à lui-même"] a été inspiré par l'item F VI, 6 de Griffiths (1970) qui le propose ainsi:

" Knows "high" and "low." (See F IV, 1) et F IV, 1 : "Compares 2 towers: "Which one is higher ?" (5;3) bricks. (See F VI, 6)"
Griffiths, (1970, p. 13).

Cette épreuve, proposant l'utilisation d'un matériel standardisé, nous avons pensé l'adapter en demandant à l'enfant de montrer ces notions spatiales en indiquant la direction par rapport à lui-même. Nous sommes sûr d'avoir conservé, avec ces modifications, l'esprit de l'épreuve, tout en ayant simplifié la pratique.

L'item 8 a été trouvé chez Harvey (1984). Dans son échelle de développement, sous la rubrique "connaissances", cet auteur propose l'item 30: ["Distingue la droite et la gauche"]. Dans le cahier des items, il le décrit ainsi:

"Il doit répondre sans jamais se tromper aux huit questions suivantes, posées sans ordre: "Montre-moi ta ... droite (ou gauche)?" (main, pied, oreille, oeil)."

Harvey, (1984, p. 63).

Toujours dans le même esprit de simplification au niveau de l'utilisation, nous avons choisi de ne demander à l'enfant que de nous indiquer son pied droit. Dans le cahier des items, nous avons alors précisé que seule cette question suffit si la réponse de l'enfant est immédiate, spontanée, non hésitante et que, visiblement, l'enfant distingue parfaitement sa droite de sa gauche. En cas de doute sur cette aptitude, plusieurs questions, telles que

celles suggérées par Harvey (1984), peuvent être utilisées jusqu'à un maximum de huit.

Pour ce qui est de l'axe "rythme", nous n'avions que peu de choix. La seule ressource qui nous était disponible était le test des structures rythmiques de Stambak (1951). Nous en avons trouvé la forme intégrale chez Picq et Vayer (1972), Zazzo (1960), Chénard (1977-1978) et une forme écourtée chez Bucher (1972).

Nous avons réduit encore cette forme déjà abrégée, en ne conservant que la structure numéro 16 de la "Reproduction par Frapper":

[- ** *** * -]

dans la mesure où celle-ci permettait l'évaluation de la capacité de l'enfant à percevoir et à reproduire une structure rythmique et que, selon notre propre expérience clinique, la plupart des enfants normaux de six ans la réussissent.

Le dernier axe, celui du tonus musculaire, est traditionnel dans la pratique de l'évaluation musculaire en neurologie. L'état tonique d'une personne est évalué par l'appréciation de la passivité, de la consistance musculaire et par la mesure des angles d'extensibilité.

De ces trois méthodes de mesure, celle qui, à notre avis, précise le mieux les troubles toniques et dont l'interprétation est la plus simple est l'appréciation de la passivité.

L'épreuve du ballant, c'est-à-dire la mesure de la capacité à la résolution musculaire volontaire, nous est apparue idéale, en ce sens qu'elle est très aisée à pratiquer et à interpréter. Nous l'avons donc conservée.

L'item 10 ["Peut se faire mou (ballant)"] est obtenu lorsque l'enfant, couché sur le dos, les bras le long du corps et les paumes des mains en l'air, il lui est demandé de se faire mou comme de la "guenille". L'examineur vérifie alors l'état de résolution musculaire volontaire, en faisant rouler sur le sol, [-comme on roule une pâte-], les jambes et les bras. L'état tonique s'apprécie alors au niveau le plus distal, c'est-à-dire, les mains et les pieds et de façon bilatérale. L'examen doit être complété en levant légèrement une main à une dizaine de centimètres du tapis et en la laissant retomber. L'allure de la chute est alors appréciée. Cette manoeuvre peut être effectuée aux quatre membres. Les méthodes d'évaluation tonique, propres à l'électromyographie clinique ("Bio-Feedback"),

auraient été très utiles ici. Nous les avons volontairement écartées, puisqu'elles nécessitent l'emploi d'un matériel sophistiqué, non facilement disponible et coûteux.

C'est donc à partir des éléments appartenant à des tests existants, ayant l'avantage d'être déjà étalonnés ou d'items simplifiés de ces mêmes tests que nous avons pu construire notre grille de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs chez les enfants entrant en classe maternelle.

Après trois premières versions, que nous avons alors appelées tests, nous en sommes venu à voir notre instrument, comme un outil de dépistage qui devait servir à justifier et à promouvoir des références aux services de psychomotricité, et non plus comme un test.

Il s'agit entre autres d'être très rigoureux dans le choix des matériaux, du système de mise au point et dans l'homogénéisation et l'étalonnage des épreuves. Pour pouvoir porter le nom de test, un instrument de mesure doit avoir les qualités de sensibilité, de fidélité, de standardisation des réponses, de validité ou de normalisation (Sellier, 1973). Notre instrument ne peut

prétendre à cela. Il s'agit plutôt d'une sélection d'outils, déjà existants et déjà étalonnés, dont nous avons conservé la "substantifique moëlle". Nous entendons, par cette expression, le fait que nous avons choisi nos items pour qu'ils soient à la limite inférieure de leur pouvoir discriminatif, de façon "nécessaire et suffisante".

Nous étions alors sûr de détecter, à la fois, les enfants qui présentent des dysfonctionnements psychomoteurs, autant que ceux qui sont suffisamment soupçonnables pour justifier leur évaluation plus complète et plus professionnelle.

La présentation définitive de notre "Grille de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs" est réalisée en annexe 4.

Notre outil ne pouvait être utile et efficace que s'il était accompagné d'un manuel d'utilisation qui, lui aussi, se devait d'être simple, clair, précis, facile d'utilisation et ne pouvant donner lieu à de multiples interprétations. Nous l'avons construit en lui donnant le nom de "cahier des items" (c'est-à-dire de manuel de l'utilisateur ou de "cahier pédagogique") et en donnant

pour chacun de ces items une brève explication sur la façon de faire subir chaque épreuve à l'enfant. Il nous suffisait, pour cela, de donner le libellé exact contenu dans les manuels d'utilisation des différents tests utilisés, d'explicitier, si nécessaire, et de donner un exemple quant à l'évaluation et à la notation.

En annexe 5, est présenté ce cahier des items qui précisait aussi le nombre d'essais permis pour chaque épreuve.

Ainsi équipé de notre grille et de la façon de s'en servir, nous pouvions alors passer à notre phase de préexpérimentation.

II.4.3 La préexpérimentation

La préexpérimentation avait pour objectif de démontrer que notre grille pouvait être suffisamment discriminative et, dans le même temps, servir de "banc d'essai", afin de déterminer si d'éventuelles corrections pouvaient être apportées avant la phase expérimentale.

En soumettant notre grille à des enfants de six ans, sans dysfonctionnements psychomoteurs, nous nous attendions à une performance qui démontrerait que l'obtention de résultats de 90% et 100% est constante chez ces enfants.

Afin de prouver davantage le pouvoir discriminatif de notre outil, nous l'avons administré à des enfants plus jeunes. Il était clair, pour nous, que, si des enfants âgés de cinq, quatre ou même trois ans, pouvaient réussir les épreuves proposées, a fortiori, ceux de six ans devaient les réussir.

Enfin, cette première passation nous servait de première expérience. Ce qui avait pour but d'analyser le fonctionnement de notre appareil et d'apporter les

éventuelles corrections qui auraient pu s'avérer nécessaires.

Notre grille fut soumise, par les parents ou les jardinières de garderie, à vingt-neuf enfants de six, cinq, quatre et même trois ans. Cinq d'entre eux étaient les enfants de nos amis. Huit provenaient de la garderie de dépannage "SOS GARDERIE" de La Sarre. Les seize autres fréquentaient la garderie subventionnée "Les petits Chatons" de La Sarre.

Tous les enfants de six ans, sept au total, ont réussi tous les items sauf le neuvième, l'épreuve de rythme, auquel trois d'entre eux ont échoué. Le tableau 1, [Phase de validation avec les enfants de garderie et amis (6 ans)], présente les résultats et les pourcentages obtenus par chacun des sujets de six ans provenant des garderies et des amis, lors de la phase de validation, pour les dix items de la grille de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs.

PHASE DE VALIDATION AVEC LES ENFANTS
DE GARDERIES ET AMIS (6 ans)

<u>Items</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	<u>total</u>
<u>Amis</u>											
Fabienne	*	*	*	*	*	*	*	*	E	*	90
Philippe	*	*	*	*	*	*	*	*	E	*	90
Mélo die B.	*	*	*	*	*	*	*	*	E	*	90
Sandra	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100
Valérie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100
Bruno	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100
<u>Kim</u>	<u>*</u>	<u>100</u>									
Total	7	7	7	7	7	7	7	7	4	7	670

(* = item réussi, E = item échoué)

Le tableau 2, [Phase de validation avec les enfants de garderie et amis (5 ans)], en annexe 6, contient les résultats qui indiquent que trois enfants de cinq ans sur sept ont totalement réussi. Un garçon n'a réussi qu'à 90% et 80% fut obtenu par deux autres participants. La dernière enfant n'a réussi qu'à 40%, refusant de passer six épreuves sur les dix proposées. Nous l'avons donc écartée de nos statistiques.

C'est ainsi que les six enfants de cinq ans restant ont obtenu une moyenne de 91,66% soit dans les limites de la réussite. Après vérification, les deux enfants qui n'avaient pas obtenu le 90% requis pour la réussite à cette grille de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs et qui n'avaient pas réussi les items 1: ["Peut faire rebondir une balle et la rattraper"-] et 9: ["Reproduit la structure ** *** *"-], justifiaient leur dépistage.

En effet l'item 1, dérivé de l'Echelle de développement de Harvey (1984) et du Griffiths Mental Development Scales (1970), a un très grand pouvoir discriminatif et n'est réussi, selon ces auteurs, qu'à l'âge de six ans révolus. Les nombreux échecs, quatre en tout, à l'item 9, l'épreuve de rythme de Mira Stambak

(1951), nous confirmaient notre impression que cette épreuve n'était pas appropriée aux enfants de cinq et six ans.

Pour les enfants de quatre et trois ans, les résultats obtenus démontraient que les épreuves de notre grille étaient trop difficiles pour eux. Nous avons toutefois obtenu deux réussites totales sur neuf chez les enfants de quatre ans et un 90% sur deux enfants de trois ans.

Nous présentons, dans le tableau 3, en annexe 7, [Moyenne générale par item et par âge], les moyennes générales obtenues par item et par âge.

En conclusion, il ressortait, de cette phase de préexpérimentation, que l'item 9, l'épreuve de rythme de Mira Stambak (1951) devait être révisé. Treize échecs sur vingt cinq étaient dénombrés. La répartition par âge, à cet item, était de :

6 ans:	réussite de 57,1%
5 ans:	réussite de 42,9%
4 ans:	réussite de 66,7%
3 ans:	réussite de 0 %.

Nous avons alors apporté, à cet item, une correction, en ne conservant que les deux épreuves dites "d'apprentissage" du test de Madame Stambak. Il s'agit de l'épreuve [-**] (deux coups courts) et [-* *-] (deux coups longs).

L'autre observation, que nous avons tirée de cette première expérience, a été que notre grille semblait discriminative pour les enfants de cinq et six ans et qu'elle faisait ressortir non seulement les enfants ayant des difficultés dans le développement de leur psychomotricité mais, aussi, ceux que nous avons alors qualifiés de "soupçonnables".

Enfin, nous avons recueilli de nombreux commentaires dont le plus important a été à l'effet qu'il était facile de comprendre et d'utiliser notre grille. Il nous a été dit, aussi, que les enfants s'étaient beaucoup amusés aux épreuves elles-mêmes mais même dans certains cas à faire les démonstrations à la place des examinateurs!!!

Notre grille de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs s'est vue reconnaître un caractère de brièveté dans son utilisation. La moyenne du temps de passation de cette grille a été de trois minutes par

enfant. Le taux de satisfaction et l'intérêt à élargir son utilisation semblaient élevés.

II.4.4 L'expérimentation dans le milieu scolaire

Il nous fut difficile d'obtenir les autorisations nécessaires à l'application de la phase expérimentale dans le milieu scolaire. Notre première démarche de sondage parmi les enseignantes de classes maternelles de la Commission Scolaire Abitibi se solda par un échec.

En effet, notre questionnaire, une fois distribué, nous fut retourné avec un taux maximal de répondantes de 100%. L'analyse des résultats nous avait alors inspiré une session d'information dont nous avons demandé l'autorisation à la réunion des directeurs d'école primaire. Notre demande officielle fut acheminée, accompagnée d'un avis favorable de nos deux collègues psychologues scolaires, à cette assemblée. Nous avons appris, plus tard, que cette offre ne fut jamais portée à la connaissance de l'assemblée, l'ordre du jour de la réunion étant trop chargé.

C'est grâce à l'intervention personnelle des deux psychologues scolaires, particulièrement grâce à celle de la psychologue responsable des services aux classes maternelles, que nous avons pu obtenir de la direction des écoles de Sainte Hélène de Mancebourg et de Sainte Claire

de Colombourg l'autorisation d'utiliser la clientèle scolaire des deux classes maternelles de ces deux écoles pour effectuer l'expérimentation de notre outil.

