

07/80

**INSTITUT SUPERIEUR DE REEDUCATION PSYCHOMOTRICE**  
PARIS

**La Gymnastique Rythmique et Sportive  
en psychomotricité**

Prises en charge individuelle ou en groupe  
auprès d'enfants porteurs d'un handicap moteur

---

Mémoire présenté par Caroline COLLERY  
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

---

Maître de Mémoire : Brigitte FEULLERAT

- Session de Juin 2007 -

---

## REMERCIEMENTS

---

Je tiens à remercier ma maîtresse de mémoire, M<sup>me</sup> FEUILLERAT, pour ses conseils et sa confiance en moi tout au long de cette année.

Merci à mes maîtres de stage, Aude et Thalie, pour leur encadrement ainsi qu'aux psychomotriciennes du SESSD, Sylvie et Adeline pour leurs conseils et leur disponibilité.

Je remercie les enfants du SESSD et les adolescents de l'hôpital de jour pour leur accueil et pour m'avoir donné nature à réflexion lors de l'élaboration de ce mémoire.

Un grand merci également à mes parents, Thibaut et à l'ensemble de ma famille pour m'avoir soutenue tout au long de ces trois années d'études.

Enfin, merci à mes amies pour leur présence et leur aide durant cette dernière année.

*« L'expression corporelle nous fait prendre conscience d'immenses nostalgies que nous avons reléguées au plus profond de nous-mêmes. Bouger librement, c'est exprimer nos sentiments les plus enfouis, faire partager ce que nous pensons mais ne savons pas dire, retrouver le contact avec la nature et avec autrui, réaliser un peu notre nécessité d'authenticité »*

Y. BERGE, 1975, p. 113

---

## INTRODUCTION

---

La Gymnastique Rythmique et Sportive est une discipline associant la danse, la gymnastique et l'activité de manipulation. Elle est caractérisée par l'utilisation d'engins (ruban, cerceau, ballon, corde, massues) en individuel ou en équipe. Ces objets médiateurs ont la particularité d'être pensés comme le prolongement du membre. Ils favorisent l'exploration et l'investissement de l'espace et du temps dans une dynamique corporelle. C'est une expérience motrice d'expression et d'ouverture au monde.

Mon expérience de gymnaste et de monitrice m'a conduite à rechercher une profession qui, comme la GRS, fasse intervenir à la fois les aspects moteur, relationnel et intellectuel. Je me suis tout naturellement tournée vers la psychomotricité.

J'ai pu remarquer, chez les filles qui n'ont à priori pas de troubles psychomoteurs, les différentes capacités que ce sport permet de développer. Sur le plan corporel, des progressions sont notables dans l'équilibre, l'investissement de l'espace, le contrôle moteur ... Parallèlement, l'imagination s'enrichit et les manipulations des engins se révèlent de plus en plus précises.

Mon stage avec des enfants porteurs de handicaps moteurs couplé à mon intérêt pour la GRS m'ont conduit à me poser plusieurs questions : est-elle appropriée à leurs problématiques psychomotrices ? Quels items psychomoteurs sollicite-t-elle ? Comment l'adapter pour l'utiliser comme médiateur ? Plutôt en groupe ou en individuel ? Quels parallèles peut-on faire entre la GRS et la psychomotricité ?

Pour y répondre, je m'attacherai dans une première partie à définir le handicap moteur, plus particulièrement la diplégie spastique et l'hémiplégie, ainsi que la Gymnastique Rythmique et Sportive. Je décrirai les items psychomoteurs qu'elle met en jeu.

Dans une deuxième partie je présenterai les applications de cette médiation auprès de jeunes filles suivies en SESSD APF. Une prise en charge s'est faite ponctuellement en groupe, l'autre hebdomadairement en individuel.

Enfin, je vous ferai part de mes réflexions sur ces prises en charges : les qualités, les défauts, les modifications éventuelles. Je discuterai des intérêts des séances en individuel ou en groupe. Ensuite j'établirai un parallèle entre la GRS et la psychomotricité dans les formes d'apprentissages sollicités.

---

# THEORIE

---

# 1. LE HANDICAP MOTEUR

## 1.1. Les grands handicaps moteurs

Classiquement, on distingue deux catégories de handicaps (M-R. AUFAUVRE, 1980, p. 37) :

- ceux dont l'origine n'est pas une lésion du cerveau
- ceux d'origine cérébrale (les Infirmités Motrices Cérébrales autrement appelées paralysies cérébrales).

Pour les IMC on décrit trois grands syndromes : pyramidal, parkinsonien (ou extrapyramidal) et cérébelleux (E. GODAUX, G. CHARON, p. 198) où toutes les formes d'atteintes motrices se retrouvent : hémiplégié, paraplégie, diplégie, triplégie, tétraplégie, ataxie, dystonie, athétose ...

R. SALBREUX (cité par J. SAVY, 1986, p. 4), en faisant référence à G. TARDIEU, dit que les infirmes moteurs cérébraux présentent « une encéphalopathie à prédominance motrice, mais avec une relative conservation des fonctions intellectuelles ». C. AMIEL-TISON (1997, p. 119) précise que les fonctions cognitives se situent le plus souvent dans les limites de la normale.

Je ne développerai que les handicaps moteurs rencontrés dans mes prises en charges en Gymnastique Rythmique et Sportive : la diplégie spastique et l'hémiplégié.

### 1.1.1. *La diplégie spastique*

#### 1.1.1.1. *Définition*

La diplégie spastique est une forme de paralysie cérébrale d'origine pyramidale. Elle est due à une lésion bilatérale du cerveau qui se retrouve le plus souvent sous la forme de leucomalacies périventriculaires bilatérales et symétriques.

L'atteinte motrice prédomine aux membres inférieurs (C. AMIEL-TISON, 1997, p. 122). Elle se caractérise par l'adduction des membres supérieurs, la rotation interne des cuisses due à une hypertension des muscles de la hanche (moyen fessier), la flexion des genoux et des hanches par raccourcissement du triceps sural et les pieds en équins.

Cette atteinte non évolutive se constitue au fur et à mesure de la maturation neurologique de l'enfant. Avant l'âge de un an, le diagnostic ne peut pas être posé car c'est la période où le cerveau mature le plus rapidement. L'absence de prise en charge avant la pose du diagnostic conduit à la forme dite « classique », alors qu'une « intervention précoce » aboutit à la forme « moderne ». Dans cette dernière, les malformations osseuses et kinesthésiques sont limitées (Op. Cit., 1997, p. 104).

#### *1.1.1.2. Symptomatologie motrice*

##### *1.1.1.2.1. Le syndrome spastique*

La spasticité est une « hypertonie due à la lésion des fibres pyramidales ou corticospinales directes, et s'accompagnant d'une exagération des reflexes ostéo-tendineux » (Dictionnaire médical, 2004). La spasticité est à peu près fixée vers l'âge d'un an. Pour tenter de la limiter, des injections de toxines botuliques couplées au port de plâtres puis d'attelles sont possibles. Des sièges moulés sont également conçus afin d'éviter au maximum les déformations de la hanche et pour favoriser les postures physiologiques (C. AMIEL-TISON, 1997, p. 116).

##### *1.1.1.2.2. La faiblesse musculaire*

Elle n'est pas très marquée car elle est masquée par le syndrome spastique.

La faiblesse musculaire est corrélée à une hypotrophie des muscles antigravitaires. Elle provoque des difficultés à lutter contre les forces de la pesanteur. Le soutien du poids du corps est donc un effort constant qui provoque des courbatures (Op. Cit., p. 117).

### *1.1.1.2.3. Le déficit de la croissance des muscles en longueur*

Tandis que le développement des os se poursuit normalement, la croissance des muscles est ralentie. Les « déformations osseuses secondaires ne sont souvent pas évitables » (C. AMIEL-TISON, 1997, p. 117).

### *1.1.1.3. Les conséquences fonctionnelles*

#### *1.1.1.3.1. Les anomalies de la station assise*

En dehors de toute atteinte motrice, la station assise permet un maintien des courbures vertébrales physiologiques (lordose cervicale, cyphose dorsale, lordose lombaire) et les ischio-jambiers sont soumis à une légère tension. Dans la diplégie spastique, la spasticité de ces muscles entraîne une rétroversion du bassin et donc une attitude cyphotique du dos (C. AMIEL-TISON, 1997, p. 223).

#### *1.1.1.3.2. Les anomalies de la station debout*

Normalement, la station debout se fait par une flexion plantaire du pied à 90° et une extension du genou et de la hanche. Dans la diplégie spastique, le pied est en équin, sur la pointe des pieds, il ne peut pas reposer à plat sur le sol. De plus la hanche et le genou sont fléchis (Ibidem).

#### *1.1.1.3.3. Les anomalies de la marche*

Selon C. AMIEL-TISON (1997, p. 223 - 224) la déambulation autonome de l'enfant atteint de diplégie spastique se fait en moyenne vers 3-4 ans. Les deux conséquences décrites précédemment vont avoir une répercussion sur la marche. Dans les déplacements rapides, à chaque contact de l'avant-pied avec le sol, les muscles antigravitaires se contractent et renvoient le corps vers le haut, donnant à la marche un aspect sautillant. La faiblesse musculaire au niveau des abducteurs de hanche et du

moyen fessier provoquent « la chute du bassin du côté opposé à la jambe d'appui (...) une élévation compensatrice de l'épaule va aider au passage de la jambe libre ».

### **1.1.2. L'hémiplégie**

#### **1.1.2.1. Définition**

Selon N. DANZIGER et S. ALAMOWITCH (2006, p. 25), l'hémiplégie est un « déficit moteur d'un hémicorps touchant les membres et éventuellement la face, en rapport avec une lésion unilatérale de la voie pyramidale ». L'atteinte motrice est controlatérale à cette lésion.

Elle se reconnaît par une position anatomique caractéristique : les membres supérieurs sont en triple flexion, le bras collé le long du corps en adduction, la main en pronation. Les membres inférieurs sont en extension complète avec rotation interne de la hanche et flexion plantaire, le malade marche *en fauchant* : il trace avec son pied un demi-cercle vers l'extérieur et l'avant (E. GODAUX, G. CHERON, p. 203). Mais il peut également déambuler en se mettant sur la pointe des pieds du côté sain et en élevant la hanche du côté hémiplégique, on dit alors qu'il a une marche *en steppage*.

#### **1.1.2.2. Symptomatologie**

##### **1.1.2.2.1. Le déficit moteur**

Il prédomine aux extenseurs pour les membres supérieurs et aux fléchisseurs pour les membres inférieurs. Lorsqu'il y a une atteinte faciale, elle est plus généralement localisée à la partie inférieure du visage (N. DANZIGER, S. ALAMOWITCH, 2006, p. 26). L'hémiplégie peut être complète (hémiplégie) ou partielle (hémiparésie sévère, modérée ou discrète). Elle est proportionnelle ou non « selon que l'atteinte touche de façon similaire ou non le membre supérieur et le membre inférieur » (Ibidem).

### 1.1.2.2. *La modification du tonus et des reflexes ostéo-tendineux*

L'hémiplégie s'installe progressivement, de façon plus ou moins importante, en trois phases : la première est dite flasque, la seconde spastique et la dernière correspond à la rétraction musculaire.

Ceci est valable pour tous les types d'hémiplégie (E. GODAUX, G. CHERON, p. 203).

N. DANZIGER et S. ALAMOWICH décrivent trois types d'atteintes (2006, p. 26) :

- *l'hémiplégie flasque* se caractérise par une hypotonie majeure et une abolition des reflexes ostéo-tendineux (ROT)

- *l'atteinte hémispasmodique* se manifeste par une hypertonie pyramidale

- *l'hémiplégie avec hypertension pyramidale* se distingue par une « résistance élastique à l'allongement passif du muscle : la résistance n'apparaît qu'après un certain degré d'étirement et le membre relâché a tendance à revenir à la position initiale » (Ibidem). Ce sont les muscles anti-gravitaires qui sont les plus touchés : les fléchisseurs et les pronateurs du membre supérieur et les extenseurs pour les membres inférieurs.

### 1.1.2.3. *Différents types d'hémiplégie*

Les auteurs précisent que « l'orientation du diagnostic repose beaucoup sur le mode d'installation de l'hémiplégie, son évolution dans le temps, le contexte clinique » (Op. Cit., p. 30).

On rencontre des hémiplégies infantiles qui s'installent dans les trois premières années de la vie ou des hémiplégies acquises. Il existe donc différents types d'apparition (Ibidem) :

- l'hémiplégie brutale prolongée
- l'hémiplégie d'installation progressive
- l'hémiplégie brutale transitoire
- l'hémiplégie à bascule qui est « une atteinte successive d'un côté puis de l'autre ».

## 1.2. Etiologie

Grâce à C. AMIEL-TISON (1997, pp. 130-135), N. DANZIGER et S. ALAMOWITCH (2006, p. 30)

voici une liste non exhaustive des troubles responsables de diplégie spastique ou d'hémiplégie.

### 1.2.1. *Les causes anténatales*

- les infections materno-fœtales : elles induisent une destruction parenchymateuse diffuse et donc un trouble de l'hémodynamique accompagné d'une ischémie cérébrale. Elles peuvent être soit bactériennes (Eschérichia Coli, Streptocoque B) soit virales (herpès) soit sous forme de foetopathies infectieuses précoces (toxoplasmose, rubéole, cytomégalovirus)

- les insuffisances placentaires : elles sont dues soit à une grossesse multiple soit à une maladie placentaire

- les asphyxies intra-partum

- les hématomes rétro-placentaires

- les addictions maternelles : on retrouve surtout la cocaïne, l'alcool, les irradiations

- les incompatibilités de rhésus (LE METAYER M., 1993, p. 13).

### 1.2.2. *Les causes néonatales*

Ce sont des évènements qui précèdent ou suivent l'accouchement.

- les souffrances fœtales aiguës par traumatisme obstétrical, hypoxie...

- les encéphalopathies hypoxo-ischémiques

- les dysfonctionnements des organes : cœur, poumons, reins, tube digestif

- les syndromes génétiques : syndrome de Sjörger-Larsson ...

- la prématurité

- la tumeur cérébrale, l'abcès au cerveau.

### ***1.2.3. Les causes postnatales***

Ces accidents se manifestent avant 3 ou 4 ans, donc au cours de la pleine maturation cérébrale.

- les maladies héréditaires du métabolisme : aminoacidose, maladies peroxysomiales, maladies mitochondriales, hypocalcémie, hypoglycémie ...
- les méningites à méningocoque
- les méningoencéphalites virales : VIH ...
- les traumatismes : syndrome de Silverman (bébé secoué), traumatisme crânien ...
- les états de mal convulsifs hyperthermiques, les hyperthermies malignes
- l'accident vasculaire cérébral
- l'épilepsie.

## **1.3. Le diagnostic**

### ***1.3.1. L'examen neuromoteur***

Selon M. LE METAYER (1993, p. 45), cet examen permet de répertorier les conséquences neuromotrices des atteintes cérébrales en se basant le développement de l'enfant valide. Il permet de poser un diagnostic et le pronostic qui s'y rattache, pour évaluer l'importance du handicap et pour rechercher les éléments de normalité de l'enfant qui vient en consultation. Il détermine également la prise en charge thérapeutique nécessaire.

### ***1.3.2. L'imagerie cérébrale***

Elle permet de donner une confirmation du diagnostic. Par exemple, dans la diplopie spastique, les leucomalacies périventriculaires ne sont pas toujours assez importantes et destructrices pour être vues à l'échographie transfontanellaire (C. AMIEL-TISON, 1997, p. 115).