La titulaire des deux classes, se chargea, de son côté, d'obtenir des parents de ses élèves les autorisations nécessaires.

Ces deux classes font partie de la Commission Scolaire Abitibi et sont situées à quelques kilomètres du centre ville de La Sarre en milieu exclusivement rural.

Dans un premier temps, nous avons rencontré l'enseignante seule et nous lui avons présenté l'outil, c'est-à-dire l'ensemble constitué par la grille de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs et son cahier des items sans lui fournir d'autres explications que celles contenues dans ces documents.

Nous lui avons demandé d'appliquer seule cet instrument à tous les élèves de ses classes. Nous voulions pouvoir ainsi constater, à travers elle, comment nous pourrions présumer de son utilisation future indépendamment de toute forme d'aide. Nous lui avons

expliqué que nous procéderions de la même façon ultérieurement.

Cette seconde passation, par le psychomotricien, serait très proche dans le temps pour éviter le phénomène d'apprentissage et de maturation chez les enfants. Les résultats seraient, par la suite, comparés et analysés et, dès lors, des corrections éventuelles seraient apportées.

A ce moment, nous avons volontairement refusé de connaître l'origine sociale, les conditions socio-économiques, la situation familiale et toutes les données relatives aux enfants de notre échantillon afin d'être sûr de n'être influencé d'aucune façon par celles-ci. C'est ainsi que, dans un deuxième temps, après notre propre expérimentation, nous avons recueilli, auprès de l'enseignante, tous les renseignements relatifs à l'origine socio-économique de ces enfants. Dès lors, nous avons voulu savoir si l'origine sociale des enfants pouvait avoir une influence sur leur performance avec le modèle de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs.

Tous les enfants étudiés provenaient du même milieu rural et ne pouvaient donc être comparés à des enfants de milieu urbain.

Pour les trente enfants qui ont participé à cette expérience, nous avons trouvé des pères dont les emplois étaient très comparables en ce qui concerne le domaine industriel et en ce qui concerne le revenu.

C'est au niveau des mères que nous avons trouvé quelques différences. En effet, seulement le tiers de ces femmes (10 sur 30), avaient un travail extérieur à la maison familiale. Les vingt autres se qualifiaient de "ménagères". Il est à remarquer que nous n'avons trouvé aucune situation monoparentale. Le revenu familial moyen oscillait entre trente et trente-cinq-mille dollars par année.

Par contre aucune de ces différences, n'a pu être corrélée avec les performances des enfants.

Cette expérimentation avait pour but d'établir une fidélité de cotation entre deux personnes de formation différente alors qu'elles utilisent le même outil. Nous nous attendions donc à ce que les résultats obtenus par les enfants avec le psychomotricien soient semblables à ceux qu'ils avaient obtenus avec leur enseignante.

L'enseignante a donc pris quatre jours pour appliquer l'outil à ses dix-huit élèves de Sainte Claire et à ses douze élèves de Sainte Hélène de Colombourg.

CHAPITRE III
PRESENTATION DES RESULTATS

Cette partie et le chapitre suivant correspondent à l'étape 5 (Appréciation des résultats) de notre méthodologie. L'étape 6 (Reprise de chacun des points précédents, selon les besoins, au fur et à mesure de la progression du processus), a été appliquée tout au long de notre recherche.

L'objectif de la phase expérimentale de notre démarche était de démontrer que notre outil peut être largement utilisé et que la façon de s'en servir est indépendante de l'utilisateur.

C'est-à-dire que, dans ce cas-ci, les résultats obtenus par l'enseignante et le psychomotricien, avec les mêmes enfants, le même outil, dans les mêmes circonstances, et dans un intervalle de temps le plus bref possible, devaient être très semblables.

Les tableaux 4 et 5, [Compilation des résultats à Sainte Claire de Colombourg] et [Compilation des résultats à Sainte Hélène de Colombourg], présentent les résultats obtenus par les enfants lors des deux cotations, c'est-à-dire avec l'enseignante et avec le psychomotricien.

La lettre [E] signifie que l'épreuve a été échouée lors des deux passations. Le signe [*] indique que, dans ce cas, cette épreuve a été réussie avec le psychomotricien et l'enseignante. Si l'enfant a échoué à la première tentative avec son professeur mais qu'il a réussi avec nous-même, nous l'avons précisé, dans les tableaux à l'aide de [R]. Enfin, si le contraire s'est produit, à savoir, qu'après une réussite lors de la première passation, l'enfant a échoué à la seconde, ce cas sera traduit, dans le tableau, par un [S].

COMPILATION DES RESULTATS

Sainte Hélène de Colombourg

<u>Items</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	<u>Totaux</u>	
K.1	E	*	*	*	*	*	*	*	R	*	80	90
F.2	E	*	*	*	*	*	*	*	*	*	90	90
T.3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100	100
D.4	R	*	*	*	*	*	*	*	E	*	80	90
M.5	E	*	*	*	*	*	*	*	*	*	90	90
M.C.6	*	*	S	*	*	*	*	*	R	*	90	90
M.7	R	*	*	*	*	*	*	*	E	E	70	80
G.8	*	*	*	*	*	*	*	*	E	*	90	90
G.9	R	*	*	*	*	*	*	*	*	*	90	100
S.10	E	*	*	*	*	*	*	*	*	*	90	90
S.11	E	*	E	*	*	*	*	*	E	E	60	60
<u>C.12</u>	<u>R</u>	<u>*</u>	<u>90</u>	<u>100</u>								

(E = item échoué aux deux passations,

* = item réussi aux deux passations,

R = item échoué puis réussi,

S = item réussi puis échoué)

COMPILATION DES RESULTATS

Sainte Claire de Colombourg

<u>Items</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	<u>Totaux</u>	
N.13	R	*	*	*	*	*	*	*	*	*	90	100
W.14	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100	100
S.15	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100	100
T.16	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100	100
E.17	*	*	*	*	*	*	*	*	S	*	100	90
K.18	E	*	*	*	*	*	*	*	*	*	90	90
F.19	R	*	E	*	*	*	*	*	*	*	80	90
J.20	*	*	*	*	*	*	*	*	E	*	90	90
S.21	*	*	*	*	*	*	*	*	E	*	90	90
S.22	*	*	*	*	*	*	*	*	E	*	90	90
J.23	*	*	*	*	*	*	*	*	R	*	90	100
N.24	*	*	*	*	*	*	*	*	R	*	90	100
F.25	E	*	*	E	*	*	*	*	E	S	70	60
C.26	*	*	*	*	*	*	*	*	R	*	90	100
E.27	E	*	*	*	*	*	*	*	E	*	80	80
J.28	*	*	*	R	*	*	*	*	E	*	80	90
I.29	R	*	*	*	*	*	*	*	R	*	80	100
<u>C.30</u>	<u>*</u>	<u>100</u>	<u>100</u>									

(* = item réussi deux fois, E = item échoué lors des deux passations, R = item échoué puis réussi, S = item réussi puis échoué)

En annexe 8, les tableaux 6 et 7, [Comparaison des résultats à Sainte Hélène de Colombourg] et [Comparaison des résultats à Sainte Claire de Colombourg], contiennent le total des différences entre les passations de l'enseignante et du psychomotricien.

A la page suivante, le tableau 8, [Compilation des résultats par items, Analyse de la fidélité entre les deux cotations], permet, pour chaque item, d'établir que les cotations entre les deux examinateurs étaient très fidèles.

COMPILATION DES RESULTATS PAR ITEMS
ANALYSE DE LA FIDELITE ENTRE LES DEUX COTATIONS

	Réponses identiques	Pourcentage
Item 1	23/30	76,67 %
Item 2	30/30	100,00 %
Item 3	29/30	96,67 %
Item 4	29/30	96,67 %
Item 5	30/30	100,00 %
Item 6	30/30	100,00 %
Item 7	30/30	100,00 %
Item 8	30/30	100,00 %
Item 9	23/30	76,67 %
<u>Item 10</u>	<u>29/30</u>	<u>96,67 %</u>
<u>Total</u>	<u>283/300</u>	<u>94,33 %</u>
<u>Moyenne</u>	<u>28,3/30</u>	<u>94,33 %</u>

-TABLEAU 8-

CHAPITRE IV
ANALYSE DES RESULTATS

IV.A. Analyse quantitative

Quatre enfants sur les douze (soit 33,33%) de la classe de Sainte Hélène de Colombourg furent dépistés par l'enseignante puisqu'ils obtinrent des scores inférieurs à 90%. A Sainte Claire de Colombourg, cinq élèves sur un total de dix-huit (soit 27,77%) furent là aussi dépistés.

Cette première phase de l'expérimentation ainsi terminée, nous en étions alors à faire évaluer ces mêmes élèves par une autre personne à l'aide du même outil.

Nous nous sommes chargé de cette tâche et nous nous sommes donc rendu le 30 mars et le 3 avril 1987, soit environ une semaine plus tard, dans les mêmes classes.

Nous avons alors examiné les mêmes douze élèves de Sainte Hélène de Colombourg et les mêmes dix-huit élèves de Sainte Claire de Colombourg.

De façon générale, nous avons constaté que les remarques qui nous avaient été faites par Madame Trudel correspondaient parfaitement avec nos propres observations.

La première fût que nous avons constaté l'excellent pouvoir discriminatif de l'item 1: ["Peut faire rebondir une balle et la rattraper"], qui correspond très bien à l'âge de six ans.

A l'item 5, le labyrinthe, un enfant sur cinq aurait aimé pouvoir lever le crayon et ne pas avoir à le parcourir d'un seul trait.

Les épreuves de rythme de l'item 9 ont suscité beaucoup d'échecs que nous préciserons lors de l'analyse particulière de cet item.

A Sainte Hélène de Colombourg, nous n'avons dépisté que deux enfants sur les quatre que l'enseignante avait identifiés mais nous n'en avons pas dépisté d'autres.

Pour ce qui est de la classe maternelle de Sainte Claire de Colombourg, où la jardinière en avait dépisté cinq, nous n'avons trouvé que deux enfants dépistés par notre outil mais, là aussi, aucun autre ne fut découvert.

Donc dans 58,33% des cas, l'évaluation de l'enseignante et la nôtre sont semblables. Les cinq cas

qui diffèrent démontrent une évaluation de notre part de 10% supérieure à celle de la jardinière.

Neuf grilles ont été évaluées de façon semblable par la jardinière et le psychomotricien, soit 50%. Deux évaluations sont inférieures de 10% chez le psychomotricien par rapport à celle de l'enseignante alors que six sont supérieures de 10% dans le même rapport. Une seule grille est supérieure de 20% chez le psychomotricien.

Pour la classe de Sainte Hélène de Colombourg, il n'y a que sept différences de cotation sur 120, soit 5,83% des items qui ont été cotés différemment par la jardinière et nous-mêmes. Six d'entre elles peuvent être attribuées à un phénomène d'apprentissage, soit 5% du total, puisqu'elles concernent des items où l'épreuve demandée peut être apprise. Quatre réussites ont été obtenues à l'item 1 et deux à l'item 9. L'item 1: ["Peut faire rebondir une balle et la rattraper"-] peut, grâce au processus d'apprentissage que constitue la répétition de cette épreuve, être réussi à brève échéance, de même que l'item 9, épreuve de rythme, où la répétition de la structure rythmique va créer une véritable praxie du rythme.

Deux différences entre l'évaluation de Madame Trudel et celle du psychomotricien peuvent être attribuées à des différences au niveau de l'interprétation de la réussite ou de l'échec, soit 1,66% du total des réponses. D'autre part, ce qui démontre la fidélité et la qualité métrologique de notre instrument, c'est le fait qu'une seule réponse de réussite sur les cent-vingt obtenues lors de la première passation avec l'enseignante n'a pas été retrouvée lors de la seconde avec le psychomotricien.

C'est-à-dire que 0,83 % des réponses positives de la première passation n'a pas été retrouvée dans la deuxième et que, par conséquent, 99,17% des réponses aux épreuves réussies ont été retrouvées lors de la passation par le psychomotricien.

A Sainte Claire de Colombourg, (tableau 7), dix différences sur cent-quatre-vingt apparaissent entre les évaluations de Madame Trudel et les nôtres. Le pourcentage de réponses différentes est donc de 5,55%.

Comme à Sainte Hélène de Colombourg, des différences sont attribuables à l'apprentissage. Elles sont de huit au total sur cent-quatre-vingt, donc un pourcentage de 4,44%.

Elles touchent aussi des items où l'influence de l'apprentissage est important. Nous avons relevé aussi quatre différences dues à l'interprétation, soit 2,22% du total des réponses. Deux réponses positives de la première passation n'ont pas été retrouvées lors de la seconde, soit 1,11% du total des réponses.

Au total, seize grilles sur trente sont totalement identiques, soit 53,33% (tableau 8). Dix-sept différences apparaissent sur trois-cents réponses, soit 5,66%.

Quatorze de ces différences s'expliquent par le phénomène de l'apprentissage des épreuves, soit 4,67%. Deux pour cent seulement des différences sont dues aux différences d'interprétation entre les deux examinateurs (six cas sur trois-cents réponses). Trois réponses positives, c'est-à-dire, relatives à des épreuves réussies, sur un total de trois-cents n'ont pas été retrouvées par le second examinateur soit 1% du total.

Quatorze réponses négatives, c'est-à-dire les échecs notés par l'enseignante, ont été réussies lorsque le psychomotricien administrait la grille de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs chez les enfants de classe maternelle.

C'est donc dire que 94,34% des réponses, qui avaient été obtenues par la jardinière, ont été confirmées lors de la seconde passation avec le psychomotricien.

Notre outil, c'est-à-dire la grille de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs et son cahier des items, permet, chez deux examinateurs différents, une cotation fidèle dans une proportion de 94.34%.

IV.B. Analyse qualitative

IV.B.1. Les références

Notre modèle de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs chez les enfants de classe maternelle a permis à l'enseignante de "présélectionner" neuf enfants sur trente, soit 30% de ses élèves. Le psychomotricien en a identifié, de la même façon quatre sur trente, soit 13,33%.

Le premier des neuf cas dépistés par l'enseignante, ne permit pas de diagnostiquer de dysfonctionnement psychomoteur chez cette enfant. Toutefois nous sommes convaincu de ne pas avoir perdu notre temps. Même si elle ne présentait pas de pathologie, cette jeune fille méritait que l'on observe plus précisément son développement psychomoteur. Elle était "soupçonnable" et son identification permit, au moins, une évaluation plus approfondie.

Le second cas, dépisté par la jardinière mais non par le psychomotricien, permit l'identification de troubles auditifs, aujourd'hui contrôlés. Là encore, la référence était justifiée.

Le troisième cas, clairement identifié, mit en évidence une hypertonie légère dont le traitement est généralement simple et facile. L'application de la relaxation neuro-sensorielle, dans ces cas, donne d'excellents résultats mais, surtout, permet qu'une simple "inadaptation motrice" ne se transforme en "inadaptation plus complexe" où l'on retrouverait des troubles scolaires, affectifs, sociaux et familiaux.

Le quatrième cas, 60% dans les deux passations, ne présentait aucun doute. Ce jeune garçon est un hyperactif de type constitutionnel avec déficit moteur. Son "non-dépistage" par notre modèle aurait été inacceptable. F.19., notre cinquième cas, est un jeune garçon en fin de thérapie psychomotrice. Lui aussi, se devait d'être dépisté. Il le fut, par l'enseignante. Notre évaluation, à son égard, ne fut probablement pas très objective même si elle fut très honnête.

Le cas suivant (70% et 60%), ne fait aucun doute. Il s'agit de notre cas de "M.B.D.", dysfonction cérébrale légère. Notre cas, E.27., identifié de la même façon par Madame Trudel et nous-même (80%), présentait une dyspraxie de type mélo-kinétique du membre supérieur droit. Encore une fois, cette référence était très justifiée.

La huitième référence de l'enseignante ne donna pas de pathologie, ni de dysfonctionnement psychomoteur. Toutefois, nous considérons, là encore, que cette référence était justifiée, étant donné l'"allure soupçonnable" du cas de cette enfant.

Le dernier cas, restera, pour nous, le meilleur souvenir de cette expérience. En effet, il s'agit de la jeune fille qui n'avait obtenu que 80% avec son professeur alors qu'elle obtenait 100% avec le psychomotricien. Ce cas nous paraît intéressant à relever car il illustre bien ce que les spécialistes de la psychomotricité appellent les réactions de prestance.

Quoiqu'il en soit, nous retenons le fait que toutes les références de l'enseignante étaient très pertinentes et justifiées. Mise à part la référence en O.R.L. de l'enfant D.4., toutes les références étaient bien relatives à des problématiques psychomotrices.

Enfin, toutes les références identifiées par le psychomotricien ont donné lieu à des dépistages de dysfonctionnements psychomoteurs.

IV.B.2. Le modèle d'intervention

Bâti avec le souci de justifier et d'augmenter les références d'enfants de classe maternelle aux services de psychomotricité, notre modèle de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs a fort bien rempli son rôle.

L'enseignante n'a pas hésité à identifier les enfants "soupçonnables" et à les référer pour contrôle et évaluation. Le degré de satisfaction de sa part, nous incite à penser que sa motivation à référer ne peut qu'aller en croissant et notre objectif, en ce sens, est atteint.

D'autre part, Madame Trudel a souligné le fait que cette expérience lui a permis de réaliser que la collaboration interprofessionnelle n'est pas une utopie.

Il est évident, de notre part, que l'action n'est pas terminée et que, ayant identifié une difficulté chez l'enfant, un plan de traitement suivra. Le professeur titulaire serait, dans notre planification de traitement du dysfonctionnement psychomoteur, intéressé au processus rééducatif comme l'infirmière doit être impliquée dans les

processus de traitement infirmier et médicaux.

CHAPITRE V
CONCLUSIONS

V.A. Analyse critique de la recherche et perspectives futures

C'est à partir des commentaires de l'enseignante que nous avons pensé aux retombées de notre recherche.

La facilité de l'utilisation de l'outil, qu'elle trouva clair et précis, fut sa première constatation.

La seconde fut que le temps de passation était assez bref. Selon les élèves, ce temps variait de deux minutes et demie à trois. Ces mêmes enfants comprenaient facilement et rapidement les consignes qu'elle leur proposait. Dans beaucoup de cas, les démonstrations n'étaient même pas nécessaires, les enfants ayant vu leurs camarades s'exécuter.

Mais ce qu'elle retint surtout, ce fut, qu'en moins d'une semaine, alors qu'elle n'avait rien changé à sa programmation de cours, elle avait pu tester tous ses élèves.

Cependant, Madame Trudel émit quelques réserves et critiques sur notre outil de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs.

programmation de cours, elle avait pu tester tous ses élèves.

Cependant, Madame Trudel émit quelques réserves et critiques sur notre outil de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs.

L'item 1 fut évalué sévèrement et à la lettre, par l'enseignante, qui s'est alors demandée s'il n'eut pas été possible d'interpréter comme réussies les épreuves où les enfants, après avoir fait rebondir la balle au sol, la rattrapèrent en appuyant la balle sur leur poitrine.

Pour l'item 5 : [-"Parcourt le labyrinthe"-], elle aurait souhaité que l'enfant puisse lever le crayon. Elle nous suggéra aussi d'utiliser des crayons de couleurs différentes pour les épreuves graphomotrices: labyrinthe, reproduction du triangle et du modèle. Ceci aurait alors permis d'identifier les différents essais de l'enfant (Par exemple, le noir aurait pu être réservé au premier essai, le rouge au second, le bleu au troisième).

Elle nous apprit aussi que l'item 9, l'épreuve de rythme [-"Reproduit la structure ** *** *"-], avait posé quelques difficultés à ses élèves. La première, et la plus fréquente, fut que la consigne était mal comprise.

La suggestion que nous lui avons faite, à l'effet de n'utiliser que les deux structures d'apprentissage de ce test, ne changea rien aux résultats et que, donc, les enfants qui échouaient à ces deux premières structures échouaient, a fortiori, dans celle proposée dans la grille de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs.

En d'autres termes, ces échecs, constants chez des enfants qui ne présentaient pas nécessairement de dysfonctionnement psychomoteur, nous ont obligé alors à penser que cet item devait, étant donné son degré élevé de difficulté ou son trop faible pouvoir discriminatif, être revu au grand complet, voire même ôté et remplacé par une autre épreuve.

V.B. Conclusions

Ce modèle de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs chez les enfants de classe maternelle, même s'il n'a été étudié que sur une faible échelle, a eu le mérite de démontrer que vouloir améliorer la quantité et la qualité des références aux services de psychomotricité des enfants au début de leur scolarité est possible.

C'est-à-dire que le fait, pour l'enseignante, de pouvoir mesurer elle-même, la performance de ses élèves, au niveau d'un domaine qui aurait pu être le seul apanage de spécialistes, lui a redonné la confiance, et donc une certaine forme de sécurité et de pouvoir, sur sa propre capacité de mesurer et d'évaluer.

Cette démarche, a aussi permis de briser l'isolement que vivent la plupart des enseignants qui oeuvrent dans les "écoles de rang". L'éloignement n'est pas rare en Abitibi-Témiscamingue et, fréquente est la réaction de regarder vers les "grands centres", lorsque le besoin de services spécialisés se fait sentir.

Bref, les enseignantes ont toutes les capacités et la compétence requises pour pouvoir utiliser des modèles

de références tels que celui-ci. Leur volonté à référer est manifeste et leur conscience qu'un dysfonctionnement psychomoteur peut influencer sur la scolarité de l'enfant d'environ six ans n'est plus à leur démontrer.

Ce premier essai, ce prototype, a démontré que la référence est possible.

Donc, en conclusion, notre modèle de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs n'est pas un instrument, ni un appareil qui peut avoir une quelconque valeur diagnostique mais qui a toute son utilité dans sa possibilité de justifier et d'augmenter le nombre et la qualité des références d'enfants susceptibles de présenter des dysfonctionnements psychomoteurs dès leur entrée en classe maternelle.

Il a permis de créer un mouvement vers la référence plus précoce afin qu'elle ne soit plus tardive, puisque dans ce cas, c'est quelques fois trop tard.

Il est clair, pour nous, que ce modèle n'est pas parfait et que, pour une prochaine tentative, on devrait s'y prendre différemment. Il n'en reste pas moins que l'expérience est très facile à reproduire.

Enfin, nous sommes convaincu que le fait d'avoir intéressé le personnel enseignant à cette démarche a permis de briser son sentiment d'isolement et de mise à l'écart par rapport aux problématiques que vivent les élèves.

Nous pensons que, advenant le cas où il serait possible d'aller plus loin, cet aspect devrait alors être mis de l'avant.

Notre démarche soutient que le personnel enseignant peut participer à la présélection des enfants "soupçonnables", qu'il peut être intéressé à la démarche rééducative en participant à l'élaboration du plan de traitement autant que dans l'application de celui-ci.

C'est donc aussi, dans une certaine mesure, un outil de "collaboration" entre le monde enseignant et le monde professionnel.

REFERENCES

- AJURIAGUERRA, J. de. (1970). Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris: Masson.
- ALBARET, J.M., POURRE, F. (1987). Abord comportemental en rééducation psychomotrice. Montréal: Revue de modification du comportement, 17, 1, 32-42.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (1982). Publication manual of the American Psychological Association. Third Edition. Washington, DC 20036.
- AYRES, A.J. (1972). Improving academic score through sensory integration. Journal of learning disabilities, 5, 338-343.
- BERNIER, B. (1986). Guide de présentation d'un travail de recherche. 2e édition. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- BERTHAUD, G., GIBELLO, B. (1972). Schéma corporel et image du corps. Perspectives psychiatriques, 29, pp 17-28. Paris: Publicat.
- BLACKBURN, M., DESHAIES, B., MICHAUD, R., PATRICE, Y., VEZINA, R. (1967). Comment rédiger un rapport de recherche. Montréal: Centre de Psychologie et de Pédagogie.
- BOUCHARD, L. (1975). Influence d'une éducation psychomotrice sur l'apprentissage scolaire d'enfants de première année régulière. Rapport de recherche présenté le 13 Août 1975 à la Commission Scolaire Régionale Orléans.
- BOURDIEU, P., PASSERON, J-C. (1964). Les héritiers, les étudiants et la culture. Editions de Minuit.
- BRONFENBRENNER, U. (1975). Is early intervention effective? Exceptional infant assessment and intervention, Freidlander, B.Z., Sterrit, G.M. et Kirk, G.E., (Eds.). New York: Brunner-Mazel.
- BRUNET, O., LEZINE, I. (1965). Le développement psychologique de la première enfance. Paris: Presses Universitaires de France.
- BUCHER, H. (1972). Troubles psychomoteurs chez l'enfant. Pratique de la rééducation psychomotrice. Deuxième édition. Paris: Masson et Cie Editeurs.

- CAPLAN, C. GRUNEBaum, H. (1967). Perspectives on primary prevention: a review, Archives of General Psychiatry.
- CHENARD, J.R. (1977-1978). Psychomotricité. EDU 2120. EDU 2129. Rouyn: Centre d'Etudes Universitaires dans l'Ouest Québécois.
- COMMISSION DES ECOLES CATHOLIQUES DE QUEBEC, (1973). Psychomotricité. 1er Cycle de l'élémentaire. Guide pédagogique à l'usage des éducateurs.
- CORRAZE, J. (1981). Les troubles psychomoteurs de l'enfant. Paris: Masson.
- COSTE, J.C. (1977). La psychomotricité. Coll. "Que sais-je?", 1706. Paris: P.U.F.
- DE LA CRUZ, F.F., FOX, B.H., ROBERTS, R.H. (1973). Minimal Brain Dysfunction. Annals of New York Academy Science, 205, pp. 1-396.
- DOLTO, F. (1971a). Le cas Dominique. Paris: Editions du Seuil.
- DOLTO, F. (1971b). Psychanalyse et Pédiatrie: les grandes notions de la psychanalyse. Paris: Editions du Seuil. (4e édition).
- DUCHE, D.J. (1967). Psychothérapies de l'enfant. Paris: Editions Universitaires.
- DUFOUR, J. (1987). L'étude des postes de travail: Cas du poste d'agent de stage à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Rouyn: U.Q.A.T.
- DUPRE, E. (1925). Pathologie de l'émotivité et de l'imagination. Paris: Payot.
- DUPRE, E., WERKLEN, P. (1909). La débilité motrice dans ses rapports avec la débilité mentale. Rapport au 19e Congrès des Aliénistes et Neurologistes Français.
- DURIVAGE, J. (1987). Education et Psychomotricité. Chicoutimi: Gaetan Morin éditeur.