L'IRM (Imagerie à Résonance Magnétique) permet de « révéler ou confirmer les lésions» (Ibidem). Elle permet d'évaluer l'importance et la répartition des atrophies corticales, et détermine les structures atteintes : corps calleux, noyaux gris centraux ... (C. AMIEL-TISON, 1997, p. 95). Parfois des électro-encéphalogrammes (EEG) sont réalisés pour compléter le diagnostic (Op. Cit., p. 115).

## 1.4. Les troubles associés

### 1.4.1. *Les troubles cognitifs*

Les handicaps moteurs purs sont rares. Comme le précise A. MOINE (1999, p. 25), il est fréquent de rencontrer une altération plus ou moins légère des facultés intellectuelles car les lésions cérébrales ont un caractère généralement diffus. Ainsi, l'atteinte des aires motrices diffuse aux aires de la cognition. On retrouve des altérations des mécanismes et des capacités d'apprentissage et d'accès à la connaissance (J.C. CARRIC, 2001).

### 1.4.2. *Les troubles du langage*

On peut retrouver plusieurs troubles du langage définis par J.C. CARRIC (2001) :

- *la dysarthrie* est une « difficulté de la parole due à une paralysie ou à un spasme des organes de la phonation : langue, lèvres, voile du palais »
- *la dysphasie* est une « difficulté de la fonction du langage », dans l'acquisition, la compréhension et l'expression
- *l'aphasie* est « porte sur l'expression et la compréhension du langage et qui n'est lié ni à un état démentiel, ni à une atteinte sensorielle, ni à un déficit de l'appareil d'exécution »
- *l'anarthrie* est un trouble de l'articulation.

### **1.4.3. Les troubles de la mémoire**

#### **1.4.3.1. Définition de la mémoire**

La mémoire « représente une extraordinaire capacité de l'organisme à s'abstraire des causes externes pour se soumettre à des déterminations internes puisées dans l'expérience passée» (J.C. CARRIC, 2001). Les affects jouent un rôle important dans le processus de mémorisation.

#### **1.4.3.2. Les troubles de la mémoire chez l'enfant**

« Les troubles de la mémoire chez l'enfant ne peuvent (...) s'étudier comme déficit qualitatif et quantitatif, appréciable et mesurable, d'une aptitude achevée ». Ils peuvent être liés aux fonctions d'acquisition ou liés à l'organisation du réel et du temps vécu (Ibidem).

### **1.4.4. Les troubles de la sensibilité**

N. DANZIGER et S. ALAMOWITCH (2006, p. 28) décrivent des troubles de la sensibilité (parésie ou hypoesthésie) homolatéraux à la lésion. L'atteinte peut toucher la sensibilité profonde ou la sensibilité superficielle selon la localisation de cette lésion. Un trouble du sens de la position ou, dans les cas extrêmes, par une extinction de la sensibilité peuvent se manifester.

### **1.4.5. Les troubles psychomoteurs**

#### **1.4.5.1. Les troubles spatio-temporels**

##### **1.4.5.1.1. Définitions de l'espace et du temps**

♦ L'espace est une étendue indéfinie qui contient et entoure les objets (Petit Larousse Illustré, 2004). Il se décompose en trois dimensions : verticalité, horizontalité et profondeur.

Les notions spatiales s'acquièrent à partir des perceptions visuelles, auditives, tactiles, proprioceptives, vestibulaires. « Elles nous font prendre conscience du rapprochement ou de

l'éloignement des objets, personnes ou mouvements ainsi que de la situation, de l'orientation des déplacements de notre corps dans l'espace environnant » (B. DE LIEVRE, L. STAES, 2004, p. 61).

J.C. CARRIC (2001) dit que « l'être humain a la possibilité d'agir, de transformer, d'organiser ou de construire son espace. (...) C'est à partir de cette maîtrise de l'espace que l'homme peut se mouvoir, et accomplir ses comportements moteurs : saisir les objets, les lâcher, les lancer, éviter et contourner les obstacles, grouper les éléments entre eux et trouver leur lien de causalité. »

- Le temps est « un milieu indéfini dans lequel se succèdent les événements » (Petit Larousse Illustré, 2004). Communément on évoque l' « intervalle de temps » comme par exemple l' « espace d'un an » (Ibidem). On peut différencier le *temps objectif* qui est le temps social auquel chacun se réfère et le *temps subjectif*. Ce dernier est propre à chaque personne car il comprend une dimension affective. Ainsi, lorsque quelqu'un s'ennuie, il trouve le temps long, les minutes ne défilent pas vite. Mais quand il est intéressé, le temps passe vite, la personne ne voit pas les minutes s'écouler.

En psychomotricité, le tempo n'est pas un synonyme du temps comme dans le langage courant. Il représente la vitesse du mouvement, de la musique ... Quand au rythme, c'est la structure de base des éléments qui se répètent.

#### *1.4.5.1.2. Les troubles de l'espace et du temps*

Du fait des difficultés à se mouvoir ou à ressentir, les enfants porteurs de handicaps moteurs n'ont pas suffisamment d'informations proprioceptives et extéroceptives. Ainsi, leur investissement de l'espace et du temps s'avère altéré. Il leur est plus compliqué d'organiser les composantes spatio-temporelles dans la structuration, l'orientation et l'adaptation.

#### 1.4.5.2. *Les troubles du schéma corporel et de l'image du corps*

##### 1.4.5.2.1. *Définitions du schéma corporel et de l'image du corps*

Classiquement, on dit que le terme de schéma corporel fait référence à la neurologie alors que celui d'image du corps provient de la psychanalyse et de la psychologie. (M. GUIOSE, 2001, p. 3).

- Selon PIERON, cité par J.C. CARRIC (2001), le schéma corporel est la « représentation que chacun se fait de son corps et qui lui sert de repère dans l'espace ». Il s'édifie à partir des données proprioceptives (kinesthésie, appareil labyrinthique) et extéroceptives (tact, vue) (Ibidem). Pour F. DOLTO, il est le même pour tous les être humains (M. GUIOSE, 2001, p. 10).

- C'est P. SCHILDER qui le premier décrit en 1935 le concept d'image du corps. Il le définit en ces termes : « l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous même. » (Op. Cit., p.7).

F. DOLTO quant à elle décrit une « image inconsciente du corps » qui est « le lien d'intégration des zones de ce corps investies par des échanges structurants et créatifs » (Ibidem).

L'image du corps est donc une représentation narcissique inconsciente de nous-mêmes qui se modèle en fonction de nos interactions avec le monde environnant et des émotions qui en découlent ; il est propre à chaque individu.

Selon F. DOLTO, « c'est grâce à notre image du corps (...) croisée à notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui » (Op. Cit, p. 10).

##### 1.4.5.2.2. *Les troubles du schéma corporel et de l'image du corps*

- Les troubles du schéma corporel sont liés à des lésions cérébrales localisées aux alentours du carrefour temporo-pariéto-occipital (M. GUIOSE, 2001, p. 4).

Ils correspondent à des troubles somato-gnosiques tels :

- *l'asomatognosie* qui est la « perte de la reconnaissance des différents segments corporels »

(J.C.CARRIC, 2001)

- *l'anosognosie* qui est une « méconnaissance du trouble moteur » (M. GUIOSE, 2001, p. 4)

- *l'autotopognosie* qui correspond à « une perte de la localisation des parties du corps (Ibidem)...

• Les troubles de l'image du corps sont dus à un narcissisme fragile, ébranlé, en lien avec des relations au monde extérieur non sécurisantes pour la personne.

### 1.4.5.3. *Les troubles praxiques*

#### 1.4.5.3.1. *Définitions des praxies*

Les praxies sont « synonyme d'habileté motrice et désignent des systèmes de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention » (J.C. CARRIC, 2001).

#### 1.4.5.3.2. *Les troubles des praxies*

M. MAZEAU (1995, p. 67) définit les *dyspraxies* comme étant des « troubles de la réalisation du geste, secondaire l'impossibilité (ou l'anomalie) de programmer automatiquement (...) les divers constituants sensori-moteurs et spatio-temporels du geste volontaire ».

Selon elle, la dyspraxie est un trouble de la pré-programmation du geste, indépendamment de toute atteinte motrice (Ibidem). Lorsque que le trouble est postérieur à l'acquisition des gestes, elle parle d'*apraxie*.

Lorsque la dyspraxie est liée à des troubles du regard et de la construction de l'espace, l'auteur la qualifie de *visuo-spatiale* (Op. Cit., p. 92).

Elle distingue :

- les *dyspraxies constructives* qui correspondent à des difficultés à se représenter des formes isolées, à reproduire un dessin d'après un modèle, à faire une construction avec des cubes, à s'habiller ... (M. MAZEAU, 1997, p. 67)
- les *dyspraxies non constructives* regroupent les *dyspraxies idéo-motrices* qui portent sur la réalisation des « gestes symboliques et des mimes » réalisés sur imitation ou sur ordre (Op. Cit., p. 85) et les *dyspraxies idéatoires* qui concernent la réalisation des actes plus complexes de coordination successive de gestes élémentaires nécessitant des objets ou des outils (Ibidem)

#### 1.4.5.4. *Les troubles de la latéralité*

##### 1.4.5.4.1. *Définition de la latéralité*

Pour J.C. CARRIC (2001), « la latéralité peut être définie comme une asymétrie fonctionnelle apparaissant dans les segments corporels, de manière prévalente, pour les conduites motrices impliquant un certain niveau d'éveil cortical. »

B. DE LIEVRE et L. STAES (2000, p. 52) font référence à R. RIGAL pour définir la latéralité comme étant l'utilisation préférentielle d'une des parties symétriques de notre corps. Soit la main, œil, oreille ou la jambe. Selon eux, elle est « l'étape intermédiaire entre le schéma corporel et la structuration spatiale » (Ibidem).

##### 1.4.5.4.2. *Les troubles de la latéralité*

Les troubles moteurs, selon leur importance, peuvent entraver l'exploration de l'espace et le développement du schéma corporel. Ainsi, la fixation de la latéralité, qui a lieu généralement aux alentours de 8 ans, sera retardée.

Durant mon stage avec les enfants porteurs de handicaps moteurs, et grâce à mon expérience personnelle en GRS, il m'est apparu évident que ce sport très complet pouvait avoir sa place dans leurs rééducations.

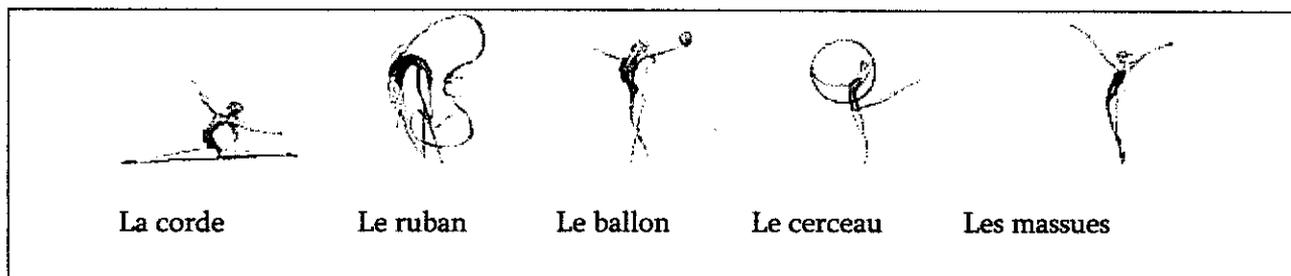
En effet, il mobilise l'ensemble des domaines psychomoteurs par l'intervention du corps, de ses positions et de ses déplacements, par la manipulation des engins, ou par l'aspect expressif.

Je vais maintenant présenter les intérêts de la GRS en psychomotricité.

## 2. LA GYMNASTIQUE RYTHMIQUE ET SPORTIVE

### 2.1. Définition

La Gymnastique Rythmique et Sportive (GRS) est un sport féminin qui se pratique en individuel ou en équipe. C'est une combinaison de la danse classique, de la gymnastique et de l'activité de manipulation. Cinq engins ont été retenus au Congrès International de 1960 : la corde, le ruban, le ballon, le cerceau et les massues.



Certains enchaînements se réalisent sans engins. Ils sont dénommés « main libre ».

La souplesse, l'agilité, la création et la prise de risque sont les qualités mises en avant. Les gymnastes cherchent à montrer aux spectateurs un mouvement harmonieux, original et comportant des difficultés cotées par les juges selon le code de la Fédération Internationale de Gymnastique. Ce « code FIG » est le même pour tous les pays mais les exigences varient en fonction des catégories. On

y retrouve des difficultés obligatoires (sauts, pivots, équilibres, éléments de souplesse, acrobaties) ainsi que le règlement technique concernant les engins, la musique d'accompagnement et les compétitions.

Une des difficultés de la GRS est l'investissement de l'ensemble de l'espace du praticable en gardant de façon permanente l'objet médiateur en mouvement et en restant en relation avec le thème musical choisi.

On peut observer trois aspects fondamentaux qui sont *la performance*, par la recherche constante et parfaite de la figure gestuelle combinée à celle de l'engin ; *l'expressivité*, par la réalisation d'un enchaînement original et personnalisé traduisant la créativité et l'identité de la gymnaste ; et *la communication* par la complémentarité entre les gymnastes d'une même équipe, la relation que chacune entretient avec son engin et les impacts émotionnels sur les spectateurs et les juges.

Une place importante est consacrée à la recherche du transfert des émotions par le corps en mouvement.

## 2.2. Historique par C. LE CAMUS (1982, pp. 9-20)

Au XVII<sup>ème</sup> siècle, la *gymnastique naturelle* voit le jour par la combinaison des mouvements naturels du corps et des théories du développement naturel de l'enfant de J.J. ROUSSEAU (1712 – 1778).

Le français François DELSARTE (1811 – 1871) cherche à trouver des poses naturelles et des gestes expressifs dans le jeu. Il pense le geste comme une forme de langage esthétique qui requiert les qualités de beauté et d'expression.

C'est avec Jacques DELCROZE (1865 – 1950), professeur d'harmonie au conservatoire de Genève, qu'apparaît le terme de *Gymnastique Rythmique*. Il développe la science du rythme et la sensibilité musicale à travers les mouvements naturels du corps.

Pour l'allemand Rudolf BODE (1881 – 1970), le mouvement a un rythme propre. La gymnastique rythmique serait donc un art de l'expression naturelle de l'« homme total » (C. LE CAMUS, 1982, p. 15). Elle englobe le corps, l'esprit et l'âme. C'est le premier à considérer l'utilisation d'objets médiateurs tels que le bâton et la balle comme des exercices de complément.

L'élève de BODE, Heinrich MEDAU (1890 - 1952), considère les médiateurs comme « un moyen de parfaire de mouvement » (Op. Cit., p. 14). Lorsque la gymnaste porte son attention sur son engin, elle a moins conscience de son corps, les mouvements sont plus naturels. H. MEDAU utilise le mouvement total en insistant sur la régulation tonique qui « garantit au mouvement une fluidité et une continuité qui assurent l'économie et le rythme » (Ibidem). Selon lui, le médiateur « soutient le mouvement, entraîne à l'imagination dans le mouvement » (Ibidem).

Hilma JALKANEN (1889 – 1964) quant à elle reprend la méthode BODE en introduisant le cerceau, le ballon et les massues dans les mouvements. Elle appuie que « l'engin ne modifie en rien la technique du geste, il permet d'augmenter l'attrait, d'aider à la prise de conscience de certaines difficultés et de préciser certaines formes du geste en les concrétisant davantage » (Op. Cit., p. 16).