- FOWLER, W. (1969). The effect of early stimulation: the problem of focus in developmental stimulation. Merril-Palmer Quartely of Behavior and Development, 15, (2), 157
- GARNIER, M., DELAMARE, V. (1972). Dictionnaire des termes techniques de Médecine. (19e édition). Paris: Maloine S.A.
- GRIFFITHS, R. (1970). The abilities of young children. London: Child Development Research.
- GRIFFITHS, R. (1970). Griffiths mental development scales. High Wycombe, Bucks: The Test Agency.
- GUILMAIN, E. (1935). Fonctions motrices et troubles du comportement. Paris: Foyer central d'hygiène.
- GUILMAIN, E. (1948). Tests moteurs et tests psychomoteurs. Paris: Foyer central d'hygiène.
- GUILMAIN, E. (1955). Contribution à l'étude de l'adresse chez l'enfant. Paris: Vigné.
- HARVEY, M. (1984). L'échelle de développement Harvey. Brossard: Editions Behaviora Inc
- HERTZIG, M.A., BIRCH, H.G. (1968). Neurologic organization in psychiatrically disturbed adolescents. Archives of General Psychiatry, 19, 528-537.
- HILL, M.R. (1978). "Senior kindergarten testing program: follow-up teaching program for high risk children", Paper presented at the Conference on Students with Learning Disabilities, Toronto, 1978.
- ILLINGWORTH, R.S. (1978). Abrégé du développement psychomoteur de l'enfant. (traduit de l'anglais par J.F. Eizenbaum). Paris: Masson.
- KAUDERS, L. (1972). Zür Klinik und Analyse der Psychomotorischen Störung.
- LEVI, G., PARISI, C. (1981). Conflits neuro-cognitifs dans le retard psychomoteur. La Psychomotricité, Revue scientifique de la fédération française des psychorééducateurs. Paris: Masson.

- MAC INTYRE, R.B., KEETON, A., AGARD, R., (1980).
Identification of learning disabilities in Ontario:
A validity study. Toronto: Ontario Ministry of
Education.
- Mc CONVILLE, B.J. (1982). Prévention secondaire en
pédopsychiatrie, aperçu et moyens d'action. Santé
mentale au Canada. Décembre 1982.
- MANNONI, M. (1965). Le premier rendez-vous avec le
psychanalyste. Paris: Gonthier.
- MANNONI, M. (1967). L'enfant, sa maladie et les autres:
le symptôme et la parole. Paris: Editions du Seuil.
- MONROE, B.B., HULFISH, B., BALIS, G., LION, J. (1977).
Neurological findings in recidivists agressors.
Raven Press.
- NAVILLE, S. (1967). Rééducation psychomotrice, Résumé de
cours. Zurich (Suisse), Hornbachstrasse, 8008.
- NAVILLE, S. (1971). Notes de cours sur l'éducation
psychomotrice. Montréal: Centre de psychoéducation
du Québec.
- PARENT, G. (1983). Stratégies d'interventions
pédagogiques dans une classe d'enfants déficients
mentaux au premier cycle du primaire. Université
du Québec à Rimouski.
- PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ (1988). Paris: Larousse.
- PIAGET, J. (1948). La représentation de l'espace chez
l'enfant. Paris: Presses Universitaires de France.
- PIAGET, J. (1956). La naissance de l'intelligence chez
l'enfant. Neuchatel (Suisse): Delachaux et Niestlé.
- PIAGET, J. (1956). Motricité, perception, intelligence.
Enfance. Paris: 41, Gay-Lussac.
- PIAGET, J., GRECO. (1959). Apprentissage et
connaissances. Paris: Presses Universitaires de
France.
- PIAGET, J. (1960). Les praxies chez l'enfant. Revue de
neurologie, 102, 551-565.
- PIAGET, J. (1964). La formation du symbole chez l'enfant.
Neuchatel (Suisse): Delachaux et Niestlé.

- PIAGET, J., INHELDER, B. (1966). La psychologie de l'enfant, Coll. "Que sais-je ?", 369. Paris : P.U.F.
- PICQ, L., VAYER, P. (1972). Education psychomotrice et arriération mentale. (application aux différents types d'inadaptation). 3e édition remaniée et augmentée. 4e tirage. Paris: Doin Editeurs.
- RAE-GRANT, N. (1979). The state of the Art: a background paper on prevention. Division des services à l'enfance, Ministère des Services Sociaux et Communautaires, Ontario.
- RIDEAU, A. (1975). Comment connaître son enfant. Collections Marabout. Paris: Editions Hachette.
- RIDEAU, A. (1981). 400 difficultés et problèmes chez l'enfant. Bibliothèque du CEPL, Livres Robert Laffont.
- RIGAL, R., PAOLETTI, R., PORTMANN, M. (1974). Motricité, approche psychophysiologique. Montréal: les presses de l'Université du Québec.
- ROUTIER, R. (1972-1975). Cours de psychomotricité. Notes personnelles. Paris: C.H.U. Pitié-Salpêtrière.
- RUTTER, M., GRAHAM, P., YULE, W. (1970). A neuropsychiatric study in childhood. London: Heinemann.
- SCHNEERSOHN, Dr. (1960). Jeu et nervosité chez l'enfant. Paris.
- SEGUR, G. (1972). Avatars des symptômes psychomoteurs au cours du développement de la personnalité de l'enfant. Perspectives psychiatriques. 29, pp. 13-16.
- SELLIER, J.L. (1973). Les tests. Les comprendre et y répondre. Collection "Connaître les autres". Paris: Livres Robert Laffont
- STAMBAK, M. (1951). Le problème du rythme dans le développement de l'enfant et dans les dyslexies d'évolution. Revue "Enfance". 5.

- STAMBAK, M. (1963). Tonus et psychomotricité dans la première enfance. Neuchatel, (Suisse): Delachaux et Niestlé.
- STAMBAK, M., PECHEUX, M.G., HARRISON, A., BERGES, J. (1967). Méthodes d'approche pour l'étude de la motricité de l'enfant. Revue de neuro-psychiatrie infantile, 15, 166-167.
- TERRISSE, B. (1974). Education psychomotrice, développement, apprentissage et troubles d'apprentissage scolaire. Communication présentée au 18e Congrès international de psychologie appliquée, Montréal, Québec, Canada.
- THEBERGE, C. (1982). Approches de la Psychomotricité. Rimouski: Service de reprographie de l'UQAR.
- THIFFAULT, J. (1982). Les enfants HYPERactifs. Les deux visages de l'hyperactivité. Montréal: Québec/Amérique.
- TOUWEN, B.C.L. (1979). Examination of the child with minor neurological dysfunction. (2e édition) London, Philadelphia: Clinics in developmental medicine, 71, Spastics International Publications.
- VERSELE, B.A. (1972). Education et rééducation psychomotrice à la crèche. Bulletin spécial du 1er Colloque international. Grenoble: Société française d'éducation et de rééducation psychomotrice.
- VIAL, M. (1972). Notion de psychomotricité. ENSEPS/Etudes, 1er Février, Paris.
- WALLON, H. (1925). L'enfant turbulent. IIe partie, ch. IV, Syndromes d'insuffisances. Paris: Alcan.
- WALLON, H. (1932). Syndromes d'insuffisance psychomotrice et types psychomoteurs. Année médico-psychologique.
- WALLON, H. (1942). De l'acte à la pensée. Essai de psychologie comparée. Paris: Flammarion.
- WALLON, H. (1949). Les origines du caractère. Paris: Presses Universitaires de France.
- WALLON, H. (1956). Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant. Enfance, 9, 1-14.

WALLON, H. (1959,1963). Psychologie et éducation de l'enfance. Buts et méthodes de la psychologie. Enfance. Numéros spéciaux 3-4 et 1-2.

WIDLOCHER, D. (1969). Troubles du développement psychomoteur. Perspectives psychiatriques, 23, 25-27.

ZAZZO, R. (1969). Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant. Neuchatel, (Suisse): Delachaux et Niestlé.

ANNEXES

ANNEXE 1

LEXIQUE

ANOSOGNOSIE:

Décelée et décrite par Anton et Babinski, elle consiste en la méconnaissance par le malade de toute affection grossièrement évidente telle que la méconnaissance inconsciente pour certains hémiplésiques de la paralysie qui les a atteints. L'hémi-image du corps se sépare de la personnalité et n'est plus intégrée à la vie psychologique. (Babinski). Méconnaissance, par un malade, de son affection, cependant évidente, telle qu'une hémiplégie.

Garnier, M., Delamare, V. (1972, p.71)

APRAXIE:

Incapacité d'exécuter des mouvements coordonnés (écriture, marche) sans que la motricité et la sensibilité soient atteintes.

Petit Larousse illustré (1988, p.54)

1. (Phénomène polysensoriel). Perte de la compréhension de l'usage des objets usuels qui se traduit par des actes plus ou moins absurdes. 2. (Phénomène psychomoteur). Impossibilité de conformer les mouvements au but proposé, le sujet n'étant atteint ni de parésie (paralysie légère) ni d'ataxie (incoordination des

mouvements volontaires avec conservation de la force musculaire).

Garnier, M., Delamare, V. (1972, p.88)

ASTEREOGNOSIE:

Impossibilité de reconnaître les objets par le seul toucher, dans certaines affections neurologiques.

Petit Larousse illustré (1988, p.70)

V. stéréognosie

Garnier, M., Delamare, V. (1972, p.100)

AUTOTOPOAGNOSIE:

(Pick). Discordance de l'image corporelle avec l'espace, d'où, pour le malade, perte de l'orientation sur son propre corps.

Garnier, M., Delamare, V. (1972, p.115)

Impossibilité de réalisation de mouvements réfléchis, liée à des troubles de localisation des stimuli. Pick (1904), la résume ainsi : " Perte de la localisation des parties du corps.

Berthaud, G., Gibello, B. (1972, p.19)

AVATARS:

Terme appliqué par G. Ségur (1972), aux symptômes psychomoteurs au cours du développement de la

personnalité de l'enfant et relatif aux accidents possibles du développement psychomoteur de l'enfant.

Segur, G. (1972, p.13)

Changement, le plus souvent en mal, accident: subir des avatars.

Petit Larousse illustré (1988, p.82)

DOMINANCE LATÉRALE CROISÉE:

La dominance latérale est déterminée au niveau de l'oeil, de l'oreille, de la main et du pied. Une dominance homolatérale serait fixée globalement au niveau du même hémicorps. Dans le cas de la dominance latérale croisée, le sujet peut avoir une dominance latérale droite au niveau de l'oeil et de l'oreille, par exemple, et gauche au niveau de la main ou du pied.

DYSFONCTION CERÉBRALE LÉGÈRE (MINIMAL BRAIN DYSFUNCTION):

Dans une large étude de 396 pages avec 772 références, De la Cruz, F.F., Fox, B.H., Roberts, R.H., (1973), discutent du concept de "dysfonctionnement cérébral minimal". Léon Eisenberg écrit alors qu'il s'agit d'une situation dans laquelle aucune pathologie cérébrale n'est évidente. Il ne s'agit pas d'une maladie mais simplement d'un terme appliqué à un groupe d'individus partageant certaines particularités dont

l'hyperactivité et l'hyperkinétisme. Ces syndromes reflètent un retard relatif dans certains aspects de la maturation neurologique et témoignent d'une évolution ralentie du contrôle cérébral après toute activité.

Illingworth, R.S. (1978, p.55)

DYSHARMONIES EVOLUTIVES:

(Psychiatrie), état pathologique constitué par un déséquilibre du développement des différents secteurs de la vie intellectuelle et affective de l'enfant.

Petit Larousse illustré (1988, p.332)

DYSHARMONIES TONICO-MOTRICES:

" Indépendamment des retards de maturation, et souvent rencontrées d'ailleurs chez des sujets d'un bon niveau moteur, se situent certaines dysharmonies toniques qui font parfois mettre en cause une susceptibilité particulière du tonus de fond, mais qui restent avant tout extrêmement liées à la situation et aux difficultés relationnelles" Bucher H. (1972). Entrent dans ce cadre les paratonies.

Bucher, H. (1972, p.8)

DYSPRAXIES:

Terme servant à désigner l'ensemble des diverses formes d'apraxie.

Garnier, M., Delamare, V. (1972, p.347)

HYPERACTIVITE:

L'hyperactivité "nord-américaine" est souvent confondue avec l'hyperkinétisme. Il s'agit, au Québec, de la même notion que celle utilisée en Europe, et appelée, alors, instabilité psychomotrice.

[Voir Thiffault, J. (1982)]

INHIBITIONS PSYCHOMOTRICES:

Les inhibitions psychomotrices regroupent tous les "blocages" psychomoteurs dont l'origine n'est pas nécessairement physiologique. Elles s'opposent, par conséquent, aux instabilités psychomotrices, qui se caractérisent, elles, par leur insuffisance du contrôle moteur. Elles se caractérisent, donc, par cette sorte de "timidité corporelle", paralysante, qui fait que le sujet est, souvent, marqué, dans son fonctionnement, par une inaction quasi-invraisemblable.

INSTABILITES PSYCHOMOTRICES:

(Psychol.), trait de personnalité caractérisé par une insuffisance du contrôle de la motricité et une grande labilité de l'attention et des émotions.

Petit Larousse illustré (1988, p.531)

NYSTAGMUS:

Mouvements oscillatoires, courts et saccadés des yeux, dus à une lésion des centres nerveux.

Petit Larousse illustré (1988, p.688)

Mouvements oscillatoires et quelquefois rotatoires du globe oculaire. Ces mouvements sont involontaires, saccadés, horizontaux, verticaux ou quelquefois de circumduction. Ils sont congénitaux ou symptomatiques d'une lésion des centres nerveux.

Garnier, M., Delamare, V. (1972, p.794)

PARATONIE:

(E.Dupré). Anomalie de la contraction musculaire dans laquelle le muscle, au lieu de se relâcher sous l'influence de la volonté, se contracte plus ou moins et entre en état de tension qui a pour effet de maintenir le segment de membre intéressé dans une attitude cataleptoïde momentanée. La paratonie est fréquente dans la débilité

mentale et fait partie du syndrome de débilité motrice décrit par E. Dupré (1909).

Garnier, M., Delamare, V. (1972, p.852)

PRACTOGNOSIES:

Une practognosie est le résultat de l'intégration simultanée d'une praxie avec la gnosie qui lui correspond.

PRAXIES:

(Psychol.), Fonction permettant l'organisation spatiale et temporelle des gestes en fonction d'un but.

Petit Larousse illustré, (1988, p.800)

Coordination normale des mouvements vers le but proposé. Ce terme est employé pour signifier la guérison d'un sujet atteint précédemment d'apraxie.

Garnier, M., Delamare, V. (1972, p.931)

RETARDS DE MATURATION:

Entreront dans ce cadre, les retards de développement physiologiques et plus particulièrement les retards consécutifs à la lenteur de la maturation neurologique, c'est-à-dire la myélinisation des fibres neuronales mais aussi les retards de maturation dont l'étiologie complexe tient au développement psycho-affectif, aux motivations,

aux expériences. Dans tous les cas, le retard moteur constitue, en quelque sorte, la "toile de fond" sur laquelle se détache la perturbation la plus accentuée et la plus gênante.

Bucher, H. (1972, p.7)

SCHEMA CORPOREL:

Extrêmement liée à l'histoire de l'enfant, la notion de schéma corporel recouvre deux aspects principaux: un aspect de "connaissance du corps" qui est une donnée intellectualisée et un second aspect de "l'utilisation du corps". Le schéma corporel réfère donc à un corps "vécu" d'abord, "agi" ensuite. Entreront dans le cadre de ses troubles, les troubles de la structuration temporelle et spatiale et certaines dyspraxies.

Bucher, H. (1972, p.5.)

Notion que nous avons de notre propre corps. V. somatognosie.

Garnier, M., Delamare, V. (1972, p.1024)

(Psychol.), image que chacun se fait de son propre corps.

Petit Larousse illustré (1988, p.914)

SOMATOGNOSIE:

Connaissance que nous prenons de notre corps. V. schéma corporel.

Garnier, M., Delamare, V. (1972, p.1055)

STEREOGNOSIE:

Reconnaissance de la forme et du volume des objets.

Garnier, M., Delamare, V. (1972, p.1076)

STEREOTYPIES MOTRICES:

(Psychol.), Répétition immotivée, automatique et inadaptée à la situation, de mots, de mouvements ou d'attitudes.

Petit Larousse illustré (1988, p.958)

Exagération de l'automatisme au cours de certaines maladies du système nerveux. Elle consiste dans la répétition continuelle des mêmes gestes (s. motrice ou échopraxie), des mêmes tics, des mêmes mots (s. verbale ou écholalie).

Garnier, M., Delamare, V. (1972, p.1076)

SYNCINESIES:

Trouble consistant en l'exécution involontaire et sans utilité de tout mouvement d'un membre par le membre opposé.

Petit Larousse illustré. (1988, p.978)

Syn. mouvements associés. Contractions coordonnées et involontaires apparaissant dans un groupe de muscles à l'occasion de mouvements volontaires ou réflexes d'un autre groupe musculaire.

Garnier, M., Delamare, V. (1972, p.1095)

TICS:

C'est à Trousseau (1873), à J.M. Charcot (1887) et à E. Brissaud (1893) que l'on doit les premières descriptions cliniques des tics. (...) D'après R. Cruchet, les tics consistent en l'exécution soudaine et impérieuse, involontaire et absurde, répétée à intervalles irréguliers mais rapprochés de mouvements simples, isolés ou d'ensemble complexes qui représentent objectivement un acte adapté à un but déterminé.

Ajuriaguerra, J. de, (1970, p.254)

Contraction brusque et rapide de certains muscles, surtout de ceux du visage, involontaire et stéréotypée.
// Habitude ridicule à force d'être fréquente.

Petit Larousse illustré. (1988, p.1008)

"Mouvement convulsif habituel et conscient, résultant de la contraction involontaire d'un ou de plusieurs muscles du corps, et reproduisant le plus souvent, mais d'une façon intempestive, quelque geste réflexe ou automatique de la vie ordinaire". (G. Guinon).

Garnier, M., Delamare, V. (1972, p.1128)

ANNEXE 2

Cette annexe réunit les documents remis aux enseignantes afin de collectionner les données relatives à leurs besoins éventuels de formation et leur analyse. Cette démarche s'inscrit dans l'analyse du problème au sein de la problématique.

Le présent questionnaire s'adresse d'abord et avant tout aux enseignants de classes maternelles intéressés à participer à la présente recherche. (Recherche dans le cadre de la maîtrise en éducation à l'U.Q.A.T.).

Il est postulé que si les enseignants étaient mieux informés du développement normal de la psychomotricité chez l'enfant normal, leur réaction face à un enfant qui semble être en difficulté serait moins problématique et sans doute plus efficace.

En répondant à ce questionnaire simple de façon individuelle et honnête, vous aiderez l'intervenant en lui permettant de penser et d'offrir le complément d'information et de formation le plus approprié.

Il ne s'agit nullement d'évaluation, ni de jugement sur votre compétence mais bien plus d'un outil de travail et d'orientation dont vous pourriez devenir les bénéficiaires et par là même vos enfants.

Je vous remercie beaucoup de votre collaboration et vous assure de mon entière disponibilité à collaborer, comme je remercie grandement Monique Tsa-Sa et Jean Dubé pour l'aide qu'ils m'ont déjà apportée.

Raphaël Routier, RTPM, PRE, DE.

QUESTIONS POUR LES ENSEIGNANTS DE MATERNELLE

1. Vers quel âge, selon vous, se termine le développement psychomoteur de l'enfant ?

2. Pouvez vous reconnaître, et selon quels critères, un trouble ou retard dans le développement de la psychomotricité de l'enfant ?

3. Pour vous, dans lequel des domaines suivants, est-il plus difficile de voir si un de vos enfants est en difficulté ?

Equilibre, Tonus, Représentation temporelle,
 Coordinations, Schéma corporel, Dissociations,
 Perception, Rythme, Représentation spatiale,
 Activités manuelles, Motricité oculaire,
 Ecriture et graphomotricité, Latéralisation,
 Activités mettant en oeuvre des transformations (modif.
 de relation, création...),
 Motricité bucco-linguo-faciale, Autres.

4. Pensez vous que l'attention et la stabilité émotionnelle peuvent affecter le développement psychomoteur normal de l'enfant ?

5. Vers quel âge l'enfant peut-il tenir assis seul ?

6. A quel âge environ l'enfant peut-il monter un escalier en alternant les pieds ?

7. Que doit-on faire pour aider un enfant qui montre de réelles difficultés motrices lors de séances d'éducation physique ?

8. Selon vous, à qui incombe la responsabilité de dépister les troubles ou retards du développement de la psychomotricité dans le réseau scolaire ?

9. Pensez vous être en mesure d'établir et de suivre un plan de rééducation chez des enfants de classe maternelle qui auraient des difficultés dans le développement de leur psychomotricité ?

10. A supposer que vous manquiez d'information ou de formation dans le développement normal de la psychomotricité chez l'enfant normal, quel sujet aimeriez vous approfondir ?

11. Avez vous besoin pour vos enfants des services d'un expert en psychomotricité ? Si oui, quels genres de services souhaiteriez vous recevoir ?

12. Toujours dans la même hypothèse où vous pensez que vos enfants bénéficieraient des services à recevoir d'un expert en psychomotricité, comment voyez-vous votre collaboration avec lui ou elle ?

QUESTION No 1

Vers quel âge, selon vous, se termine le développement psychomoteur de l'enfant ?

REPONSES ET MOYENNES DE REPONSES PAR QUESTIONNAIRES

	Réponses	Moyennes
1.	8-9 ans	8,5
2.	9 ans	9
3.	7 ans	7
4.	Adolescence (10-14 ans)	12
5.	4-5 ans	4,5
6.		
7.	12 ans	12
8.		
9.	9-10 ans	9,5
10.	6-7 ans	6,5
11.	4-8 ans	6
12.	8 ans	8
13.	8 ans	8
14.	14-15 ans	14,5

Moyenne générale 8,7917 ans

QUESTION No 2

Pouvez vous reconnaître, et selon quels critères, un trouble ou retard dans le développement de la psychomotricité de l'enfant ?

REPONSES, COMMENTAIRES ET POURCENTAGE PAR QUESTIONNAIRE

Réponses	Commentaires
1. Oui Les domaines observables	
2. Oui Difficultés pour les sauts; Equilibre non acquis	
3. Oui Inhibitions et Dysfonctionnements psychomoteurs	
4. Non Si pas très évidents	
5. Oui Aptitude ou pas aux exercices	
6. Oui Par l'observation	
7. Oui Certains	
8.	
9. Oui Activités manuelles, sauts, attraper, ramper	
10. Oui Quelquefois; Marche, tremblements, équilibre	
11. Oui Observation, endurance, tonus, agileté, sauts	
12. Oui Equilibre, sauts, escaliers	
13. Oui Utilisation des échelles de développement	
14. Non Comparaison des enfants entre eux	

OUI : 85%

NON : 15%

QUESTION No 3

Pour vous, dans lequel des domaines suivants, est-il plus difficile de voir si un de vos enfants est en difficulté ?

NOMBRE ET POURCENTAGES DE REPONSES PAR ITEM

	Nombre %	
1. Motricité bucco-linguo-faciale	8	21,0 %
2. Motricité oculaire	5	13,2 %
2. Latéralisation	5	13,2 %
4. Dissociation	4	10,5 %
5. Activités manuelles	3	7,9 %
5. Tonus	3	7,9 %
5. Représentation temporelle	3	7,9 %
5. Activités de transformation	3	7,9 %
9. Perception	2	5,3 %
10. Représentation spatiale	1	2,6 %
10. Ecriture, Graphomotricité	1	2,6 %
12. Equilibre	0	0,0 %
12. Coordination	0	0,0 %
12. Rythme	0	0,0 %
12. Schéma corporel	0	0,0 %
12. Autres	0	0,0 %
Totaux	38	100,0 %

QUESTION No 4

Pensez vous que l'attention et la stabilité émotionnelle peuvent affecter le développement psychomoteur de l'enfant ?

REPONSES, COMMENTAIRES ET POURCENTAGES PAR QUESTIONNAIRE

Réponses	Commentaires
1. Oui	
2. Oui	
3. Oui	
4. Oui	
5. Oui	
6. Oui	Dans certains cas
7. Oui	
8. Oui	
9. Oui	Beaucoup
10. Oui	
11. Oui	Par ses mouvements, ses idées, son comportement, l'enfant se réfère à son vécu.
12. Oui	
13. Oui	
14. Oui	Davantage la stabilité émotionnelle

OUI : 100 %

NON : 0 %

QUESTION No 5

Vers quel âge l'enfant peut-il tenir assis seul ?

REPONSES ET MOYENNES PAR QUESTIONNAIRE

	Réponses	Moyennes
1.	7-8 mois	7,5
2.	6 mois	6
3.	5-6 mois	5,5
4.	5 mois	5
5.	7 mois	7
6.	7-8 mois	7,5
7.	6 mois	6
8.	5 mois	5
9.	4.5-5 mois	4,75
10.	6-8 mois	7
11.	6-7 mois	6,5
12.	5 mois	5
13.	6 mois	6
14.	9 mois	9

Moyenne générale : 6,27 mois

QUESTION No 6

A quel âge environ l'enfant peut-il monter un escalier en alternant les pieds ?

REponses ET MOYENNES PAR QUESTIONNAIRE

Réponses	Moyennes
1. 1.5-2 ans	1,75
2. 5 ans	5
3. 3 ans	3
4. 4-5 ans	4,5
5. 2 ans	2
6. 2 ans	2
7. 3 ans	3
8. 3-4 ans	3,5
9. 2 ans	2
10. 2.5 ans	2,5
11. 2 ans	2
12. 2-3 ans	2,5
13. 3 ans	3
14. 5-6 ans	5,5

Moyenne générale: 3,018 ans

QUESTION No 7

Que doit-on faire pour aider un enfant qui montre de réelles difficultés motrices lors de séances d'éducation physique ?