L'histoire Olympique débute en 1936, aux Jeux de Berlin. C'est là que la première démonstration est faite par les élèves de MEDAU dans un mouvement d'ensemble aux cerceaux, qui attire l'attention du public. En 1956, durant les JO de Londres, la Gymnastique Rythmique Moderne est reconnue comme discipline officielle.

Finalement, c'est en 1975 que la Gymnastique Rythmique Moderne devient la Gymnastique Rythmique et Sportive. La première admission en compétition officielle individuelle fut en 1984 aux JO de Los Angeles. Il faudra attendre 1996 à Atlanta pour voir les chorégraphies d'ensembles au niveau olympique.

## 2.3. La création du mouvement

### 2.3.1. *Les trois étapes de la construction du mouvement*

Selon N. SEVE-FERRIEU (2005, p. 103), trois étapes successives permettent de construire le mouvement :

- *la planification* correspond à la prise de décision concernant la réalisation de l'action. C'est le « choix de la stratégie globale ». Elle fait appel à l'évocation mentale du geste
- *la programmation* permet d'établir les paramètres de « direction, d'amplitude ou de vitesse... en fonction des contraintes de l'environnement ». Ainsi, les éléments nécessaires à l'exécution se mettent en place
- *l'exécution motrice et son contrôle.*

### 2.3.2. *Les trois afférences nécessaires*

N. SEVE-FERRIEU (Op. Cit., p. 104) donne trois conditions nécessaires au mouvement :

- les afférences kinesthésiques permettent à l'influx moteur de parvenir au cerveau pour assurer le mouvement
- les afférences visuo-spatiales favorisent l'analyse des coordinations dans l'espace
- les afférences mélo-cinétiques coordonnent les gestes dans le temps.

### 2.3.3. *Le rôle de la somesthésie*

Selon Cl. BONNET et F. LESTIENNE (2003, p. 45) « percevoir le mouvement c'est aussi percevoir les mouvements de son propre corps ». Pour ce faire, la somesthésie est primordiale. Elle regroupe l'ensemble des sensibilités du corps (Ibidem) comprenant à la fois la proprioception et l'extéroception.

### 2.3.3.1. *La proprioception*

C'est « l'appréciation de la position, de l'équilibre et de ses modifications par le système musculaire, particulièrement lors de la locomotion » (Dictionnaire médical, 2004).

Elle est assurée par le système vestibulaire qui se compose de l'oreille interne, du labyrinthe membraneux et des récepteurs labyrinthiques (R. PLATEL, 2002-2003, pp. 105-106).

D'après Cl. BONNET et F. LESTIENNE (2003, pp. 45), pour percevoir le mouvement il faut percevoir la pression et la vibration. Mais il faut également tenir compte de la sensibilité kinesthésique qui joue un rôle important dans l'équilibre où l'axe corporel sert de référence.

### 2.3.3.2. *L'extéroception*

Elle est assurée par les extérocepteurs qui sont les « organismes terminaux sensitifs dans la peau ou dans les muqueuses qui reçoivent les stimuli d'origine extérieure » (Dictionnaire médical, 2004). Dans le mouvement l'extéroception est principalement mise en jeu dans la sensibilité tactile superficielle et dans la vision (Cl. BONNET, F. LESTIENNE, 2003, p. 45).

## 2.4. Approche psychomotrice de la GRS

La Gymnastique Rythmique et Sportive est un sport très complet qui sollicite l'ensemble des items psychomoteurs : l'espace, le temps, le tonus, l'équilibre, la coordination, la dissociation, le schéma corporel, l'image du corps, les praxies, la latéralité, la mémoire, ...

### 2.4.1. *L'espace et le temps en GRS*

Selon C. LE CAMUS (1982, p. 34), en GRS la maîtrise du geste « s'effectue par l'intermédiaire de deux facteurs : temporel et spatial. Le facteur temporel consiste à anticiper, interrompre, freiner, reprendre le mouvement. Le facteur spatial permet de diriger le geste dans une direction voulue ou de

le rectifier ». Ces deux aspects sont réalisés à partir de la proprioception et de l'extéroception que nous avons détaillées précédemment.

L'auteur précise que la première permet de définir « les positions initiales et finales de la tête et des membres, soit comme information kinesthésique provenant des déplacements du corps ou du membre (...). Les informations proprioceptives articulaires et musculaires semblent requises pour une localisation précise des positions relatives des différents segments articulés du corps » (C. LE CAMUS, 1982, p. 38). Quant aux informations visuelles, elles permettent de guider la main ou le membre vers l'engin en fonction des caractéristiques de taille, forme, volume, texture et les propriétés de consistance et de poids. A partir de là le poignet et les doigts de la main s'orienteront à rapport à l'engin (Ibidem).

L'espace est également mis en jeu dans l'investissement du praticable par la diversité des déplacements à l'intérieur de celui-ci : en ligne droite, courbe, zigzag, diagonale, ... Les cinq niveaux d'exploration de l'espace sont également utilisés : allongée, assise, à genoux, debout, en saut. Les trois axes sont sollicités : frontal (droite/gauche), sagittal (avant/arrière) et vertical (haut/bas); ainsi que les trois plans : horizontal, sagittal, frontal (B. LESAGE, 2006, p. 78).

L'espace en GRS est aussi bien investi par la gymnaste que par son engin. En effet, « les activités de saisie, de manipulation, de transformation des objets (...) peuplent l'espace des lieux » (C. LE CAMUS, 1982, p. 90).

La musique, quant à elle, sert de base à la construction de la chorégraphie. A. JACQUOT (1980, p. 41) stipule qu'elle favorise le dégagement de l'énergie latente. C. LE CAMUS (1982, p. 41) ajoute que la musique canalise les émotions et favorise la maîtrise du geste. « L'aide musicale libère le geste, soutient l'action ; grâce à la succession de temps forts et de temps faibles, elle régularise l'action dans

L'équilibre dynamique est sollicité dans l'ensemble des déplacements. Comme elle le précise (1982, p. 32), « il y a simultanément déplacement corporel et déplacement de l'engin ». Ce dernier est donc soumis à un équilibre dynamique au même titre que la jeune fille.

### ***2.4.3. Les coordinations et les dissociations***

#### ***2.4.3.1. Définitions***

##### ***2.4.3.1.1. Les coordinations***

J.C. CARRIC (2001) définit les coordinations sont des « combinaisons des contractions des muscles dans un ordre rigoureux nécessaire pour atteindre le but recherché ». Elles consistent à faire accomplir à son corps un mouvement ample et harmonieux, avec le minimum d'efforts pour le maximum d'efficacité.

L'auteur cite HEUYER pour décrire la « coordination statique, dynamique, la coordination psychomotrice dynamique, intellectuelle et affective » (Ibidem).

La coordination dynamique « met en jeu l'action synergique, non seulement des muscles, mais de l'intelligence et de l'affectivité » (Ibidem). Elle correspond à la marche, la course, les sauts, les rampés, la quadrupédie ...

##### ***2.4.3.1.2. Les dissociations***

La dissociation est la possibilité de faire accomplir à deux extrémités de son corps ou à deux hémicorps un mouvement complexe sous contrôle mental permanent et dans deux plans ou deux temps différents. C'est donc la segmentation chronométrique d'une succession de mouvements.

C'est un acte plus complexe que les coordinations. La répétition de la dissociation va conduire à une automatisation, donc à une sous-corticalisation du geste qui va alors devenir une coordination

(J.C. CARRIC, 2001). Les capacités de réalisation de ces dissociations font appel à la maturation neurologique. On estime qu'elles sont réalisées consciemment à partir de l'âge de 8 ans.

#### 2.4.3.2. *Lien avec la GRS*

- Selon C. LE CAMUS (1982, p. 58), « en GRS, la coordination motrice est une dimension importante, qui suppose certes l'ajustement de l'individu à son milieu mais impose en plus l'ajustement de l'individu à un engin dans une organisation spatio-temporelle ».

Ainsi, on retrouve en GRS des coordinations motrices qui comprennent essentiellement les coordinations dynamiques générales et les coordinations oculo-manuelles. Ceci « suppose une équilibration du tonus, un certain rendement musculaire (...) et ne peut se passer d'une intégration des rapports espace-temps » (Op. Cit., p. 58-59).

A ces coordinations motrices s'ajoutent des coordinations avec l'engin qui mettent en jeu principalement les coordinations oculomanuelles. Elles « s'effectuent dans la majorité des cas, grâce à la fonction instrumentale de la main mettant en jeu la sensibilité tactile et kinesthésique » (Ibidem). L'exemple le plus évident est le cas des lancers et rattrapés.

- Concernant les dissociations, C. LE CAMUS (Ibidem) différencie celles entre les hémicorps droit-gauche ou celles des hémicorps supérieur-inférieur.

Elles peuvent se manifester par deux actions différentes réalisées chacune par un hémicorps, par exemple, l'hémicorps supérieur est mobile et l'hémicorps inférieur est statique. Ce peut être deux actions similaires mais réalisées en deux temps différents, comme les lancers successifs des massues. Ou encore un hémicorps peut travailler plus rapidement que l'autre : alors que le bras droit fait une circumbductions, le bras gauche en fait deux dans le même temps.

#### *2.4.4. Le schéma corporel et l'image du corps*

- Le schéma corporel est mis en avant en GRS grâce au contact des engins sur le corps. Ce contact permet, par l'intermédiaire de l'extéroception, de prendre conscience de la localisation de l'engin sur les segments corporels.

De plus, l'intégration du schéma corporel est favorisée par la proprioception lors des déplacements du corps dans l'espace et le temps. Le travail des appuis au sol, dans n'importe quelle position (assis, allongé, à genoux ...), permet l'intégration du schéma corporel.

- L'image du corps, quant à elle, est sollicitée lors de la présentation de l'enchaînement devant les spectateurs. Ainsi, la gymnaste est gratifiée lorsqu'elle parvient à réussir sa chorégraphie. Elle l'est d'autant plus quand elle parvient à faire des mouvements avec son engin qui lui sont habituellement difficiles. De plus, les encouragements et les félicitations du public la valorisent narcissiquement.

La réussite en GRS permet donc d'avoir une meilleure image de soi, une meilleure estime de soi, et plus de confiance.

#### *2.4.5. Les praxies*

Les praxies sont constamment mises en jeu dans la manipulation et les lancers-rattrapés des engins de GRS, que ce soit la corde, le ruban, le ballon, le cerceau ou les massues.

Les praxies sont toutes spécifiques à chacun des engins car leurs configurations (forme, matériau, poids) sont différentes. Ainsi on ne manipule pas de la même manière un ballon qui est rond et qui glisse aisément de la main et une corde que l'on prend en pleine main. Le ruban quant à lui sollicite beaucoup les articulations distales du membre supérieur, il fait appel à des mouvements plus amples. Les massues nécessitent particulièrement une dissociation des articulations du poignet et des hémicorps droit et gauche.

#### *2.4.6. La latéralité*

En Gymnastique Rythmique et Sportive, l'utilisation des deux membres est imposée. La gymnaste doit manipuler l'engin au moins une fois dans chaque main. Mais, à ses débuts en GRS, elle utilise spontanément le côté dominant. Elle se rend rapidement compte qu'il est plus difficile de manier les engins du côté non dominant.

#### *2.4.7. La mémoire*

D'une semaine sur l'autre, la gymnaste doit se souvenir de l'enchaînement construit. La mémoire corporelle, basée sur la proprioception, est la plus sollicitée. Pour certaines, le lien entre la musique et le mouvement aide à se souvenir de certains enchaînements. Pour d'autres, c'est la mémoire visuelle qui est privilégiée, elles se souviennent du modèle montré par l'entraîneur.

#### Conclusion de la partie théorique

D'après cet exposé on peut constater que, en théorie, la GRS est un médiateur approprié à la psychomotricité. Il sollicite l'ensemble des items psychomoteurs en interaction les uns avec les autres.

Je vais maintenant présenter deux prises en charge en GRS avec des jeunes filles atteintes de handicaps moteurs. La première concerne un groupe GRS réalisé avec des jeunes filles hémiplegiques et diplegiques. Je ne m'attacherai pas à prouver les répercussions de la GRS sur les membres du groupe, mais à montrer que les items précédemment développés sont bel et bien sollicités. Le second exemple concerne une fillette atteinte de diplegie spastique que nous voyons en individuel.

Les prises en charges présentées pour illustrer ma théorie ont été réalisées dans un Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile (SESSD) faisant partie de l'Association des Paralysés de France (APF). J'y ai proposé une prise en charge individuelle et une en groupe.

# CLINIQUE

# **1. LE SESSD APF**

## **1.1.Présentation du SESSD APF**

Le service accueil 35 enfants et adolescents, de la naissance à 20 ans, porteurs d'une déficience motrice avec ou sans troubles associés. Son action, guidée par un projet personnalisé, se déroule sur les lieux de vie (domicile, crèche, milieu scolaire...) en séances individuelles ou en groupes.

## **1.2.L'admission**

Elle se fait sur la demande de la famille. Sont alors proposés un rendez-vous avec la directrice, une consultation médicale avec le médecin du service et éventuellement une rencontre avec la psychologue.

## **1.3.Les objectifs**

On distingue quatre objectifs principaux : la prise en charge précoce, l'accompagnement de l'enfant et de sa famille face aux difficultés du handicap, le soutien à l'intégration sociale et scolaire et la préparation aux orientations ultérieures.

## **1.4.Les moyens**

Différents axes sont proposés dans la prise en charge :

- un projet individualisé adapté à l'enfant ou à l'adolescent est établi en lien avec la famille et lui-même
- des techniques de soins et d'éducation appropriées sont offertes à chacun selon une approche globale visant l'éveil, la motricité, les modes de communication, l'épanouissement de la personnalité...

- des réunions de synthèse, après consultation médicale et bilans, permettent de suivre l'évolution de l'enfant, d'évaluer ses besoins et de réajuster son projet
- une écoute et un soutien psychologique accompagnent le jeune et sa famille.

### **1.5.L'équipe pluridisciplinaire**

L'ensemble des membres de l'équipe travaille en complémentarité. Elle est composée de :

- *la direction et l'administration* qui sont composées de la directrice, la comptable, la secrétaire médico-sociale
- *l'équipe médicale et paramédicale* regroupe le médecin de médecine physique et de réadaptation, la psychologue, les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les psychomotriciennes
- *l'équipe socio-éducative et pédagogique* concerne l'aide médico-psychologique, l'éducateur spécialisé, l'enseignant spécialisé.

## **2. LE GROUPE GRS**

### **2.1.Le cadre**

Le groupe est constitué de quatre jeunes filles (Marie, Maëlle, Katia et Léa) qui ont entre 8 ans 9 mois et 11 ans et demi. Deux d'entre elles ont une diplégie spastique, les deux autres sont hémiplegiques.

C'est un groupe fermé. Les professionnelles présentes sont les deux psychomotriciennes du SESSD et moi-même. Nous nous rencontrons à l'occasion des vacances scolaires car les prises en charges habituelles sont interrompues. Des activités sont proposées aux enfants afin de poursuivre le travail hebdomadaire sous une approche différente.

### 2.2.2.2. *Bilans généraux*

Maëlle est décrite par la psychologue comme souriante et agréable. Son contact est variable, elle est parfois réservée, parfois intrusive dans la relation. Elle a besoin d'un cadre extérieur pour la rassurer, mais elle n'a pas de trouble du comportement. Ses difficultés de verbalisation sont à rapprocher d'un défaut de subjectivation et d'un « manque du mot ». Le WISC III est hétérogène, le QIV est de 56 et le QIP est de 51.