REPNSES ET REFERENCES PAR QUESTIONNAIRE

	Jardinière seule	Référence au spécialiste
1.	*	
2.	*	
3.	*	
4.		
5.	?	
6.	*	
7.	*	
8.	*	
9.		
10.		*
11.	*	
12.	*	
13.	*	
14.	*	

Jardinière seule: 83,33 %

Référence au spécialiste: 16,67 %

QUESTION No 8

Selon vous, à qui incombe la responsabilité de dépister les troubles ou retards du développement de la psychomotricité dans le réseau scolaire ?

REPNSES ET POURCENTAGES PAR QUESTIONNAIRES

	Jardinière	Psychologue	Professeur en E.P.	Spécialiste en Psychomotricité
1.	*		*	
2.	*			*
3.	*			
4.	*	*	*	*
5.	*		*	
6.	*			
7.	*			
8.	*			
9.			*	*
10.	*			
11.	*		*	
12.	*			*
13.	*	*		
14.	*			*
	92,86%	14,29 %	35,71%	35,71 %

Jardinière : 52 % Professeur Education physique : 20 %

Psychologue : 8 % Spécialiste en Psychomotricité : 20 %

QUESTION No 9

Pensez vous être en mesure d'établir et de suivre un plan de rééducation psychomotrice chez des enfants de maternelle qui auraient des difficultés dans le développement de leur psychomotricité ?

REponses, COMMENTAIRES ET POURCENTAGES PAR QUESTIONNAIRE

Réponses	Commentaires
1. Non	Manque de temps, de disponibilité
2. Non	Besoin d'aide pour établir, plus apte à suivre
3. Oui	
4. Oui	Avec aide
5. Non	
6. Non	Manque de disponibilité, besoin de plan
7. Non	Avec aide
8.	
9. Non	Avec aide
10. Oui	Dépend de la difficulté
11. Non	Manque de disponibilité
12. Oui	Avec aide
13. Oui	Avec supervision
14. Non	Manque de disponibilité

OUI: 38,46 %

NON: 61,54 %

(Demande d'aide: 46,15%, Manque de disponibilité: 30,77%)

QUESTION No 10

A supposer que vous manquiez d'information ou de formation dans le développement normal de la psychomotricité chez l'enfant normal, quel sujet aimeriez vous approfondir?

NOMBRE ET POURCENTAGES DE REPONSES PAR ITEM

	<u>Nombre</u>	<u>%</u>
1. Développement psychomoteur de l'enfant d'âge préscolaire	4	12,5 %
2. Dissociation-Coordination	3	9,4 %
2. Motricité bucco-linguo-faciale	3	9,4 %
2. Latéralisation	3	9,4 %
5. Motricité oculaire	2	6,25 %
5. Représentation spatiale	2	6,25 %
5. Tonus	2	6,25 %
5. Cours théorique	2	6,25 %
5. Cours pratique	2	6,25 %
5. Activités manuelles, Motricité fine	2	6,25 %
5. Différence Motricité-Psychomotricité	2	6,25 %
12. Représentation temporelle	1	3,125 %
12. Activités de transformation	1	3,125 %
12. Problèmes affectifs	1	3,125 %
12. Problèmes difficiles à détecter	1	3,125 %
12. Ecriture, Graphomotricité	1	3,125 %

QUESTION No 11

Avez vous besoin, pour vos enfants, des services d'un expert en psychomotricité? Si oui, quels genres de services souhaiteriez vous recevoir?

REPONSES ET COMMENTAIRES PAR QUESTIONNAIRES

Réponses	Commentaires
1. Oui Evaluation, consultation	
2. Non	
3. Oui Expertise, diagnostic, plan de traitement, suivi	
4. Oui Première information	
5. Oui Exercices individuels	
6. Oui Dépistage, évaluation, plan de traitement	
7. Oui Dépistage, plan, suivi	
8.	
9. Non Revient au professeur d'éducation physique	
10. Oui	
11. Non Seulement si un enfant est en difficulté : plan	
12. Oui Information	
13. Oui Diagnostic, plan de traitement, relance	
14. Oui Dépistage, plan de traitement	

OUI: 76,92 %

NON: 23,08 %

Evaluation: 4/10 Supervision: 3/10 Plans: 6/10

Dépistage: 3/10 Information: 2/10

QUESTION No 12

Toujours dans la même hypothèse où vous pensez que vos enfants bénéficieraient des services à recevoir d'un expert en psychomotricité, comment voyez vous votre collaboration avec lui ou elle?

COLLABORATION, DISPONIBILITE, SUPERVISION

PAR QUESTIONNAIRE

	Collaboration	Disponibilité	Supervision
1.	*	*	
2.			
3.	*		
4.			
5.		*	
6.			*
7.	*		
8.			
9.	*		
10.			*
11.	*		
12.		*	*
13.	*	*	*
14.	*		
	50 %	28,6 %	28,6 %

(Collaboration: 46,66%, Disponibilité: 26,67%,
Supervision : 26,67%)

QUESTIONS No 3 PLUS No 10

Nous avons dans ce tableau additionné les réponses obtenues aux questions No 3 et No 10.

	Nombre	%
1. Motricité bucco-linguo-faciale	11	15,70
2. Latéralisation	8	11,45
3. Motricité oculaire	7	10,00
3. Dissociation-Coordination	7	10,00
5. Activités manuelles	5	7,20
5. Tonus	5	7,20
7. Développement psychomoteur de l'enfant d'âge préscolaire	4	5,70
7. Représentation temporelle	4	5,70
7. Activités de transformation	4	5,70
10. Représentation spatiale	3	4,30
11. Perception	2	2,85
11. Ecriture, Graphomotricité	2	2,85
11. Cours théorique	2	2,85
11. Cours pratique	2	2,85
11. Différence Motricité-Psychomotricité	2	2,85
16. Problèmes affectifs	1	1,40
16. Problèmes difficiles à détecter	1	1,40
18. Equilibre	0	0,00
18. Rythme	0	0,00
18. Schéma corporel	0	0,00

LaSarre,

le 20 Janvier 1986,

Mesdames les Directrices,

Messieurs les Directeurs,

Vous pourrez trouver ci-joint:

1. Une proposition de plan de formation proposable aux enseignants de classes maternelles.
2. La compilation des résultats obtenus à partir d'un questionnaire auquel ont répondu les enseignants de classes maternelles.

Tout ceci s'inscrit dans le cadre d'une recherche-action menée dans le but de satisfaire aux exigences du programme de maîtrise en éducation de l'U.Q.A.T. auquel je suis inscrit.

Il est postulé dans cette recherche que si les enseignants étaient mieux informés du développement normal de la psychomotricité chez l'enfant normal, leur réaction face à un enfant qui semble en difficulté serait moins problématique et sans doute plus efficace.

Les enseignants ont déjà répondu de façon fort satisfaisante à un questionnaire leur permettant d'exprimer leurs difficultés face à ces enfants et leur

besoin d'approfondir certains domaines de la psychomotricité.

Je souhaiterais recevoir votre approbation pour poursuivre mon travail et votre accord, dans l'immédiat, pour la courte session de formation le 31 Janvier prochain.

Je vous remercie beaucoup de votre attention et de votre collaboration et vous assure de ma disponibilité à collaborer.

Raphaël Routier,

PLAN DE LA FORMATION PROPOSABLE AUX ENSEIGNANTES DE
MATERNELLES LE 31 JANVIER 1986

Présentation de la recherche:

Principe

Hypothèses

Recherche-action

Présentation des résultats du questionnaire:

Identification des difficultés

Emission des besoins de formation

Présentation du plan de formation théorique:

1. Différence Motricité Psychomotricité
2. Développement psychomoteur de l'enfant d'âge
préscolaire
3. Dissociation-Coordination
4. Motricité bucco-linguo-faciale
5. Motricité oculaire
6. Latéralisation
7. Représentation spatiale
8. Tonus
9. Activités manuelles et motricité fine

Période de questions

Expériences pratiques

Discussion

Retour sur les attentes

(Le plan proposé ici n'est là qu'à titre indicatif.
Il pourra être modifié en tout ou en partie selon les
désirs des participants.)

ANNEXE 3

Tests, Echelles de développement, Evaluations recensés

Cette annexe regroupe l'ensemble des tests, échelles de développement, et modèles d'évaluation que nous avons consulté afin de choisir les items qui ont constitué notre grille de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs chez les enfants de classe maternelle.

- 1- Echelle de développement de Maurice Harvey (1984)
- 2- Test de Heuyer-Baille
- 3- Batterie de Walter
- 4- Echelle d'intelligence pour enfants de Wechsler (WISC)
- 5- Structures rythmiques de Mira Stambak
- 6- Test d'Ozeretski (1923)
- 7- Test moteur d'Ozeretski-Guilmain (1948)
- 8- Evaluation psychomotrice de Jean Tirman
- 9- Evaluation psychomotrice de Suzanne Naville
- 10- Profil psychomoteur de C.H. Delacato et G. Doman
- 11- Inventaire de développement de Arnold Gesell
- 12- "Preschool Attainment Record" du Dr Edgard A. Doll
- 13- Echelle de maturation des enfants de 0 à 5 ans de l'hôpital de psychiatrie infantile de Joliette, Québec
- 14- Echelle de maturation des enfants de 0 à 5 ans de l'hôpital Sainte Justine de Montréal, Québec

- 15- Echelle de maturation des enfants de 0 à 6 ans du service de santé de la Commission des Ecoles Catholiques de Montréal, Québec
- 16- Echelle de maturation des enfants de 0 à 5 ans de l'hopital Saint Jean, Québec
- 17- Echelle de maturation des enfants de 0 à 5 ans de l'Ecole des Puéricultrices de l'Université de Washington, Washington D.C., U.S.A.
- 18- Examen psychomoteur de Picq et Vayer
- 19- Test de maturité (pré-scolaire) de Katherine Banham
- 20- "Primary Progress Assesment Chart" de Cunzburg, H.C.
- 21- Inventaire de développement. Board of Health and Welfare. Washington D.C. U.S.A.
- 22- Bilan psychomoteur de F. Belligon
- 23- Test d'éducabilité motrice (Iowa. Revision of Brace Test)
- 24- Test de dominance latérale de A.J. Harris
- 25- Epreuve de motricité faciale de L.W. Kwint
- 26- Test de difficultés motrices de Stott, D.H. Université de Guelph, Ontario.
- 27- Kindergarten perceptual motor screening test. Town of Mount Royal, Québec
- 28- Examen sensori-moteur des gauchers de P. Klingebtel
- 29- Examen de la latéralité et de la motricité manuelle de J. Royer

- 30- Examen psychomoteur de F. et G. Guilmain
- 31- Examen psychomoteur d'Ilugette Bucher
- 32- Test de perception du corps de Briant J. Cratty 33-
Test de développement de la perception visuelle de
Marianne Frostig
- 34- EIPPW-WPPSI de Wechsler
- 35- "Educational evaluation of preschool Children" de
Grune et Stratton
- 36- "Mc Carthy Scales of Children Abilities"
- 37- Guide Portage d'intervention précoce. Grille
d'évaluation
- 38- "Griffith Mental Development Scales" de Ruth Griffith
- 39- "Denver Developmental Screening Test" de William K.
Frankenburg et Josiah B. Dods
- 40- Tests "6 ans". Forme réduite du test B.D. de A. Van
Wayenberghe
- 41- "Kaufman Developmental Scale" de Harvey Kaufman 42-
"Kaufman Infant and Preschool Scale" (KIPS) de Harvey
Kaufman
- 43- "Lincoln-Oseretsky Motor Development Scale"
- 44- "Prior Early Childhood Curriculum" de Dr Daniel Prior
- 45- "Quick Neurological Screening Test" (QNST)
- 46- "The Hooper Visual Organisation test" de Elston
Hooper
- 47- Examen de la psychomotricité de Raphaël Routier

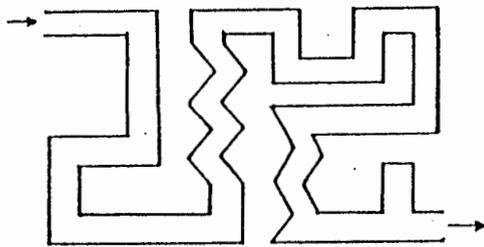
48- Bilan psychomoteur de Jacques Thiffault

ANNEXE 4

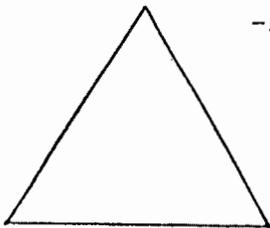
Voici la grille de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs chez les enfants de classe maternelle (annexe 4) et son cahier des items (annexe 5) tels que nous les avons construits et utilisés dans le cadre de notre recherche. Le modèle réel de la grille a été réduit afin d'entrer dans le cadre de cette présentation (annexe 4).