Maëlle est perdue dans l'espace et le temps. Elle présente des difficultés dans l'aspect constructif à cause de ses troubles visuels. Elle aime les activités manuelles, mais elle manque de précision gestuelle dans le jeu.

Elle ose donner son avis. Elle parle difficilement d'elle et de son handicap, mais elle est réceptive aux explications. Elle est très sociable, joue avec les enfants de son école.

Elle a des troubles de l'évocation lexicale mais pas de troubles de l'articulation. Ses phrases sont simples car elle a une mauvaise maîtrise de la langue française, mais elle est à l'aise à l'oral.

### 2.2.2.3. *Bilan psychomoteur*

La prise en charge se fait depuis 4 ans. Les objectifs sont de consolider les repères corporels et spatio-temporels, de décrypter ses émotions, de favoriser les capacités de relâchement musculaire dans la détente, d'encourager son aisance corporelle. Le bilan date d'octobre 2006.

Maëlle est persévérante. Elle poursuit les exercices jusqu'à leur réussite. Par moments elle peut faire preuve d'une certaine impulsivité et met à mal le cadre.

Au niveau spatial, elle a acquis les notions de base et la réversibilité. Elle se repère bien dans l'espace environnant. Au niveau temporel elle a une bonne capacité d'adaptation au rythme.

La motricité fine est correcte, les coordinations bimanuelles sont adaptées mais elle montre des difficultés dans l'organisation de ses gestes. La latéralité manuelle n'est pas bien marquée. Maëlle utilise indifféremment la main droite ou la main gauche dans les activités du quotidien.

Elle a une somatognosie qui correspond aux enfants de son âge. Elle reproduit des positions corporelles par imitation mais l'orientation spatiale n'est pas toujours respectée.

Dans l'expression corporelle elle a de plus en plus confiance en elle et son répertoire se diversifie. Dans les coordinations dynamiques, elle court, saute, grimpe. Dans la détente, elle a une meilleure conscience de son corps, un relâchement corporel et une dissociation mieux maîtrisés.

### **2.2.3. *Katia***

#### **2.2.3.1. *Histoire de Katia***

Katia est âgée de 11 ans et 6 mois. Elle est l'aînée du groupe.

Elle est née prématurée à 30 semaines d'aménorrhée. Le scanner cérébral a révélé une asymétrie cérébrale. Le diagnostic de diploégie spastique surajoutée d'une dyspraxie constructive a été posé. Elle est suivie en orthoptie pour une acuité visuelle basse et un strabisme corrigé par des lunettes. Avant son entrée au service en septembre 2001, elle était suivie par un kinésithérapeute libéral à raison de 2 à 3 fois par semaine.

Elle porte des attelles de jour aux deux jambes et une attelle de nuit au pied droit. Elle est en CM1 dans son école de quartier.

### 2.2.3.2. *Bilans généraux*

Elle est très sociable, autant avec les enfants qu'avec les adultes. Elle accepte d'affronter la difficulté, les contraintes et sait reconnaître ses erreurs.

Katia s'exprime spontanément; elle parle de ses préoccupations concernant la préadolescence et son handicap. Elle a conscience de sa différence et a une image d'elle-même fragile. Elle est très participante et aime qu'on s'occupe d'elle. Elle sait profiter de l'aide qu'on lui propose. Elle a besoin de soutien et de cadre pour pouvoir avancer dans ses acquisitions.

La fillette a des troubles visuo-constructifs et des difficultés de lecture et d'écriture. Son expression orale est fluide et le langage oral est bien compris.

Katia a une marche autonome avec de rares chutes. Elle court et saute. Le bassin droit est en rotation interne, adduction et rétropulsion. Les deux pieds sont en valgus avec une oscillation à gauche. Le genou droit, lorsqu'il sert d'appui, est en légère flexion.

### 2.2.3.3. *Aperçu psychomoteur*

Au niveau psychomoteur, Katia n'a pas eu de bilan. Les psychomotriciennes ont eu l'occasion de la côtoyer, tout comme Marie lors de séjours ou de sorties organisées par le service.

Lors de nos rencontres, j'ai pu observer que Katia a trouvé de bons moyens de compensation pour les coordinations dynamiques générales : la course se fait avec de petits pas mais les bras aident à entraîner le corps dans le déplacement. L'équilibre dynamique est bon mais l'équilibre statique est fragile. L'utilisation des engins révèle des difficultés de coordination oculo-manuelles. Au niveau spatial, elle investit l'ensemble de l'espace de la salle. Elle s'adapte et s'oriente convenablement dans l'espace Elle utilise préférentiellement sa main droite pour la manipulation des ces engins.

Katia a tendance à se dévaloriser et à dire qu'elle n'y arrivera pas avant même d'essayer. Avec un peu de sollicitation et d'accompagnement elle se concentre et réalise l'exercice et découvre avec plaisir ses capacités. La jeune fille est très spontanée et veut sans cesse donner de nouvelles idées. Elle participe activement à la dynamique du groupe. Elle sollicite indifféremment ses camarades ou les adultes qui sont à côté d'elle.

#### **2.2.4. Léa**

##### **2.2.4.1. Histoire de Léa**

Léa est âgée de 9 ans et 6 mois. Sa maman, originaire de Côte d'Ivoire, est célibataire Le père de Léa n'a pas reconnu sa fille.

Elle a acquis la marche aux alentours de ses 16 mois. Le médecin de la P.M.I. posé le diagnostic d'hémiplégie droite.

Elle a subi deux crises convulsives sans fièvre en mai 2000 alors qu'elle était âgée de 2 ans et 5 mois. En avril 2001, elle a porté successivement trois plâtres à la jambe droite. S'y sont ajoutées les séances de kinésithérapie trois fois par semaine ainsi que les bottes de marche et des bottes de nuit.

Elle est arrivée dans le service à 3 ans et 5 mois. Elle a des séances de kinésithérapie deux fois par semaine et un suivi éducatif hebdomadaire. Actuellement Léa est en CM2 en milieu classique. Elle possède une attelle de jour et une de nuit pour le pied droit qui est très peu portée.

##### **2.2.4.2. Bilans généraux**

Dans le quotidien Léa est autonome. Elle a un rythme de vie adapté à sa scolarisation. Elle fait preuve de volonté et d'application dans ses apprentissages.

La frustration et les émotions sont mieux contrôlées. Elle est sensible aux compliments mais elle reste cependant bougonne et capricieuse quand elle a le sentiment d'être victime d'injustice. Dans

ces moments là elle peut même se montrer agressive envers les autres. Léa montre une certaine insécurité affective et un manque de confiance en elle.

Debout, elle tient en appui au dépend du membre inférieur droit qui se met en légère abduction, rotation interne et triple flexion, avec un léger varus. Elle fatigable dans les longues marches. Elle a une bonne commande musculaire volontaire sur le membre inférieur.

#### 2.2.4.3. *Bilan psychomoteur*

Le bilan de fin de prise en charge a été réalisé en juillet 2005, Léa avait 6 ans et 7 mois. Auparavant les séances se déroulaient individuellement une fois par semaine, avec pour objectif la consolidation des repères spatiaux sur la feuille, l'amélioration de l'aisance gestuelle et motrice, l'expression corporelle et l'amélioration de ses capacités de relâchement et de régulation tonique. La prise en charge a été interrompue car la relation duelle n'était pas bénéfique à Léa. Elle fait actuellement partie du groupe théâtre.

Léa reste fragile dans sa relation à l'autre malgré une meilleure socialisation. Elle a besoin de l'adulte pour la conforter, pour vaincre sa peur de l'échec et ses craintes de l'abandon.

La psychomotricienne met en avant la fatigabilité de Léa dans les activités motrices. Mais la jeune fille fait preuve d'une certaine liberté gestuelle, elle prend du plaisir dans le mouvement. L'adaptation de son corps s'avère adéquat à l'espace qui l'entoure. La somatognosie correspond à son âge. Léa est performante dans les manipulations des notions et des relations spatiales. Cela reste fragile lorsque le travail s'effectue sur la feuille. Elle a une bonne coordination bimanuelle mais elle se précipite toujours dans ses gestes. Elle a besoin de faire une planification motrice préalable.

## 2.3. Les objectifs du groupe

La prise en charge ne se faisant que ponctuellement, et aux vues des potentialités et des difficultés de chacune, j'ai établi plusieurs objectifs globaux de prise en charge :

- leur faire découvrir des capacités motrices en lien avec la manipulation des engins. Ces derniers incitent les jeunes filles à explorer l'ensemble des possibilités de leur corps par les mouvements de leurs membres supérieurs et inférieurs, dans des positions allongées, assises ou debout

- favoriser l'exploration et la structuration de leur espace proche et de leur espace environnant, en individuel comme en groupe, par les lancers rattrapés et les déplacements. *J'ai veillé à insister un peu plus sur ce domaine avec Maëlle.*

- solliciter les coordinations dynamiques générales et les coordinations oculomanuelles avec et sans les engins, dans les roulés, les lancers rattrapés ... *J'ai accentué ce domaine avec Katia et Marie*

- stimuler leur schéma corporel par la prise de conscience de leur corps en mouvement et de l'axe corporel par les roulés du ballon ou du cerceau sur le corps. *Avec Maëlle, on a favorisé la prise de repères corporels*

- solliciter le tonus postural et l'équilibre en statique et en dynamique, dans toutes les positions et dans les adaptations à l'engin. *Dans ce domaine j'ai particulièrement porté d'attention à Marie.*

- favoriser l'imagination, la prise d'initiative dans l'ensemble de la séance. Pour celles qui n'ont pas beaucoup d'idées, le groupe leur permet de s'inspirer des propositions de leurs camarades

- enrichir narcissiquement leur image du corps en valorisant leurs réussites, en les encourageant et les soutenant lorsqu'elles rencontrent des difficultés à réaliser une manipulation ou un geste. *Cela concerne tous les enfants*

- établir une dynamique de groupe afin de favoriser les échanges d'engins et les échanges verbaux entre les jeunes filles et avec les adultes et afin de stimuler l'imitation et l'émulation

- respecter le cadre pour avoir un milieu physique et psychique contenant et sécurisant, *essentiellement pour Léa*. Respecter le tour de rôle dans l'ensemble de la séance, les consignes, et les émotions des autres.

## 2.4. Une séance type

La séance se décompose en trois phases : *l'échauffement, la manipulation des engins* puis le *retour au calme*. L'ensemble de la prise en charge se fait en musique.

### 2.4.1. L'échauffement

Tout d'abord nous nous rassemblons sur les tapis. Ce temps nous permet de nous dire bonjour et de se remémorer ce que nous avons fait la séance précédente. Puis j'expose les objectifs de la séance et le programme global.

Nous débutons l'échauffement par des mobilisations actives de l'ensemble des articulations du corps : les poignets, les chevilles, le cou, les épaules, le bassin... Nous travaillons en même temps la somatognosie en nommant chaque partie du corps. Je tiens compte des difficultés de chacune pour ne pas les mettre face à un échec. Il faut trouver des adaptations lorsque que l'une d'entre elles se trouve dans l'impossibilité de faire le geste à cause de son handicap. Par exemple, il est difficile pour Marie de se mettre assise sur ses talons, elle a donc effectué les exercices en position « à genoux dressés ».

Nous passons ensuite à une activité plus dynamique qui met en jeu les coordinations-dissociations, le tonus postural et l'espace-temps : course tout autour de la salle puis parcours. Je l'ai construit en disposant les engins à notre disposition au sol.

### *2.4.2. La manipulation des engins*

Après avoir regroupé les engins dans un coin, nous choisissons celui que nous allons explorer. Chacune en prend un et commence à le manipuler. Pour ma part, je propose des exercices qui font appel aux items psychomoteurs à solliciter plus particulièrement avec chacune d'entre elles. Je les incite à verbaliser quand l'exercice peut leur paraître délicat au premier abord. Ensemble nous cherchons à comprendre pourquoi la manipulation est difficile et un moyen pour le réussir.

Puis, en cercle ou en ligne, les filles proposent à tour de rôle des idées de manipulation. Tout le monde expérimente l'idée proposée. Ensuite, nous faisons un « tour de cercle » où personne ne doit faire des manipulations similaires. Nous favorisons là l'imagination et la prise d'initiative. Par exemple, l'une des filles fait passer le ballon à sa voisine de droite en le lançant, cette dernière doit le donner à sa voisine de droite en le faisant rouler, ou en le faisant rebondir ...

Peu à peu des échanges à deux, puis à trois, puis toutes ensemble sont instaurés et favorisent le développement de la dynamique de groupe. Nous écoutons toutes les idées puis nous les mettons en pratique si elles s'avèrent adaptées à notre travail. Sinon nous cherchons un moyen de les adapter aux objectifs de la séance.

### *2.4.3. Le retour au calme*

Il se fait sur les tapis après avoir reposé les engins dans un coin de la salle. Afin de nous regrouper dans un temps calme, nous faisons quelques légers étirements du dos, des bras, des jambes... Nous sollicitons de nouveau la somatognosie. Je tiens compte de la spasticité et des rétractions musculaires et ligamentaires des unes et des autres.

En même temps, nous verbalisons les ressentis de chacune : « Comment s'est passée la séance ? Qu'avez-vous le plus aimé ? Qu'avez-vous le moins apprécié ? Qu'attendez-vous pour la prochaine séance ? ». J'en profite pour leur faire part de mes remarques, puis j'inclue le projet concernant la séance suivante et je leur demande leur avis.

## 2.5. Les résultats

### 2.5.1. *La dynamique de groupe*

#### 2.5.1.1. *Relation entre les filles*

Toutes les filles ont activement participé au groupe. Sauf Léa lors de la première séance, qui n'a même pas voulu retirer ses chaussures. Elle est restée en retrait à nous observer du coin de l'œil. Le seul moment où elle a fait de la GRS fut à la fin de la séance, lorsque nous nous rhabillions. Elle a alors montré de bonnes capacités de manipulations. Les psychomotriciennes et moi-même l'avons félicitée mais lui avons demandé de reposer le cerceau car la séance était terminée.

Elle a très bien participé au cours de toutes les autres rencontres malgré une légère altercation avec Maëlle en février. En leur expliquant qu'elles n'avaient pas à entrer en compétition l'une contre l'autre et en leur demandant de faire des efforts, la fin de la séance s'est bien passée. Elles sont restées toutes deux dans le groupe mais ont évité le contact direct.

Katia et Maëlle se sont présentées en leaders du groupe lors des premières séances, mais par la suite, Léa est parvenue à s'affirmer un peu plus. Marie est restée réservée, elle n'a que très peu proposé d'idées et restait souvent en retrait du groupe lorsque nous manipulions les engins individuellement.

### *2.5.1.2. Mon interaction avec les filles*

La prise de contact fut aisée. Les filles étaient motivées pour faire de la GRS. A la première rencontre, elles n'osaient pas toujours me solliciter. Elles se tournaient le plus souvent vers les psychomotriciennes. Durant les autres séances, les jeunes filles étaient plus à l'aise avec moi. Elles m'ont plus spontanément demandé de l'aide ou des conseils.

Maëlle et Marie ne se souvenaient pas de mon prénom avant que nous ne commencions les séances, mais elles se souvenaient que nous faisons de la GRS ensemble.

### *2.5.1.3. La place des psychomotriciennes*

Les deux professionnelles découvraient la médiation car aucune d'elles ne l'avait pratiquée auparavant. Elles participaient au groupe au même titre que les jeunes filles et faisaient les échauffements, les parcours, les manipulations, elles proposaient des idées quand c'était leur tour ...