ANNEXE 4

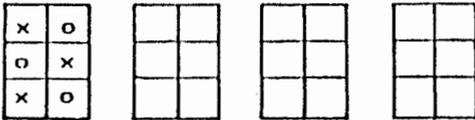
GRILLE DE DEPISTAGE DES
DYSFONCTIONNEMENTS PSYCHOMOTEURS
(6 ans)



-II-



-I-



-III-

- MOTEUR :**
1-Peut faire rebondir une balle et la rattraper.
2-Sautille sur un pied et pousse un bloc
- EQUILIBRE :**
3-Peut tenir 10 secondes debout sur un seul pied
- COORDINATION DISSOCIATION :**
4-Reproduit un triangle -I-
- PERFORMANCE :**
5-Parcourt le labyrinthe -II-
- 6-Reproduit le modèle -III-**
- ORIENTATION SPATIOTEMPORELLE :**
7-Peut montrer devant, derrière, en haut, en bas par rapport à lui même
- 8-Connait son pied droit**
- RYTHME :**
9-Reproduit la structure :
* * * * *
- TONUS :**
10-Peut se faire mou (ballant)

Items réussis: x 10= %
(si < 90%, l'enfant doit être référé)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Profession du père :
Profession de la mère :
Substitut parental :
Nombre d'enfants dans la famille :
Rang dans la fratrie :
Ancienneté en garderie :
Date d'entrée à l'école :
Grille administrée par :
Problèmes physiques :
Remarques :

ANNEXE 5
CAHIER DES ITEMS

L'outil de dépistage des dysfonctionnements psychomoteurs (6 ans) se subdivise en sept secteurs : moteur, équilibre, coordination-dissociation, performance, orientation spatiotemporelle, rythme et tonus.

Trois essais sont permis pour chaque item.

MOTEUR:

Item 1: "Peut faire rebondir une balle et la rattraper."

L'examineur fait la démonstration. Il lance une balle de tennis sur le plancher et l'attrape au vol au premier bond. Noter la main utilisée et le nombre d'essais nécessaires pour réussir. (Par exemple l'item est réussi de la main droite et au deuxième essai sera noté D2. L'item est échoué de la main gauche sera noté G 0.)

Item 2 : "Sautille sur un pied et pousse un bloc."

Le sujet reste constamment sur un pied, sautille et pousse un bloc (4x4x2 cms), au moins une fois, avec le pied sur lequel il se supporte et sans mettre l'autre pied à terre.

L'examineur fait la démonstration. Noter le pied utilisé et le nombre d'essais pour réussir.

EQUILIBRE:

Item 3 : "Peut tenir dix secondes debout sur un seul pied."

L'enfant se tient sur un pied, en équilibre, pendant dix secondes. Noter le pied utilisé et le nombre d'essais pour réussir.

COORDINATION-DISSOCIATION:

Item 4 : "Reproduit un triangle (modèle -I-)."

L'enfant est assis à une table. On fixe devant lui le modèle. On demande à l'enfant de reproduire le modèle

tel que dessiné. On exige des lignes bien droites, non ondulées, et trois angles bien faits, sans coin rond. Noter la main utilisée et le nombre d'essais pour réussir. On pourra utiliser un crayon de couleur différente pour chaque essai.

PERFORMANCE:

Item 5 : "Parcourt les labyrinthes (modèle -II-)."

L'enfant est assis à une table. On fixe devant lui le labyrinthe. Il doit dessiner avec un crayon une ligne ininterrompue de l'entrée à la sortie.

Il y a échec si la ligne sort du labyrinthe plus de deux fois. Noter la main utilisée et le nombre d'essais pour réussir.

Item 6 : "Reproduit le modèle (modèle -III-)."

L'enfant est assis à une table. On fixe devant lui le modèle. Il doit dessiner avec un crayon les "o" et les "x" dans les grilles vierges situées à la droite du modèle. Noter la main utilisée et le nombre d'essais pour réussir.

ORIENTATION SPATIO-TEMPORELLE:

Item 7 : "Peut montrer devant, derrière, en haut, en bas par rapport à lui-même."

L'enfant debout face à l'examineur doit indiquer avec l'index ou la main "devant lui", "derrière lui", "en haut" et "en bas". Noter la main utilisée et le nombre d'essais pour réussir.

Item 8 : "Connait son pied droit."

L'enfant est assis. On lui demande de montrer ou de lever son pied droit. Noter la main utilisée s'il y a lieu et le nombre d'essais pour réussir.

RYTHME:

Item 9 : "Reproduit la structure : ** *** * ."

Enfant et examineur sont assis face à face, tous deux ont un crayon à la main.

"Tu vas bien écouter ce que je frappe et avec ton crayon tu vas frapper exactement comme moi. Ecoute bien."

L'examineur frappe la structure. L'enfant répète.

L'examineur frappe la première structure d'apprentissage "***"; l'enfant répète.

L'examineur frappe la seconde structure "* *"; l'enfant répète.

Dès que les temps courts et longs (1) sont reproduits correctement, on passe à l'épreuve elle même.

L'examineur cache son crayon avec son cahier. Si l'enfant échoue, nouvelle démonstration et nouvel essai. S'arrêter après trois essais. Noter la main utilisée et le nombre d'essais pour réussir.

TONUS:

Item 10 : "Peut se faire mou (ballant)."

L'enfant, couché sur le dos, les bras le long du corps et les paumes de main en l'air, on demande à

l'enfant de se faire mou comme de la "guenille".

L'examineur vérifie en faisant rouler les jambes et les bras. Il peut compléter sa vérification en levant légèrement une main à 10 centimètres du tapis et en la laissant retomber. (2)

(1) Temps courts: à peu près 1/4 de seconde. Temps longs: environ 1 seconde. (M. Stambak). Ces durées sont difficiles à apprécier; ce qui est important, c'est que la succession soit correcte.

(2) Pour faire rouler les jambes et les bras, l'examineur pose sa main sur la cuisse ou le bras, fait rouler comme on roule la pâte à pain et observe les extrémités qui doivent suivre librement le mouvement.

COTATION

1- Si l'item est réussi, lui donner la valeur 1. Si l'item est échoué, le coter 0.

2- Additionner tous les items réussis à une valeur de 1 (maximum 10).

3- Multiplier cette somme par 10, ce qui donne un pourcentage.

4- Si le résultat obtenu est inférieur à 90%, l'enfant doit être référé.

ANNEXE 6

Cette annexe contient le tableau 2, Phase de validation avec les enfants de garderie et amis (5 ans), qui est utilisé dans la phase préexpérimentale de notre recherche.

PHASE DE VALIDATION AVEC LES ENFANTS
DE GARDERIES ET AMIS (5 ans)

<u>Items</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	<u>Total</u>
<u>Amis</u>											
Andrée-Anne	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100
Mélissa	E	E	E	*	*	E	*	*	E	E	40
Stéphanie B.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100
Annick	E	*	*	*	*	*	*	*	E	*	80
Eric	E	*	*	*	*	*	*	*	E	*	80
Guy	*	*	*	*	*	*	*	*	E	*	90
<u>Cynthia</u>	<u>*</u>	<u>100</u>									
<u>Total</u>	<u>4</u>	<u>6</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>7</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>7</u>	<u>3</u>	<u>6</u>	<u>590</u>

(* = item réussi, E = item échoué)

ANNEXE 7

Cette annexe est constituée par le tableau 3, Moyennes générales par item et par âge, dans lequel sont regroupées toutes les données relatives à l'item et à l'âge des enfants et qui ont permis de démontrer, dans la phase préexpérimentale, que des enfants plus jeunes pouvaient réussir et que, donc, a fortiori, ceux de 6 ans devaient réussir.

MOYENNES GENERALES PAR ITEM ET PAR AGE

Item 1	Item 6
6 ans 7/7 = 100%	6 ans 7/7 = 100%
5 ans 4/7 = 57%	5 ans 6/7 = 86%
4 ans 4/9 = 44%	4 ans 8/9 = 89%
3 ans 1/2 = 50%	3 ans 1/2 = 50%
total 16/25 = 64%	total 22/25 = 88%
Item 2	Item 7
6 ans 7/7 = 100%	6 ans 7/7 = 100%
5 ans 6/7 = 86%	5 ans 7/7 = 100%
4 ans 9/9 = 100%	4 ans 9/9 = 100%
3 ans 2/2 = 100%	3 ans 7/7 = 100%
total 24/25 = 96%	total 25/25 = 100%
Item 3	Item 8
6 ans 7/7 = 100%	6 ans 7/7 = 100%
5 ans 6/7 = 86%	5 ans 7/7 = 100%
4 ans 8/9 = 88%	4 ans 6/9 = 67%
3 ans 1/2 = 50%	3 ans 1/2 = 50%
total 22/25 = 88%	total 21/25 = 84%
Item 4	Item 9
6 ans 7/7 = 100%	6 ans 4/7 = 57%
5 ans 7/7 = 100%	5 ans 3/7 = 43%
4 ans 7/9 = 78%	4 ans 6/9 = 67%
3 ans 1/2 = 50%	3 ans 0/2 = 0%
total 22/25 = 88%	total 13/25 = 52%
Item 5	Item 10
6 ans 7/7 = 100%	6 ans 7/7 = 100%
5 ans 7/7 = 100%	5 ans 6/7 = 86%
4 ans 9/9 = 100%	4 ans 8/9 = 89%
3 ans 2/2 = 100%	3 ans 2/2 = 100%
total 25/25 = 100%	total 23/25 = 92%

ANNEXE 8

Les deux tableaux suivants, 6 et 7, permettent la comparaison des résultats obtenus par l'enseignante et les psychomotricien.

COMPARAISON DES RESULTATS

Sainte Hélène de Colombourg

7 différences sur 120 évaluations	= 5,83 %
5 différences dues à l'apprentissage	= 4,17 %
2 différences dues à l'interprétation	= 1,67 %
6 réponses négatives non retrouvées	= 5,00 %
2 réponses positives non retrouvées	= 1,67 %

-TABLEAU 6-

COMPARAISON DES RESULTATS

Sainte Claire de Colombourg

10 différences sur 180 évaluations	= 5,55 %
8 différences dues à l'apprentissage	= 4,44 %
2 différences dues à l'interprétation	= 1,11 %
8 réponses négatives non retrouvées	= 4,44 %
2 réponses positives non retrouvées	= 1,11 %

-TABLEAU 7-

ANNEXE 9

L'annexe 9 est constituée par le tableau 9, Synthèse des résultats, qui permet, dans le cadre de l'analyse des résultats, d'établir une fidélité de cotation entre les deux examinateurs.

SYNTHESE DES RESULTATS

Réponses identiques:	283/300	94,33 %
Grilles identiques:	16/30	53,33 %
Différences:		
totales:	17/300	5,66 %
dûes à l'apprentissage:	13/300	4,33 %
dûes à l'interprétation:	4/300	1,33 %
Réponses négatives non retrouvées :	14/300	4,67 %
Réponses positives non retrouvées :	3/300	1,00 %

-TABLEAU 9-

ANNEXE 10

L'annexe 10 présente l'analyse de chaque grille pour chaque enfant et s'inscrit, donc, dans le cadre de l'analyse qualitative de notre recherche.

Cas par cas

Afin de conserver l'anonymat des élèves qui ont participé à notre recherche, nous avons choisi un code pour les identifier.

K 1.

Cette jeune fille a échoué aux items 1 et 9 avec sa jardinière mais n'a échoué qu'à l'item 1 avec le psychomotricien. Nous lui avons toutefois fait subir un examen psychomoteur complet. K 1 ne présentait pas de dysfonctionnement psychomoteur. Elle avait tout au plus de la difficulté à rattraper la balle jetée à terre. Lors de l'examen complet, elle a réussi à quatre reprises sur dix à rattraper cette balle.

Même si elle ne présentait pas de trouble en tant que tel, elle était "suspecte" et méritait donc, à ce titre, ce dépistage. La réussite à l'item 9 prouve sa capacité

d'apprentissage. Donc, enfant dépistée par la grille, K 1 ne présente pas de dysfonctionnement psychomoteur mais la nécessité d'un examen complet était justifiée.

F 2.

Avec un résultat global de 90 %, ce jeune garçon n'a échoué qu'à l'item 1 très discriminatif, et ce, dans les deux phases de l'expérience. A la vérification, nous nous sommes aperçu qu'il avait toutes les aptitudes requises pour réussir cette épreuve et donc que, même s'il n'avait pas été dépisté, il était juste qu'il ne l'ai pas été.

T 3.

Ce jeune garçon, ayant performé au maximum dans les deux cas, il était exclus qu'il fut dépisté. Selon son enseignante cet enfant réussit dans tous les domaines scolaires.

D 4.

D 4, jeune fille de 6 ans et 5 mois, a échoué les items 1 et 9 avec son enseignante pour obtenir un résultat final de 80 % et, donc, être dépistée. Avec le psychomotricien, elle n'a échoué que l'item 9. Son succès à l'item 1 s'explique par le fait qu'ayant pris conscience de son échec, elle s'est entraînée chez elle

avec une balle et que, le 30 mars, elle a parfaitement réussi son épreuve avec le psychomotricien.

Cette nouvelle, à l'effet d'avoir joué avec une balle, nous a été annoncée par elle-même avec une candeur très spéciale. Le dépistage était très justifié. D 4 échouait deux fois à l'item 9.

A la vérification, nous nous sommes aperçu de difficultés perceptives auditives. La référence en Oto-Rhino-Laryngologie et en audiologie s'imposait. Nous avons suggéré aux parents une consultation dans ce domaine. L'audiogramme permit alors de diagnostiquer une hypoacousie bilatérale. Des prothèses auditives furent alors prescrites.