Aux yeux des jeunes filles, elles représentaient le cadre, les limites. Les psychomotriciennes m'aidaient également à adapter les exercices car je ne connaissais pas toujours toutes les difficultés et les capacités des participantes, surtout au cours de la première séance.

## *2.5.2. Les échauffements*

Nous avons découpé la pièce en deux espaces : l'espace d'échauffement avec les tapis, et l'espace de manipulation des engins. La musique était adaptée aux exercices que nous proposons : un tempo rapide pour les activités dynamiques, un tempo lent pour l'échauffement et le temps de repos.

A chaque rencontre, lorsque nous avons installé la salle ensemble, elles ont spontanément réinvestit l'espace de la même manière que nous l'avions fait la première fois : les tapis et les engins à leurs places respectives, le poste de musique au même endroit. Le cadre spatial était posé.

Cette forme d'échauffement par le parcours les a surprises et amusées. Les quatre filles nous ont montré des bonnes potentialités d'imagination dans l'investissement de celui-ci. Elles ont proposé de marcher dans les cerceaux, de courir entre les cordes, de sauter par-dessus le ruban, de tourner autour du ballon, parfois en avant, parfois en arrière ou sur le côté ... Elles ont aisément respecté le tour de rôle et ont assez bien reproduit le modèle proposé par chacune. Mais la correction s'est avérée plus difficile. Elles ne parvenaient pas à prendre conscience des erreurs de leurs camarades ni des miennes. Lorsque nous apportions les corrections à plusieurs, la tâche s'est avérée plus facile car nous incitions les filles à se concentrer.

Marie n'a pas voulu faire la roulade sur le tapis initiée par Katia. Je lui ai proposé de la modifier en un exercice similaire mais plus accessible pour elle. Léa a montré elle aussi des difficultés à faire cet exercice. Elle a dans un premier temps refusé de le faire et a « boudé ». Mais avec l'aide d'une des psychomotriciennes, elle l'a réalisé avec une certaine appréhension qui s'est manifestée par de l'hypertonie, des crispations du visage et des mains.

### *2.5.3. Les manipulations des engins*

- Lors de la première séance, nous avions à notre disposition une paire de massues, deux cordes, deux rubans, sept cerceaux et autant de ballons.

L'investissement des engins s'est d'abord fait individuellement. Chacune en choisissait un et l'explorait à sa façon ou en imitation. Toutes voulaient commencer par le ruban car elles en avaient déjà vu à la télévision. Comme nous n'en avions que deux à notre disposition, nous avons instauré un tour de rôle. Les massues n'ont pas été utilisées car elles demandent une utilisation bimanuelle qui est peu attractive pour les personnes hémiplégiques. Les cordes n'étant pas adaptées à la GRS, nous ne les avons utilisées que pour le parcours d'échauffement. Par contre, les ballons et les cerceaux ont été bien

manipulés. Les premiers sont couramment utilisés par les enfants, mais à d'autres fins (football, handball, balle au prisonnier ...). En GRS on peut les faire rebondir, rouler sur le sol ou sur le corps, les lancer. Les cerceaux offrent une multitude de possibilités dans les manipulations et dans les échanges : rotations, toupies, roulés, lancers, autour du bras, du buste, dans tous les plans de l'espace...

Ensuite nous nous sommes placées en deux lignes pour faire des échanges par transmission, des lancers, des roulés ... D'abord avec un cerceau, puis nous avons ajouté un ballon.

Katia et Maëlle proposaient spontanément des idées qui n'étaient pas toujours en rapport avec la GRS. Elles nous rapportaient des jeux appris à l'école, comme par exemple le jeu de la tomate. Marie, quant à elle, était plus réservée et proposait moins d'idées que pour le parcours, mais elle a été très active dans la dynamique de groupe.

- Pour les autres séances, nous avons utilisé uniquement les cerceaux et les ballons car ils favorisent les interactions plus facilement que les autres engins. De plus, leur forme est fixe, ils sont aisément manipulables.

Nous avons commencé par une manipulation individuelle du cerceau. Chacune de son côté tout d'abord, en spontané. Toutes avaient des idées propres, sans regarder forcément sur les camarades. Certaines idées revenaient de séance en séance.

Puis toutes en lignes, nous avons travaillé des roulés au sol. Marie a montré une très bonne capacité à faire rouler le cerceau sur une trajectoire rectiligne.

Rapidement nous avons mis en place une dynamique de groupe par des échanges par transmissions ou lancers avec ce cerceau. En rond, nous devions faire passer l'engin à notre voisine d'une façon prédéterminée. A tour de rôle, chacune proposait une idée. Katia et Maëlle étaient toujours les premières à vouloir donner leur concept. Marie était plus intimidée à l'intérieur du groupe

et Léa ne donnait son avis que lorsque nous la sollicitions. Elle acceptait parfois difficilement que nous ne gardions par son idée au profit de la proposition d'une de ses camarades lorsqu'elles parlaient en même temps. Nous avons ensuite fait de même avec le ballon. J'ai pu constater les mêmes comportements pour chacune des filles.

Dans un troisième temps nous avons introduit les deux engins ensemble dans le cercle. Nous devions dire le prénom de la personne à laquelle nous allions donner l'engin afin d'éviter les effets de surprise, les réactions tonico-émotionnelles qui en résultent et les erreurs de manipulation qui peuvent dévaloriser la personne face au regard de ses camarades.

Marie recevait presque exclusivement les engins de la part des adultes. Ses camarades ne les lui envoyaient que très rarement. Ceci est à relier à sa timidité et à son retrait dans le groupe. Léa et Maëlle n'ont pas du tout fait d'échange entre elles, elles s'ignoraient l'une l'autre. Cette dernière, tout comme Katia, ont souvent transmis leur engin aux adultes ou entre elles.

Il nous est arrivé dans les autres séances de chercher toutes ensemble des idées pour se transmettre les engins. Chacune en possédait un (soit un ballon, soit un cerceau) et nous nous placions en rond, ou les unes derrière les autres, ou en face à face ... Maëlle disait avoir des idées, mais ne parvenait pas à les mettre en mots. Nous essayions alors de la comprendre grâce aux gestes d'imitation qu'elle nous montrait. Léa, quant à elle, ne voulait pas toujours faire ce que ses camarades proposaient. Elle cherchait à imposer son idée. Mais elle a tout de même participé à tous les échanges. Des lancers, des roulés, des transmissions de la main à la main ont été proposées. Nous avons également fait des échanges où dans un premier temps les ballons s'échangeaient entre eux, puis c'était au tour des cerceaux.

#### **2.5.4. Les retours au calme**

La verbalisation fut difficile pour Maëlle à cause de son manque du mot. Lorsque j'ai promis à Katia que nous allions faire un enchaînement, ses quatre camarades se sont montrées enthousiastes. Les filles ont demandé à faire de la GRS tous les jours pendant les vacances scolaires.

Marie et Léa préfèrent le cerceau, Katia et Maëlle sont plus attirées par le ballon. Nous avons donc décidé ensemble que la chorégraphie se ferait en groupe avec autant de cerceaux que de ballons.

Mais ce projet se concrétisera en juillet.

### **3. PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE EN GRS**

#### **3.1. Histoire de Zhora au sein du service**

La prise en charge débute en septembre 2004. Le suivi en kinésithérapie se fait trois fois par semaine ; ceux en psychomotricité, orthophonie et éducation spécialisée se font hebdomadairement.

#### **3.2. Anamnèse**

Zhora est née en août 2001. Elle est le troisième enfant d'une triple grossesse. L'accouchement s'est fait prématurément à 6 mois et demi par césarienne à cause d'une souffrance fœtale aiguë. Une infection materno-fœtale par la rubéole est suspectée. L'un des triplés est mort à 1 mois de vie, l'autre n'a aucune séquelle. Quand à Zhora, elle a été emmenée en réanimation et placée sous ventilation assistée. L'extubation s'est faite à H23. A la naissance elle pèse 1350 g, elle mesure 40 cm et son périmètre crânien est de 28,5 cm. La maladie des membranes hyalines a été diagnostiquée avec un ictère traité par photothérapie. Par la suite, de nombreux bilans sont réalisés pour vérifier la stabilité de sa santé. L'examen neurologique est normal mais l'échographie transfontanellaire révèle deux gros plexus choroïdes et une hyperechogénéicité pariétale gauche.

En Algérie, Monsieur était infirmier. A son arrivée en France, on ne lui a accordé « qu'un poste d'aide soignant » en travail de nuit. Il vit mal cette régression professionnelle car son diplôme n'est pas reconnu. S'y ajoute le quotidien dans un logement précaire. La maman, en France depuis l'âge de 6 ans, travaille dans un service de rééducation. C'est elle qui accompagne sa fille à tous les rendez-vous.

Parallèlement à la crèche familiale, Zhora était suivie en CAMSP. Elle avait des séances de kinésithérapie trois fois par semaine. Un suivi ophtalmologique a corrigé son astigmatisme bilatéral.

A 2 ans et 9 mois elle se déplace à quatre pattes et se met debout avec appui. A ce moment là, la fillette appréhende les manipulations que le médecin réalise au niveau de ses membres inférieurs. La préhension est correcte, les encastremements des formes sont réalisés avec de l'aide. La socialisation et le comportement sont adaptés. Son langage est difficilement compréhensible.

En novembre 2005 et mars 2006, des injections de toxine botulique suivies du port de plâtres sont réalisées au niveau des jambiers postérieurs. Actuellement elle se déplace à la maison sans cannes, elle s'appuie sur les meubles si elle perd l'équilibre ou si elle fatigue. A l'école elle utilise des cannes étoilées qu'elle prête parfois à ses camarades. Pour les grands trajets elle est assise dans une poussette. Un essai de fauteuil a été proposé en mars 2007. Elle est scolarisée en grande section de maternelle.

### **3.3. Bilans généraux**

#### **3.3.1. Orthophoniste (juin 2005, 3 ans 10 mois)**

Zhora présente un retard de langage, des troubles de l'élocution et des difficultés de compréhension. La prise en charge orthophonique se fait hebdomadairement, avec pour but l'amélioration de la compréhension verbale.

### ***3.3.2. Educateur spécialisé (septembre 2005, 4 ans 1 mois)***

Zhora fait preuve de beaucoup de volonté. Il lui est difficile de respecter les règles et va jusqu'au caprice. Cependant, elle prend de plus en plus confiance en elle et ces caprices se font plus rares. Elle exprime ses choix et ses désirs. Le travail est centré autour de la concentration, de l'écoute et du respect des règles. La rencontre se fait une fois par semaine.

### ***3.3.3. Ecole (octobre 2005, 4 ans 2 mois)***

Zhora monte un retard au niveau du graphisme. Elle a moins d'appréhension dans ses déplacements et accepte de prendre des risques. Elle voudrait être comme les autres.

### ***3.3.4. Kinésithérapeute (octobre 2006, 5 ans 2 mois)***

Zhora est volontaire, elle a fait de gros progrès au niveau moteur. L'injection de toxines botuliques en octobre 2005 a permis une descente du talon droit et une disparition du steppage à gauche. Les objectifs avec la fillette sont l'acquisition d'une amplitude correcte pour les membres inférieurs et l'amélioration de la marche par des exercices de redressement et d'équilibre.

## ***3.4. Bilan psychomoteur (janvier 2007, 5 ans 5 mois)***

Zhora a toujours le sourire. Elle entre facilement en relation. Elle s'est montrée participante tout au long du bilan. Elle parvient à montrer par ses mimiques que certaines épreuves ne lui plaisent pas et cherche à changer d'activité ou à modifier l'exercice. Avec des sollicitations elle les réalise quand même.

Les coordinations sont correctes pour son âge. Elle est autonome dans ses déplacements. Zhora n'utilise que peu ses cannes étoilées qui lui servent davantage à la rassurer que pour un réel appui.

L'équilibre statique sur deux pieds, les yeux ouverts et fermés, est possible mais il lui est difficile de rester sur place sans bouger, cela lui demande de l'énergie. Dans les coordinations larges relatives aux bras, elle réduit la consigne et simplifie le mouvement. Les unilatérales sont plus difficiles, ce qui est normal pour son âge. Les coordinations oculomanuelles sont bonnes.

Dans l'épreuve de Mazo-Soubiran, l'adaptation au temps par les frappés dans les mains et par la marche est correcte. Elle parvient à maintenir le même rythme sans être guidée par le métronome. Le symbolisme du Mira Stambach est compris.

Au niveau spatial, les notions de base évaluées par l'image de Rey sont connues et maîtrisées. Zhora a une bonne adaptation de son corps à l'espace. Elle connaît sa droite et sa gauche, le croisement d'axe du Piaget-Head est présent. Les reproductions de gestes de Bergès-Lézine sont faites en miroir, ce qui est normal à 5 ans et 5 mois. Les praxies révélées par cette épreuve sont excellentes, elle réalise des gestes complexes pour son âge.

Pour le graphisme, les obliques de l'épreuve grapho-perceptive de Santucci ne sont pas toujours représentées, le niveau correspond au quartile inférieur des 5 ans. La prise de l'outil scripteur est bonne, la pression faible. La fillette investit l'ensemble de la feuille.

Au niveau de la latéralité, elle utilise préférentiellement la main, l'œil et le pied gauches.

Pour le schéma corporel, la somatognosie de Bergès est bonne sur démonstration. Spontanément elle ne nomme que la tête, les bras et les jambes. Le corps représenté par le dessin du bonhomme est pauvre pour son âge. L'épreuve du sens musculaire révèle qu'elle ressent bien les

positions de ses membres dans l'espace, même dans les obliques, mais il lui est difficile de tendre les bras et de se redresser. Ceci est en relation directe avec sa spasticité.

Le tonus postural en position assise est faible. Elle éprouve des difficultés à tenir correctement sur son banc à cause de ses rétractions musculaires au niveau du bassin et de son hypotonie axiale. Les membres inférieurs sont hypertoniques, les doigts ont une tendance à l'hypotonie.

#### *Conclusions du bilan :*

Zhora est une petite fille souriante et très participante. Elle cherche à se conformer au mieux à nos exigences. Elle arrive à montrer par ses actes qu'elle sature lorsque les épreuves du bilan sont trop nombreuses. Mais elle ne nous le dit verbalement que lorsque nous le lui demandons.

Son attention est labile. Il est nécessaire pour elle de passer par la démonstration car les consignes orales ne sont pas toujours comprises. Son niveau moteur est correct aux vues des difficultés liées à sa diploégie spastique. Le tonus postural est cependant faible. Cette hypotonie se retrouve dans la tenue du crayon et donc dans la pression sur la feuille.

Concernant l'espace, seules les obliques posent quelques difficultés au niveau graphique. Le temps, les coordinations et les praxies sont efficaces. Le schéma corporel est difficilement représenté mais Zhora perçoit bien son corps dans l'espace.

### **3.5. Projet thérapeutique**

#### *3.5.1. Les objectifs*

Compte tenu de ses capacités motrices, de ses difficultés au niveau du tonus postural et de l'équilibre dynamique, nous allons centrer la prise en charge psychomotrice sur le redressement conscient de l'axe. Parallèlement, et en vue de l'intégration en CP, nous allons chercher à favoriser le

renforcement du tonus digital dans la prise de l'appareil scripteur afin de faciliter l'apprentissage de l'écriture. Nous travaillerons également sur les signes préscripturaux.

Dans l'ensemble, nous aiderons Zhora à canaliser son attention et sa concentration sur la tâche à effectuer pour qu'elle se disperse le moins possible. Cela rendra également plus facile son intégration dans sa future classe.

### *3.5.2. Les médiateurs*

La Gymnastique Rythmique et Sportive, par ses répercussions sur le tonus postural et l'équilibre, est un médiateur approprié pour la fillette. Le ruban est un engin qui nécessite un certain tonus dans le membre supérieur et dans la posture pour obtenir une forme régulière et reconnaissable.

De plus, la prise de cet engin ressemble à celle du crayon. Il faut de la force, du tonus pour pouvoir diriger le ruban convenablement. Son utilisation avec Zhora favorisera donc le renforcement tonique de ses doigts. Nous ferons un parallèle entre la GRS et le graphisme en passant par le tableau puis la feuille.

La fillette montre qu'elle aime bouger et qu'elle veut faire comme ses camarades. Or ces dernières dansent dans la cour, elles bougent leurs bras et leurs jambes. Zhora, à cause de ses limites sur le plan de la locomotion n'a pas les mains libres et ne peut pas mouvoir ses jambes à son aise.

La GRS va lui permettre de se mouvoir sans la contrainte des cannes. Le ruban prolonge le membre, il va l'aider à faire des mouvements amples mobilisant l'ensemble du corps, dans les positions debout ou assise. Dans cette dernière elle accèdera à un degré de liberté pour mouvoir ses jambes.

La répétition d'une chorégraphie apprise de semaine en semaine sollicitera la concentration de Zhora. En la faisant participer activement à la création de cet enchaînement, nous lui permettrons d'investir la séance, mais nous lui rappellerons le cadre afin que son attention ne se disperse pas.

### *3.5.3. Les modalités de prise en charge*

La prise en charge se fait hebdomadairement, durant 45 minutes, après son repas, alors que ses camarades sont en récréation. Nous nous rendons dans sa classe où nous avons à notre disposition des tables à hauteur d'enfant, des chaises et des bancs. La psychomotricienne apporte son propre matériel.

## **3.6. Prise en charge psychomotrice**

### *3.6.1. Déroulement des séances*

Au niveau corporel, nous avons construit progressivement un enchaînement sur une musique de dessin animé. Le début du mouvement est constitué par du « main libre ». Puis nous avons introduit le ruban. La majorité de la chorégraphie se fait assise à cause de sa fatigabilité et afin de mobiliser le redressement. Mais à certains moments nous nous levons afin de travailler le redressement et l'équilibre dynamique.

Dans un premier temps, je lui montrais un enchaînement sans la musique qui faisait appel au redressement postural et à l'extension des membres supérieurs. Puis nous le faisons sur la musique. Nous le travaillions les deux, petit à petit. Dans un second temps, après quatre séances, je lui ai proposé de construire elle-même un morceau du mouvement. Nous l'avons adapté conjointement à la musique.

Nous avons manipulé durant plusieurs séances le ruban. Nous avons cherché à découvrir l'ensemble des possibilités de manipulation, d'investissement de l'espace environnant et de l'espace proche. Je lui ai expliqué comment tenir la baguette : le but était de mouvoir le ruban par le poignet

en maintenant son axe corporel le plus droit possible. Pour le ruban, Zhora a montré beaucoup de plaisir à découvrir les possibilités qui s'offraient à elle, elle avait toujours le sourire.

### *3.6.2. Séance type*

La séance se décompose en deux temps : un travail corporel fait par la GRS puis un travail à table où Zhora exerce son graphisme ou son tonus digital.

Nous débutons la séance par la GRS. Elle est assise sur un banc et je me place en face d'elle sur une chaise. Dans un premier temps, nous reprenons l'ensemble du mouvement appris les semaines précédentes sans musique. Nous le redécomposons en détaillant les placements du corps et les manipulations des engins. Puis nous le faisons toute les deux en musique. Enfin, elle le fait seule, en musique, en sachant que je reste présente si elle a un trou de mémoire ou si elle doute. Elle demande elle-même si elle peut le faire seule. Puis je lui apporte les remarques concernant les réussites et les difficultés qu'elle a rencontrées. Nous reprenons de nouveau le mouvement ensemble et en musique, en corrigeant au fur et à mesure. Par exemple, je lui rappelle qu'elle doit se redresser au maximum lorsque nous avons les bras tendus au dessus de la tête.

Dans un second temps nous nous installons debout au tableau. Nous faisons un parallèle entre le ruban et le graphisme en reproduisant au tableau blanc les mouvements que nous venons d'exécuter avec le ruban.

Par exemple, si nous avons fait des grands et des petits serpentins avec le ruban, elle doit les dessiner. On obtiendra des grandes vagues qui vont de la partie supérieure du tableau à la partie inférieure. Les petites vagues seront représentées avec moins de hauteur. Pour les spirales, on obtiendra des boucles de différentes tailles qui respectent le sens de rotation des lettres comme le « l », le « e » ou le « o ».

### 3.7. Fin de la prise en charge psychomotrice

Au début de l'année, Zhora et la psychomotricienne utilisaient des jeux qui sollicitaient le tonus digital et les obliques dans l'espace proche. Depuis décembre, nous avons instauré une prise en charge par la GRS. La fillette a très bien investi le « main libre » et le ruban. L'association avec le tableau lui a permis d'investir le graphisme différemment.

L'espace environnant est mieux exploré. L'équilibre dynamique et la marche sont meilleurs. Elle fait des mouvements plus amples et elle redresse plus spontanément sa posture en l'associant au geste, par exemple lorsqu'elle place ses bras à la verticale.

La tenue du crayon est un peu plus tonique qu'au début de l'année.

#### Conclusion de la partie clinique :

Ces prises en charge en groupe et en individuel m'ont conduite à me poser plusieurs questions : quelles en sont les qualités et les défauts ? Quelles adaptations aurais-je pu mettre en place ? Quel projet thérapeutique établirais-je si j'étais amenée à poursuivre ces prises en charges hebdomadairement ? Quels sont les intérêts des séances en groupe et en individuel ? Comment les filles du groupe et Zhora ont-elles fonctionné pour s'approprier les gestes et les chorégraphies ? Quels parallèles peut-on faire entre la GRS et la psychomotricité ?

Je vais tenter de vous exposer ma réflexion sur tous ces questionnements dans la partie suivante.

---

# DISCUSSION

---

# 1. CRITIQUES DES PRISE EN CHARGE

## 1.1. La prise en charge groupale

### 1.1.1. *Les qualités*

Au niveau technique, nous avons à notre disposition une grande salle qui nous a permis de matérialiser deux espaces bien distincts : l'espace d'échauffement et l'espace de manipulation. De plus, nous avons suffisamment de ballons et de cerceaux pour que chacune en ait un.

Concernant la formation du groupe, les filles se connaissaient déjà car elles se retrouvent à chaque vacances pour faire des activités, ou bien elles partent en séjour ensemble avec les psychomotriciennes et les autres professionnels. Marie, Maëlle et Léa vont au théâtre une fois par mois. La dynamique de groupe a donc été rapidement mise en place.

J'étais la seule personne qu'elles ne connaissaient pas. Lors de la première rencontre, c'est pour cette raison que j'ai pris le temps de faire connaissance avec chacune d'elles par l'intermédiaire des engins. Il paraissait important qu'elles puissent apprendre à me connaître à leur rythme. C'est ainsi qu'elles ont pu avoir confiance en moi. Elles se sont rendu compte que je respectais le tempo et l'espace propre de chacune et que j'étais à l'écoute, prête à leur apporter mon aide en cas de besoin.

Lors des autres séances, il n'a pas été nécessaire de recommencer cette attention. Elles m'avaient déjà vue une fois, elles avaient apprécié, j'étais donc adoptée.

Dans ce groupe, toutes les filles présentaient un handicap moteur sans trouble cognitif associé. Pour D. MARCELLI (2002, p. 23), « l'important c'est qu'il y ait à la fois un minimum d'homogénéité, de différences entre les membres du groupe et un juste équilibre ». Dans le groupe GRS, nous avons deux

filles présentant une hémiplégié à droite (Maëlle et Léa) et deux filles atteintes de diplégie spastique (Marie et Katia). Nous avons donc une hétérogénéité relativement homogène.

Cela a été intéressant quand l'une d'entre elles présentait une difficulté dans la réalisation de la manipulation de l'engin. La jeune fille qui avait la même problématique pouvait lui donner des pistes pour trouver une solution à son problème. Par exemple, Marie a aidé Katia quand nous manipulions le cerceau et que nous cherchions à le faire rouler le plus droit possible. Elle lui a montré comment placer son cerceau et ses mains afin que l'engin suive une trajectoire rectiligne. Elle lui a dit qu'il était nécessaire de mettre suffisamment de force pour qu'il roule loin.

Ainsi, les psychomotriciennes et moi-même restions un peu en retrait. Les filles étaient ainsi valorisées narcissiquement : celle qui avait les difficultés parvenait à son but, et celle qui avait donné son aide se trouvait gratifiée de pouvoir soutenir sa camarade.

Le groupe était formé de quatre jeunes filles. Ce petit nombre m'a permis d'être attentive à chacune d'elles. J'avais le temps de leur expliquer individuellement des manipulations, de trouver avec elles de nouvelles idées, de comprendre pourquoi certaines fois elles ne parvenaient pas à réaliser la même chose que les autres, de trouver l'adaptation de la manipulation ...

Les psychomotriciennes étaient à mes côtés pour assurer le cadre et prendre le relais si plusieurs participantes avaient des difficultés en même temps et qu'elles ne parvenaient pas à s'entraider. Les psychomotriciennes participaient au même titre que les filles et donnaient elles aussi des idées dans la manipulation des engins, dans l'investissement des parcours. Il est même arrivé aux adultes de solliciter le soutien et les explications des jeunes filles.

Seule Katia avait déjà pratiqué un peu de GRS à l'école. Mais les exercices n'étaient vraisemblablement pas les mêmes que ceux que nous avons réalisés. Les objectifs scolaires sont

différents de ceux que j'avais établis pour la psychomotricité. Les professeurs visent la maîtrise du corps et une relation à l'environnement adaptée, en lien avec un projet pédagogique et le programme de l'Education Nationale (J. CHEVRIER). En effet, selon B. DÜRING (1999, p. 78) l'éducation physique enseignée à l'école vise le développement intellectuel par l'intermédiaire de la mécanique du corps. Cette discipline scolaire ne tient pas compte de la dimension humaine de la personne.

La psychomotricité pose un regard global sur l'individu, contrairement à l'EPS qui porte de l'attention à ses affects. Elle considère tout autant les capacités motrices du sujet que sa réflexion intellectuelle ou que ses émotions.

### *1.1.2. Les défauts*

Un des principaux défauts de cette prise en charge était sa ponctualité. Le groupe GRS ayant eu lieu uniquement une fois par vacances, il a été difficile d'établir un projet thérapeutique. De plus, je n'avais pas l'occasion de voir les filles en séances de psychomotricité durant la période de travail scolaire. Soit parce qu'elle n'en avait pas (c'est le cas de Katia et Marie) soit parce que les prises en charges avaient lieu un autre jour que celui où j'étais présente au service (cela concerne Maëlle et Léa). Ainsi, j'ai basé le projet sur les bilans réalisés par les autres professionnels, sur ce que les deux psychomotriciennes m'avaient raconté de leurs prises en charges respectives et sur mes propres observations. La première séance a donc été l'occasion pour moi de me rendre compte des potentialités et des difficultés de chacune. A partir de mes observations, tant sur le plan moteur que sur le plan relationnel et affectif, j'ai tenté d'adapter au mieux les séances suivantes.

Un autre défaut à cette prise en charge a été la diversité des problématiques psychomotrices des jeunes filles. En effet, Marie est une petite fille qui a un équilibre unipodal précaire et qui a tendance à être introvertie. Katia présente des difficultés visuo-constructives, des troubles de la

mêmes conditions Mais il doit en parallèle s'adapter à chacune des participantes sans pour autant être modifié. Par exemple, il est nécessaire pour Katia et Léa d'avoir un cadre contenant et fiable pour pouvoir avancer dans leur découverte de la GRS.

Pour les grands enfants et pour les adolescents, le groupe est très souvent le premier temps d'une approche thérapeutique (D. MARCELLI, 2002, p. 24). Au moment de l'adolescence et de la préadolescence, comme pour Katia, Maëlle et Léa, les identifications à l'adulte et à ses pairs est un élément primordial de l'individuation. Le groupe, constitué de jeunes filles qui se connaissent, est un cadre sécurisant et protecteur. C'est un des « leviers thérapeutiques dans la prise en charge des adolescents » (C. POTEI BARANES, 2002, p. 154).

Je partage l'idée de D. MARCELLI (2002, p. 23) selon lequel « dans ces groupes [thérapeutiques], amener des jeux qui surprennent ou étonnent les enfants, en leur permettant de faire une réalisation (...) paraît essentiel. ». C'est ce qui s'est produit lors de la première séance au moment de la découverte du parcours d'échauffement. Katia ne voulait pas faire d'échauffement « comme à l'école ». Mais lorsque je lui ai dit que nous allions le faire sous forme de parcours, toutes ont poussé un « ouais !!! » de plaisir. La surprise et l'enthousiasme se retrouvait à chaque fois que quelqu'un proposait une idée de manipulation des engins ou d'échange en groupe.

### 1.1.3.2. *Fonctionnement de groupe et fonctionnement en groupe*

- Dans un mode de *fonctionnement en groupe*, les individus n'ont pas obligatoirement d'interaction entre eux. Il y a un objectif en commun mais qui n'est pas réalisé collectivement.

Dans le groupe GRS, ce système se retrouvait les premiers temps des séances dans les explorations individuelles des engins. Les filles étaient présentes au même endroit, au même moment, pour une raison similaire et dans un objectif commun, mais elles étaient, pour le moment, chacune de

leur côté. Elles restaient dans leurs « kinesphères » respectives. Ce terme vient du grec *kinesis* qui signifie mouvement. Il a été décrit par R. LABAN comme étant l'espace immédiatement accessible sans déplacement et qui est atteint par les extrémités des membres du corps (B. LESAGE, 2006, p. 82-83).

Souvent, les groupes débutent par un mode de groupe puis passe à un mode en groupe. Pour le notre, durant la première phase des premières séances, nous employions un mode de groupe. Mais dans le reste des séances, nous passons à un mode en groupe.

- *Le fonctionnement de groupe* correspond à un travail relationnel entre les personnes. « Si l'on veut parler au groupe, c'est justement pour ne pas entendre chacun des individus mais pour entendre la dynamique de groupe. » (D. MARCELLI, 2002, p. 25).

Dans le groupe GRS on retrouvait ce fonctionnement lorsque les filles interagissaient les unes avec les autres, comme lorsque nous cherchions ensemble les manipulations possibles des cerceaux et des ballons, ou les échanges possibles. Nous faisons toutes sensiblement la même chose, en même temps et ensemble. Par exemple, lors d'un lancer où chacune possédait un engin, si l'une des participantes lançait le cerceau ou le ballon trop tôt, la personne qui devait le recevoir ne pouvait pas le faire correctement. Elle ne pouvait pas non plus envoyer le sien convenablement à une autre fille. Et ainsi de suite. La réaction en chaîne entraîne des répercussions de l'une des participantes sur toutes ses camarades.

Inversement, il est arrivé que l'une des filles ne parvienne pas à faire seule un exercice. Le travail en groupe lui a permis de le réaliser grâce à l'émulation des autres participantes. Je pense à Maëlle qui n'arrivait pas à faire rebondir de ballon au « top ». Nous nous sommes placées en cercle et l'avons fait toutes ensemble. La dynamique du groupe l'a aidée à faire le rebond au bon moment.