Nous n'avons pu vérifier si notre jeune fille pouvait, alors qu'elle était dotée d'un appareil auditif, réussir les épreuves de l'item 9.

M 5.

Cette jeune fille a échoué, avec sa jardinière, l'item 1. Avec un résultat de 90 %, elle ne fut donc pas dépistée. Nous l'avons, malgré tout, vérifiée et nous en sommes venu à la conclusion qu'elle ne présentait pas de

trouble ni de difficulté dans le développement de sa psychomotricité. Il est à noter que M 5 n'avait que 5 ans et 7 mois lors de l'administration de la grille.

M.C. 6.

Avec un résultat de 90 % aux deux passations, cette jeune fille ne fut donc pas dépistée. Après discussion avec Madame Trudel, il apparut qu'il n'était pas nécessaire d'aller plus loin et de soumettre M.C. 6 à une évaluation plus complète.

M.7.

Ce jeune garçon de 5 ans et 6 mois a obtenu 70% avec son enseignante et 80 % avec le psychomotricien. Il a échoué les items 9 et 10 lors des deux passations et l'item 1 lors de la première.

La réussite à l'item 1 lors de la deuxième passation s'explique par le phénomène d'apprentissage. Il n'en reste pas moins que M 7, avec 80%, méritait d'être dépisté et donc référé.

Nous lui avons, bien sûr, fait subir un examen complet et ses échecs aux épreuves de rythme et du ballant (items 9 et 10) s'expliquent par le fait que cet

enfant présentait une légère hypertonie dont nous avons trouvé une origine neuro-musculaire. Il devenait alors le candidat idéal pour des séances de relaxation. Cette hypothèse de traitement fut alors suggérée à l'enseignante afin qu'elle puisse en informer les parents. Nous n'avons pas eu d'autres nouvelles à ce sujet.

G.8.

Cet enfant a obtenu 90 % lors des deux passations. Il ne fut donc pas dépisté. Son échec correspondait à l'item 9, l'épreuve de rythme, que nous savons déjà avoir été échouée par une forte proportion d'enfants.

G.9.

Avec 90 % lors de la première passation et 100% lors de la seconde, cette jeune fille ne fut pas dépistée.

S.10.

Jeune garçon de 5 ans et 6 mois qui obtint 90% lors de la première passation et 90 % lors de la seconde. Il a échoué l'item 1 dans les deux cas. Etant donné que l'échec se situait dans l'item moteur nous avons soumis cet enfant à un examen complet.

S.10 s'est montré très habile à d'autres épreuves évaluant les coordinations oculo-manuelles. Son échec a disparu lorsque nous lui avons expliqué que ce n'était pas grave et que nous faisons cela pour jouer. Il s'agissait donc d'une certaine anxiété de performance. S.10 a échoué trois fois sur cinq avant l'explication. Nous n'avons obtenu que deux échecs sur dix épreuves par la suite et ceux-ci se situaient dans les premières tentatives.

S.11.

Il s'agit d'un garçon de 5 ans et 7 mois. Il a obtenu 60 % lors des deux passations. Les items échoués furent les mêmes dans les deux cas. Il s'agit des items 1, 3, 9 et 10. Avec 60 %, il était évidemment dépisté et nous l'avons soumis à un examen complet.

Nous nous sommes alors aperçu que S 11 correspondait au tableau de l'hyperactivité constitutionnelle avec déficit moteur tel que décrit par Jacques Thiffault (1982).

C.12.

Avec 90 % de réussite lors du premier examen et de 100 % lors du second, cette enfant ne fut pas dépistée. Son échec se situait au niveau de l'item 1.

L'apprentissage explique sa réussite à cet item lors de la seconde passation.

N.13.

A la première passation, cette jeune fille a obtenu 90%, échouant au premier item, item moteur qui consiste à faire rebondir une balle et à la rattrapper. Le 30 mars, lors de la seconde passation avec le psychomotricien elle a obtenu 100 %. Elle a alors finalement avoué qu'elle avait trouvé ce "jeu" plaisant et qu'elle avait essayé avec ses trois frères et soeurs aînés. Il s'agit donc encore du phénomène d'apprentissage.

W.14.

Ce garçon de 5 ans et 8 mois, le troisième enfant dans sa famille, a obtenu 100 % en mars et en avril. Il a d'ailleurs été, dans sa classe, celui qui a montré le plus d'assurance lors des épreuves trouvant que tout était facile. On remarque aussi que ses réussites obtenues en moyenne aux deuxièmes essais lors de la première passation ont été obtenues aux premiers lors de la seconde.

S.15.

Aux deux passations, S 15 a obtenu 100 %. Toutefois, dans les deux cas, il aura fallu une moyenne de deux essais pour obtenir une réussite sauf pour l'item 9, l'épreuve de rythme où S.15 a utilisé les trois essais permis avec son enseignante alors qu'un seul a suffi avec le psychomotricien.

T.16.

Ce jeune garçon de 5 ans et 9 mois a réussi à 100% aux épreuves avec sa jardinière et le psychomotricien. Alors que nous l'avons félicité pour ses réussites, il a déclaré que ce n'était que logique puisqu'il joue au hockey.

E.17.

Il s'agit d'un des rares enfants qui ai obtenu un excellent résultat de 100 % avec son enseignante alors qu'il n'a obtenu que 90 % avec le psychomotricien. Son chec est relatif à l'item 9, l'épreuve de rythme. Il n'a pas réussi ses trois essais permis. Toutefois, nous pensions qu'il pouvait le réussir. Ce fut fait au quatrième essai. Nous avons alors interprété cet échec, chez cet enfant très timide, comme étant la conséquence

d'une angoisse de performance plus marquée avec une personne nouvelle et donc inconnue.

K.18.

Deuxième enfant de sa famille, ce jeune garçon a obtenu des résultats identiques de 90 % lors des deux passations. Ses échecs ont été commis lors de la même épreuve à l'item 1. La réussite au deuxième essai seulement de l'item 2 nous a donc amené à lui faire passer un examen complet.

Nous nous sommes alors aperçu de la présence d'un très léger retard de maturation neurologique, insuffisant pour justifier une prise en charge en thérapie de la psychomotricité.

Il s'agissait en fait d'un retard d'environ trois mois selon l'échelle de développement de Maurice Harvey (1984) chez un enfant de 5 ans et 6 mois.

F.19.

Cet enfant représente un cas très particulier. Nous le connaissons puisqu'il était en voie de terminer une thérapie de la psychomotricité à la clinique externe de psychiatrie de La Sarre.

Il était suivi pour dyscoordination, dyspraxie de la marche et retard de maturation au niveau des deux membres inférieurs. Il obtint malgré tout 80 % lorsque son institutrice le soumit aux épreuves de la grille et 90 % avec le psychomotricien. Tous ses échecs étaient concentrés sur l'item 1 et l'item 3 qu'il échoua à deux reprises. Cet enfant, en fin de thérapie, aurait pu être ou ne pas être dépisté; ce qui fut le cas.

J.20.

Cette jeune fille de 6 ans a obtenu 90 % lors des deux passations. Dans les deux cas, elle a échoué à l'item 9, l'épreuve de rythme. Malgré le fait qu'elle n'ai pas été dépistée, nous l'avons toutefois revue parce que lors de la seconde passation avec le psychomotricien, elle n'a réussi l'item 6, la reproduction du modèle, qu'au troisième essai.

Nous lui avons fait subir le test de développement de la perception visuelle de Marianne Frostig et nous nous sommes alors aperçu de quelques difficultés à ce niveau. Nous avons alors suggéré une référence en ophtalmologie.

S.21.

90 % fut le taux de réussite de cet enfant aux deux passations. Il échoua deux fois l'item 9, l'épreuve de rythme qui, pour nous, reste très susceptible de provoquer l'échec.

Après discussion avec Madame Trudel, il ne fut pas jugé nécessaire de pousser plus loin l'évaluation chez cet enfant qui, de toute façon, n'était même pas dépisté.

S.22.

Ce jeune garçon a obtenu un résultat identique de 90 % lors de la passation avec son enseignante et lors de celle avec le psychomotricien.

Encore une fois, ce fut l'item 9 qui fut la cause des pertes de 10 % dans les deux cas.

J.23.

Cette jeune fille a obtenu 90 % lors de la première passation avec un échec à l'item 9, épreuve de rythme.

Elle a, par contre, obtenu 100 % lors de la seconde passation.

N.24.

Cas identique en tout point au précédent, cette jeune fille a obtenu 90 % puis 100 % avec un échec lors de la première passation à l'item 9, l'épreuve de rythme.

F.25.

Il s'agit du quatrième enfant d'une famille de six personnes. Il est âgé de 6 ans et 4 mois. Lors de la première passation avec Johanne Trudel, il n'a obtenu que 70 %, échouant ainsi à l'item 1, l'épreuve motrice, l'item 4, la reproduction du triangle et l'item 9, l'épreuve de rythme. Il ne réussit qu'au troisième essai à l'item 2 "Sautille sur un pied et pousse un bloc" et à l'item 10, l'épreuve du ballant. Il lui fallut deux essais pour réussir les épreuves 3, l'épreuve d'équilibre et 5, le labyrinthe.

Le 3 avril 1987, alors qu'il était soumis aux mêmes épreuves, avec le psychomotricien cette fois-ci, il n'obtint que 60 %. Il échoua les mêmes items 1, 4 et 9 auxquels s'ajouta un échec à l'item 10, l'épreuve du ballant. Il lui fallut aussi trois essais pour réussir l'item 2.

Clairement dépisté, nous l'avons soumis à un examen complet. Mis à part un problème de langage très évident, déjà signalé par son institutrice et qui nécessitait, selon elle, une prise en charge en orthophonie, nous avons relevé une paratonie résiduelle très importante intéressant toutes les parties distales de son corps. Nous avons aussi noté la présence d'un nystagmus horizontal bilatéral important, de syncinésies de diffusion tonico-cinétiques bilatérales importantes, très fortes lorsqu'induites de la droite vers la gauche et d'une dominance latérale croisée.

Ce tableau clinique entre dans le cadre des dysfonctions cérébrales légères (Minimal Brain Dysfunctions). Il est important ici de noter que ce jeune garçon, malgré les inquiétudes instinctives de son enseignante, n'avait jamais été dépisté ni référé.

C.26.

Ce jeune homme a obtenu un résultat de 90 % avec son enseignante avec un échec à l'item 9. Il a obtenu 100 % lors de la seconde passation avec le psychomotricien.

E.27.

E.27, jeune garçon de 6 ans et 4 mois, obtint 80 % en mars et avril 1987. Ses pertes de 20 % sont dues à des échecs identiques aux items 1 et 9. Ainsi dépisté, nous l'avons soumis à un examen sommaire particulièrement axé sur le versant moteur. Nous nous attendions à un retard de maturation mais ce ne fut pas le cas.

Ce jeune garçon, présentait un trouble psychomoteur pur localisé au niveau du membre supérieur droit. Il s'agissait, en fait, d'une dyspraxie, d'une dyscoordination de ce membre supérieur droit, centrée au niveau de l'épaule. La même épreuve, effectuée avec la main gauche, montrait un taux de réussite fort acceptable (quatre réussites sur dix tentatives) alors que les échecs étaient constants sur le même nombre d'essais avec la main droite.

J.28.

"L'enfant du milieu" dans sa fratrie de trois enfants, elle n'obtint que 80 % avec sa jardinière échouant aux items 4, la reproduction du triangle et 9, l'épreuve de rythme. Le 3 avril 1987, elle n'échouait qu'à l'item 9, réussissant donc l'épreuve du triangle et obtenait donc 90 % de réussite à l'ensemble des épreuves.

Le fait qu'elle ait été dépistée par notre enseignante nous a amené à pousser plus loin et plus précisément son évaluation.

Ni le test de développement de la perception visuelle de Marianne Frostig, ni l'échelle de développement de Maurice Harvey n'ont donné de résultat significatif. Nous n'avons pas d'explication quant à l'échec à l'épreuve du triangle.

Nous restons toutefois convaincu que ce dépistage, même s'il fut non avvenu dans le sens où cette jeune fille ne présentait pas de dysfonctionnement de sa psychomotricité, s'avérait malgré tout justifié chez cette fillette "soupçonnée" de trouble psychomoteur.

I.29.

Cette jeune fille obtint 80 % avec sa jardinière et 100 % avec le psychomotricien.

Les deux échecs obtenus avec l'enseignante l'ont été pour les items 1 et 9, (l'épreuve où l'on doit faire rebondir une balle et la rattrapper et l'épreuve de rythme).

Avec Johanne Trudel, I.29, avait utilisé sa main gauche et semblait ne pas avoir compris ce qu'on lui demandait lors de l'item 1. Avec le psychomotricien, elle réussit l'épreuve de la main droite et au deuxième essai.

L'item 9, épreuve de rythme, fut réussi au premier essai et de la main droite. Dépistée, lors de la première passation, nous en avons parlé avec l'enseignante qui en vint à la conclusion que cette première épreuve avait été "volontairement" échouée, par opposition à son professeur et que cet état de choses était fréquent chez I.29.

Johanne Trudel comprenait parfaitement que I.29 ait tout réussi avec le psychomotricien avec qui elle semblait avoir eu un bon contact.

C.30.

Avec des résultats identiques de 100 % lors des deux passations, nous n'avons pas dépisté cette jeune fille.