« Le groupe [est] traité comme un patient en tant que tel » (Ibidem). W.R. BION en 1965 décrivait le groupe comme une entité qui fonctionne avec ses propres règles, « indépendamment des personnalités individuelles » (J-B. CHAPELIER, 2002, p. 37).

### 1.1.3.3. *Le rôle du psychomotricien dans le groupe*

D'après D. MARCELLI (2002, p. 22), « il est du rôle du psychomotricien d'insuffler une énergie, quand un jeu aboutit à une certaine lassitude ». B. LESAGE (2006, p. 111) appuie cette idée en spécifiant qu'il doit porter le groupe, limiter l'afflux d'information, proposer des activités adaptées ...

Le psychomotricien assure donc les fonctions de *holding* et de *handling* chères à D.W. WINNICOTT (Ibidem). Dans le groupe GRS, le holding s'est fait par le portage psychique, l'accompagnement verbal, l'encouragement. Le handling s'est retrouvé dans l'aide physique apportée, lorsqu'une des participantes se faisait aider à comprendre et ressentir le mouvement par le guidage physique en corps à corps.

Comme nous l'avons vu précédemment, le psychomotricien est le garant du cadre physiquement par sa présence et psychiquement par l'attention qu'il porte à chacun des membres du groupe et au groupe en tant qu'entité (Ibidem).

Lors du premier groupe GRS, j'étais la personne référente de la médiation, de la technique et du déroulement de la séance. Les psychomotriciennes ont assuré le cadre psychique. Quant au cadre physique, nous l'assumions à trois.

Au début il m'était difficile de garantir le cadre moral, je ne connaissais pas suffisamment des filles du groupe, je ne savais pas quelles seraient leurs réactions ni quelle attitude adopter avec elles. De leur côté, elles préféraient se diriger vers une personne à qui elles avaient déjà accordé toute leur

confiance, donc vers les psychomotriciennes. Au fur et à mesure des séances, celles-ci n'ont plus eu besoin d'assurer entièrement cette fonction car je gagnais de plus en plus leur confiance.

#### *1.1.3.4. Le groupe et le corps*

R. KAËS (1999, p. 51) fait une analogie avec le corps en affirmant que les individus du groupes sont solidaires entre eux tout comme les membres sont liés au corps. Dans le groupe GRS, cette solidarité s'est manifestée par l'entraide que les filles adoptaient spontanément ou par leurs encouragements dans le parcours, lorsque l'une d'entre nous était sous le regard des autres.

P. VAN DAMME, lui, affirme que le corps est un espace interne et le groupe un espace externe où l'on peut s'expérimenter en tant qu'individu (1994, p. 66) car, comme le dit P. SIVARON (1987), « la dynamique de groupe incite le corps à se mettre en langage » (Op. Cit., p. 67).

En effet, le corps est propre à chacun. Personne ne peut entrer dans le corps de l'autre. Il est purement interne, individuel. On identifie son corps par les sensations corporelles et les émotions que nous ressentons. Tandis que le groupe n'est pas propre à l'individu. Il est partagé avec d'autres personnes. C'est pourquoi il est externe à l'individu. On ne peut percevoir corporellement le groupe comme on perçoit son corps. C'est un espace commun où se jouent des interactions dans lesquelles le sujet se différencie ou s'identifie aux autres.

#### *1.1.4. Notions sur la prise en charge psychomotrice*

Avant de débiter une prise en charge, le psychomotricien réalise un bilan psychomoteur ou des observations en jeu spontané ou semi-dirigé qui lui permettent de prendre en compte le sujet dans sa globalité psychique, cognitive et neuro-motrice.

En fonction de ses conclusions, il définit les objectifs de la prise en charge, comme par exemple le réinvestissement du corps par le plaisir, l'orientation spatiale ... Il en établit les modalités : le lieu, la durée (par exemple 45 minutes) la fréquence (une ou plusieurs fois par semaine) et si les séances se feront en individuel ou en groupe. Il peut proposer une médiation particulière : l'escalade, le chant, la balnéothérapie, la GRS ...

En ce qui concerne Marie et Katia, aucuns bilans psychomoteurs n'ont été réalisés. J'ai donc du m'appuyer sur les bilans des autres professionnels, sur les observations que les psychomotriciennes avaient pu faire lors des sorties organisées par le service et sur mes propres observations.

De plus, pour ce groupe, les séances ayant eu lieu ponctuellement, on ne peut pas parler d'une réelle prise en charge psychomotrice. J'avais quand même établi des objectifs afin que les filles prennent conscience qu'elles n'étaient pas avec nous pour occuper le temps libre mais pour faire de la psychomotricité. Nous organisons le groupe afin de permettre une continuité avec le service et les professionnels durant les vacances scolaires.

#### *1.1.5. Modifications à apporter pour le groupe GRS actuel*

Si nous gardions ces séances ponctuelles sur du long terme, j'y apporterais quelques réajustements. Dans un premier temps, après avoir fait un bilan à Marie et Katia, j'établirais des objectifs individuels pour chacune des quatre filles.

Par exemple, avec Léa je travaillerais préférentiellement sur son aisance corporelle, sa confiance en elle et la qualité relationnelle au sein du groupe. Avec Maëlle j'axerais la prise en charge sur son aisance corporelle, la préhension des engins dans leur manipulation et la consolidation des repères spatio-temporels.

Malgré cela, je conserverais certains objectifs de groupe. En particulier le travail d'enrichissement narcissique de leur image du corps. En effet, comme le spécifie M. BERNARD (1995, p. 17), les filles vivent quotidiennement leur corps comme étant gênant. Le groupe, ainsi que la médiation choisie, leur permettent de considérer leur corps comme étant source de plaisir. Elles peuvent ainsi se le réapproprier d'une manière différente.

L'imagination et la prise d'initiative nécessaires dans les manipulations et les chorégraphies seraient également des axes de travail. La dynamique de groupe permettrait de favoriser les échanges d'engins, les échanges verbaux, l'imitation et l'émulation.

Il serait intéressant d'insister sur la relation entre les filles. Par exemple, dans les transmissions des engins, elles pourraient faire intervenir le corps à corps. Cela ferait survenir, surtout lors du premier contact, un « dialogue tonique ». Selon J. DE AJURIAGUERRA, le tonus est la première forme de communication employée par le bébé (M. BERNARD, 1995, p. 38). Or, en GRS, l'un des buts d'une chorégraphie est le transfert d'émotions. Comme le spécifie C. LE CAMUS (1982, p. 39) en citant E. BJORKSTEN, les mouvements sont exécutés avec une expression propre à chacun.

#### ***1.1.6. Proposition pour une prise en charge sur du long terme***

Un groupe hebdomadaire au dépend des prises en charges individuelles en psychomotricité avec ces quatre jeunes filles permettrait de prendre plus de temps pour approfondir les manipulations de chaque engin et ainsi développer les praxies, surtout avec Maëlle. Pour cela, nous pourrions varier en utilisant le ruban, la corde et les massues.

Il serait intéressant d'avoir une démarche progressive : d'abord le ballon qui fait appel à une prise en pleine main, puis le cerceau qui nécessite une fermeture de la main sur l'engin, ensuite la

corde et les massues qui sollicitent une pince plus fine des doigts avec l'ensemble de la pulpe de la dernière phalange, et enfin le ruban qui est manipulé en prise tridigitale plus au bout des doigts.

Par la suite, la prise en charge viserait à stimuler la prise d'initiative, l'imagination et la dynamique de groupe. Pour cela, nous pourrions construire un ou plusieurs enchaînements avec un ou plusieurs engins.

La prise en charge s'effectuerait en deux temps :

- tout d'abord individuellement pour leur permettre de prendre confiance en elles-mêmes et pour qu'elles prennent conscience de leurs capacités et de leurs difficultés dans le mouvement et avec l'engin. Le choix d'une musique propre à chacune pourrait leur permettre de s'exprimer en lien avec un tempo et une musicalité qui ressembleraient à leur personnalité. Elles pourraient ainsi laisser leurs émotions et leur créativité s'exprimer plus facilement

- ensuite une chorégraphie en duo introduirait petit à petit la prise en compte de l'autre dans les échanges, les déplacements ... Enfin, un enchaînement à quatre affinerait encore cet aspect de la conscience d'autrui. En effet, pour que l'enchaînement soit le mieux réussi possible, chacune doit adapter ses propres gestes à ses coéquipières. C'est à ce prix que les jeunes filles pourront être gratifiées par leur réussite et avoir confiance entre elles et en elle-même.

Plusieurs finalités peuvent être soumises pour entretenir l'intérêt pour la médiation. Nous pouvons organiser un spectacle de fin d'année pour qu'elles se produisent devant leurs proches. Ou bien nous pouvons leur proposer de filmer leurs enchaînements.

Ces deux projets ont pour objectif de les gratifier à leurs propres yeux, surtout par l'intermédiaire du film, et aux yeux de leurs parents.

## 1.2. La prise en charge individuelle

### 1.2.1. *Les qualités*

Zhora nous a montré que le ruban était un médiateur qui lui plaisait. Elle le manifestait par ses grands sourires, son visage radieux lors de la manipulation de celui-ci. Elle nous a affirmé aimer faire de la GRS quand nous lui posions la question.

Le travail a été amené progressivement (voir 3.5. Les processus d'acquisition) comme il est nécessaire qu'il soit fait en GRS. Tout d'abord nous sommes entrées toutes les deux en relation par l'intermédiaire des séances proposées par la psychomotricienne. J'ai ainsi pu me rendre compte de ses capacités et de ses difficultés sur le plan moteur, dans la motricité fine, dans le domaine de la graphomotricité. J'ai également remarqué le plaisir qu'elle prenait dans les déplacements, dans les exercices qui font appel à une dynamique corporelle comme les percussions sur soi ou les chansons mimées. C'est ainsi que j'ai été amenée à proposer une prise en charge par la GRS.

Nous avons débuté les séances avant d'avoir fait le bilan d'évolution. Nous avons été progressives : d'abord le « main libre », puis la découverte du ruban pour finir par le coupler à un travail sur le tableau.

Comme le note C. LE CAMUS (1982, p. 24), le bras et la main sont privilégiés en GRS, tout comme dans l'activité graphique. Le mouvement du ruban peut être une rotation, une translation ou une combinaison des deux, tout comme dans la graphomotricité (Op. Cit., p. 30).

La GRS est un médiateur qui convient à Zhora car il passe beaucoup par l'imitation (voir 2.1. L'imitation). Pour elle qui comprend difficilement les consignes verbales, la GRS lui permet d'investir la séance sans être constamment mise en face de ses difficultés d'ordre verbal. Néanmoins, je lui

donnais les consignes orales avant de lui faire la démonstration du geste à réaliser dans la chorégraphie ou au tableau pour poursuivre en parallèle le travail réalisé avec l'orthophoniste.

Le fait d'être dans la salle de classe et non pas dans un gymnase nous a permis d'avoir à notre disposition un tableau. Ainsi nous pouvions faire le lien entre les exercices au ruban et le graphisme. Le tableau est un bon intermédiaire entre le mouvement dans l'espace environnant et l'espace de la feuille. Il est suffisamment grand pour nécessiter un déplacement entre l'extrémité droite et l'extrémité gauche. De plus, il était assez haut pour demander à Zhora de faire des mouvements de grande amplitude avec son bras, comme avec le ruban. Cela a donc sollicité la tenue de l'outil scripteur, le tonus postural de l'enfant et son équilibre dynamique.

### *1.2.2. Les défauts*

Mais, du fait d'être dans cette salle de classe, nous n'avions pas de grands espaces vides. Nous devions à chaque début de séance aménager un espace en superficie et en hauteur convenable pour la manipulation du ruban. Il en était de même lorsque nous voulions avoir accès au tableau : des chaises et des tables étaient placées devant celui-ci. Nous n'avions qu'environ un mètre entre ces tables et le tableau accroché au mur. Il nous était donc difficile de nous installer face au tableau toutes les trois. Soit la psychomotricienne soit moi-même restions sur le côté. L'autre se tenait auprès de Zhora pour lui donner les consignes et les lui montrer si nécessaire. Elle lui apportait également un soutien physique en cas de fatigue car ces exercices graphiques se faisaient debout.

La prise en charge se faisant juste avant la reprise de la classe, nous étions souvent interrompues par les camarades de Zhora qui rentraient dans la salle. Dès que l'un d'eux faisait irruption, Zhora avait des difficultés à se concentrer. Le cadre était ébranlé, cela troublait son

attention. Les séances duraient donc rarement 45 minutes, mais plutôt 35 ou 40 minutes. Nous n'avions souvent pas le temps de terminer correctement l'exercice au tableau.

Pour les manipulations du ruban, il m'était plus compliqué de lui donner les instructions verbales que pour le « main libre » ou les exercices au tableau. En effet, je devais employer un vocabulaire spécifique à la GRS (circumbductions, spirales, serpentins ...). Comme Zhora n'a pas un imaginaire très développé, la mise en métaphores des gestes ne l'aidait pas beaucoup. Par exemple, pour caricaturer les spirales (petits ronds successifs), je lui ai donné l'image d'une cuillère dans la marmite que l'on devait remuer sans arrêt. Mais cela ne l'a pas aidé car elle ne savait pas ce qu'était une marmite. Elle posait des questions sur l'image donnée et déviait de la GRS à cause de son manque d'attention. Son retard de langage et son manque de vocabulaire empêchait l'accès à ce soutien représentatif.

Le bilan psychomoteur d'évolution ayant eu lieu au mois de janvier, nous n'avons débuté le ruban que début février car auparavant je ne savais pas quel engin utiliser avec la jeune fille : soit le ballon pour l'inciter à faire des mouvements globaux, soit le ruban pour la sollicitation des doigts et des membres supérieurs. Après avoir discuté avec la maîtresse et aux vues du bilan, nous avons décidé avec la psychomotricienne d'axer la prise en charge sur le graphisme dans l'optique de l'entrée au CP.

En plus du bilan tardif, ajoutons les deux semaines de vacances du mois de février ainsi que les vacances de Pâques. Il n'y a donc pas eu beaucoup de séances avec le ruban.

Au début de chaque séance, avant de manipuler l'engin, nous refaisions le « main libre » plusieurs fois. Le temps avec le ruban au cours de ces séances était alors limité. De ce fait, nous avons commencé le travail au tableau mais nous n'avions pas encore pu faire l'analogie entre le travail initié en GRS et l'activité graphique sur feuille avant le mois de mai.

### *1.2.3. Les modifications à apporter*

Il aurait été intéressant de faire le bilan d'évolution au début de l'année. Ainsi, la prise en charge en GRS aurait été constante : nous aurions enchaîné le ruban au « main libre », sans qu'il y ait l'interruption du bilan entre les deux. Nous aurions également pu avoir plus de séances avec l'engin et ainsi pouvoir faire le parallèle entre la GRS et le graphisme plus vite.

Pour varier les prises en charge, il serait possible de remplacer le support du tableau par la peinture sur des grandes feuilles, le tableau à craies, les feutres ...

### *1.2.4. Le projet à long terme*

D'ici le mois de juin, les séances seront composées de la même manière. Mais nous passerons moins de temps sur le « main libre », autant de temps qu'actuellement avec le ruban, et plus sur le tableau puis la feuille. Dans une même séance, nous utiliserons le « main libre », le ruban, le tableau et la feuille afin d'être progressives dans notre démarche.

A la rentrée scolaire 2007, il serait intéressant de continuer la prise en charge et de poursuivre les objectifs établis, car malgré son entrée au CP, Zhora présentera un retard au niveau graphique. D'autres médiateurs pourraient être utilisés, comme des jeux de doigts pour renforcer le tonus musculaire de ceux-ci ou des perforations de feuilles cartonnées à l'aide d'une aiguille à tricoter.

En ce qui concerne le tonus postural et l'équilibre, des séances d'équithérapie pourraient lui être proposées car lors de ses deux sorties poney, Zhora a apprécié le contact avec les animaux et elle est montée sur l'un d'eux.

## 2. GRS : GROUPE OU INDIVIDUEL ?

Au début d'une prise en charge ou au moment du bilan d'évolution, la question du groupe ou de l'individuel se pose. Selon C. POTEI BARANES (2002, p. 152), ces abords sont complémentaires tout en étant différents. Ils ont « chacun leur intérêt et leurs objectifs » (Ibidem).

### 2.1. LES INTERETS DE LA PRISE EN CHARGE EN INDIVIDUEL

La prise en charge en individuel permet d'établir une relation, une histoire duelle (Ibidem). La confiance est un point essentiel à la réussite de cette prise en charge. Si l'enfant, l'adolescent, l'adulte ou la personne âgée n'a pas confiance en son thérapeute, qu'il soit psychomotricien ou d'une autre profession, il ne pourra pas laisser parler son *lâcher-prise* qui, selon B LESAGE (2006, p. 113), est une source de narcissisation. Il n'investira pas les séances dans leur totalité. Pour Y. BERGE (1975, p. 127), dans un climat de confiance, l'erreur n'est pas révélée comme un échec. Ainsi le sujet peut s'orienter vers l'exploration et la découverte de la médiation et de ses ressentis corporels.

Cette situation de dualité permet à certains d'accéder à l'autonomie car ils se sentent en sécurité sous la présence et le regard contenant du thérapeute. Mais le transfert et le contre-transfert sont inévitables dans une relation aussi privilégiée. Le patient tisse un « lien affectif » (J.C. CARRIC, 2001) qui devient un des moteurs de ses progrès.

Pour Zhora, cette situation duelle s'est avérée bénéfique. Les difficultés de la fillette (et ceux de son frère jumeau qui a quelques problèmes de comportement) ont tendance à être déniés par ses parents. Elle n'est pas correctement stimulée dans le cadre familial. De plus, ses parents n'ont toujours pas fait le deuil du triplé qui est décédé à un mois de vie. Elle apprécie donc que nous lui portions de

l'attention, que nous valorisons ses efforts et ses réussites. La prise en charge psychomotrice en GRS lui permet de laisser libre court à ses mouvements, comme ses camarades d'école le font en récréation.

## 2.2. LES INTERETS DE LA PRISE EN CHARGE EN GROUPE

Il peut arriver pour certains de confondre dualité et fusion. Certains chercheront à établir une relation exclusive, symbiotique avec le thérapeute. Pour d'autres la dualité est angoissante, intrusive, comme pour Léa. Dans ces cas, l'indication d'une prise en charge en groupe est préférable.

D'après C. POTEI BARANES (2002, p. 152) les phénomènes transférentiels sont amoindris dans le groupe, contrairement à la prise en charge individuelle. Les possibilités d'identification et les émotions qui en résultent sont proportionnelles au nombre des participants. L'individu est parfois parmi le groupe, fondu dans la masse, parfois au centre du groupe, regardé et magnifié par ses partenaires, parfois exclu de ce même groupe, s'opposant à lui (B. LESAGE, 2006, p. 110). C'est une des qualités du groupe : les individus peuvent choisir d'être inclus, valorisés ou opposés aux autres.

La participation d'une personne à un groupe de psychomotricité dépend de plusieurs facteurs : la médiation proposée, la pathologie des patients, la place que le corps occupe chez chacun d'eux ... (C. POTEI BARANES, 2002, p. 170-171). D. MARCELLI (2002, p. 23) précise que « l'indication de groupe est (...) une stratégie de soin. ».

En ce qui concerne le groupe GRS, les filles avaient toutes fait part aux psychomotriciennes de leur intérêt pour la danse ou les activités faisant appel à la mobilisation du corps sur une base rythmique. Les bilans psychomoteurs et les rencontres lors des activités ont mis en évidence que les filles présentent un manque de confiance en elles et une image d'elles-mêmes fragile. C'est pourquoi le groupe GRS est une bonne indication pour elles quatre, c'est l'objectif de prise en charge commun à toutes. De plus, elles sont toutes atteintes d'un handicap moteur, soit l'hémiplégie, soit la diplégie.

Une des formes d'apprentissage en GRS est l'imitation (voir 3.1. L'imitation). Tout comme les interactions sont multipliées par le nombre des participants au groupe, l'imitation est décuplée. En effet, chacune a des idées propres, des propositions de manipulations, de déplacements ou d'échanges... Le groupe offre un éventail de modèles à imiter. Mais ce n'est pas la seule forme d'apprentissage en GRS.

### 3. L'APPRENTISSAGE EN GRS

#### 3.1. L'imitation

Pour D. MARCELLI (2002, p. 24), « l'imitation est un élément important (...) Dans un groupe s'il y en a un qui est plus performant et que les autres se mettent à l'imiter cela peut être très bénéfique ». Inversement, quelqu'un peut être incompetent dans un domaine et être entraîné par ses camarades.

D'après J. PIAGET, avant de pouvoir imiter, il faut prendre conscience du but à atteindre et des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir (C. LE CAMUS, 1982, p. 71).

La démonstration donne une image visuelle du geste, mais pas une image proprioceptive (Ibidem). Lorsque je montrais aux filles du groupe ou à Zhora une manipulation, elles se la remémoraient visuellement pour pouvoir la reproduire. Cela suppose des capacités de décentration et de recentration. Dans ce cas, l'imitation est dite « *différée* » (Ibidem).

Il est arrivé que nous réalisions les gestes en parallèle : je détaillais la manipulation ou le geste, elles le reproduisaient en même temps. Ici, la démonstration accompagne la répétition et facilite l'identification du mouvement à réaliser (Op. Cit., p. 72). Lorsque les filles étaient à côté de moi, l'imitation se faisait en « *direct* » (Ibidem) car elles n'avaient pas besoin de faire appel à la réversibilité.

Pour Zhora nous n'avons utilisé que cette forme car elle n'avait pas tout à fait acquis cette la réversibilité. Mais l'imitation était tellement fidèle qu'il est arrivé qu'elle utilise sa main droite alors qu'elle est gauchère pour faire exactement comme moi. J'ai dû m'efforcer de me servir de ma main gauche pour qu'elle respecte sa latéralité. Pour les filles du groupe, nous avons utilisé l'imitation « directe » lorsque nous étions en déplacement ou lorsqu'elles devaient respecter le sens de rotation du cerceau (C. LE CAMUS, 1982, p. 72).

Lorsqu'elles étaient positionnées en face de moi, elles devaient faire appel à la réversibilité. Dans ce cas, l'imitation est dite « *croisée* » (Ibidem). Nous l'utilisons principalement lorsque nous cherchions des échanges en face à face, placées en deux lignes ou en cercle (voir annexe).

### 3.2. L'essai-erreur

Il arrive parfois que l'imitation se révèle inefficace. Il est alors possible de procéder par tâtonnements. La personne trouve une solution par elle-même. Cet aspect de l'apprentissage du mouvement est intéressante pour Marie qui ne s'autorise pas l'erreur. En GRS on le rencontre principalement dans les lancers et les roulés.

La succession des essais « affinera (...) le geste moteur » (Op. Cit., p. 64). Cependant, il ne faut pas laisser la personne trop longtemps dans cette situation pour ne pas qu'elle se dévalorise et se démotive. Si les échecs sont trop nombreux, il faut donner des pistes afin que la personne modifie une ou plusieurs composantes de son geste pour arriver à son but.

Lorsque le tâtonnement aboutit à la réussite, la compréhension du geste fait place à l'insight.

### 3.3. L'insight

Ce terme désigne l'intuition ou la compréhension immédiate (Op. Cit., p. 70). Suite à l'essai-erreur, « seuls les éléments significatifs de l'acte moteur seront utilisés, ceux non significatifs ou néfastes seront éliminés » (Ibidem).

L'insight peut suivre l'apprentissage par essai-erreur ou être immédiat. Ce dernier cas suppose que les capacités perceptivo-motrices sont adaptées à la situation (C. LE CAMUS, 1982, p. 70) ou que la personne a eu auparavant une expérience similaire qu'elle a retranscrite.

En GRS, l'insight est par exemple couplé à l'essai-erreur dans les lancers. La personne, lorsqu'elle lance l'engin perçoit la position de son bras. En analysant la trajectoire de l'engin, elle choisit de conserver cette position ou de la modifier. La même opération se répète jusqu'à ce que le lancer soit convenable.

### 3.4. La répétition

Elle permet d'automatiser les gestes, de les sous corticaliser et donc de créer de nouveaux schèmes moteurs et de nouvelles habilités motrices. Cependant, ces gestes restent sous le contrôle conscient de la cognition. En effet, les gestes automatiques, et donc inconscients, peuvent être ramenés à la conscience à tout moment.

Selon C. LE CAMUS (Op. Cit., p. 76), « la répétition améliore la perception spatiale, temporelle et tactilo-kinesthésique et permet en retour une économie du geste ». En effet, grâce à l'insight et la répétition, l'individu accumule toute une panoplie de renseignements sur son environnement.

Dans la GRS, la réitération des manipulations ou des chorégraphies permet d'affiner les composantes spatiale, temporelle et corporelle mises en jeu. Ainsi, la personne pourra choisir les gestes

les plus précis qui éviteront par exemple d'avoir à courir après son engin car elle l'a lancé trop fort ou parce que son bras était positionné trop haut quand elle a lâché l'engin.

### 3.5. Les processus d'acquisition

Toutes ces formes d'apprentissage (imitation, essais-erreurs, insight, répétition) sont mises en jeu en psychomotricité, que le médiateur soit la GRS ou un autre. Elles doivent être adaptées en fonction de ce que l'on demande au sujet, de ses capacités de réversibilité et du but à atteindre.

En GRS, les processus d'acquisitions se font en deux phases : (C. LE CAMUS, 1982, p. 63)

- *l'exploration et l'adaptation* correspondent au choix de la stratégie à adopter pour parvenir au but initialement fixé

- *la fixation et la consolidation* permettent à l'action de s'affiner, de diminuer les syncinésies et de permettre une « aisance gestuelle » (Ibidem).

L'institution progressive de la difficulté des gestes est primordiale : du plus simple au plus complexe. C'est pourquoi, avant d'enchaîner les éléments, il est nécessaire de les aborder un par un et de commencer par les simplifier avant d'arriver à l'action voulue.

Y. BERGE (1975, p. 116-124) précise que l'apprentissage doit se faire petit à petit. D'abord une *phase de découverte de la technique* permet d'enrichir les potentialités corporelles. Puis une *phase d'improvisation* incite chacune à s'exprimer librement. Elle stipule que l'improvisation permet à chacun de « révéler ses possibilités d'épanouissement personnel ou ses problèmes spécifiques, ce qui guidera le travail ultérieur » du psychomotricien (Op. Cit., p. 117). Dans un troisième temps, l'auteur décrit la *phase de création* qui combine la technique à l'expression corporelle.

#### 4. LA GRS, UN MEDiateur PSYCHOMOTEUR

En psychomotricité, le sujet est considéré dans sa globalité : sa neuro-motricité, ses affects et sa cognition sont pris en compte en parallèle. L'unité de la personne est mise en avant.

« Choisir le chemin du sensible corporel pour atteindre l'unité somato-psychique constitue une démarche très caractéristique, sinon spécifique, de la pratique en psychomotricité » (J-P. BADEFORT, 1993, p. 37).

La GRS a la particularité de mobiliser, à première vue, le corps. Cette médiation s'inscrit bien dans la triangulation psychomotrice.

- *le pôle moteur* est aisément identifiable dans les déplacements, l'équilibre statique et dynamique, les manipulations des engins

- *le pôle cognitif* se retrouve dans l'identification des difficultés rencontrées et dans la recherche d'une adaptation qui permet de parvenir au but à atteindre, comme dans l'apprentissage par essais-erreurs. Il se distingue aussi lors de l'imitation, lorsque le sujet doit analyser et reproduire le plus fidèlement possible le geste ou la manipulation. Dans l'insight, la cognition permet de ne tenir compte que des éléments significatifs et de mettre de côté ceux qui parasitent la réalisation

- *le pôle affectif* se retrouve dans l'expressivité investie dans la réalisation des chorégraphies, avec ses partenaires ou face à un public. L'image du corps est dans ce cas particulièrement mise en jeu.

B. DÜRING (1999, p. 82) nous dit que « l'action motrice, le corps qui s'engage, supposent encodage et décodage ». Il sous-entend un cryptage et un décryptage des émotions.

La GRS est un mode d'expression de soi par l'intermédiaire du corps. C'est un véritable « langage du corps » dans l'acte moteur (G. HAAG, citée par D. HOUZEL, p. 34).

---

## CONCLUSION

---

Par cet exposé, j'ai tenté d'apporter des éléments pour démontrer que la Gymnastique Rythmique et Sportive est appropriée à la psychomotricité, tant en individuel qu'en groupe.

Ce vaste médiateur n'est pas mis en place de la même manière avec des gymnastes qui ont pour point de mire la compétition qu'avec des enfants handicapés moteurs. Les exigences doivent être adaptées aux capacités et aux difficultés de ces derniers. Le projet thérapeutique établi devra définir le choix de l'engin et des manipulations qui y sont associées. Pour le handicap moteur, l'axe principal sera l'aspect corporel et le mouvement car c'est là que les individus porteurs de ce type de handicap, sans trouble cognitif associé, rencontrent des difficultés.

Comme nous l'avons vu, la GRS est susceptible de mobiliser l'ensemble des domaines psychomoteurs : l'espace et le temps, le tonus postural et l'équilibre, le schéma corporel et l'image du corps, les coordinations et les dissociations, la latéralité, les praxies et la mémoire.

Certains domaines psychomoteurs sont plus spécifiquement travaillés en individuels en fonction de la problématique du sujet. En groupe, les objectifs sont plus variés. On y retrouvera particulièrement l'affirmation de soi, l'expressivité et la relation aux autres.

Cependant, la GRS n'est pas un médiateur autosuffisant. Elle a la spécificité de mobiliser l'ensemble du corps, mais elle ne fait pas appel directement aux activités de graphomotricité par exemple. Il est nécessaire, voire primordial, de l'associer à d'autres pratiques pour pouvoir considérer le sujet dans la globalité et affiner au mieux la prise en charge psychomotrice.

Il serait intéressant d'élargir les prises en charges à d'autres pathologies afin de se rendre compte des effets de la GRS en psychomotricité. On pourrait par exemple proposer les séances à des personnes psychotiques. En effet, celles-ci éprouvent des difficultés à s'encren dans le réel et à entrer en communication. L'utilisation de l'engin pourrait leur permettre d'établir une relation par l'intermédiaire d'un tiers palpable qu'est l'engin. Le mouvement du corps pourrait entraîner un mouvement psychique car le Moi est avant tout un Moi corporel. Un travail en association avec un psychologue permettrait de mettre des mots sur ce que le sujet serait amené à exprimer à travers son corps.

---

## GLOSSAIRE

---

*Abcès* : collection purulente contenue dans une cavité néoformée (Dictionnaire médical, 2004).

*Atrophie* : diminution du volume et mauvais fonctionnement d'un tissu, d'un organe, d'un organisme (Larousse multimédia, 1996).

*Diplégie* : paralysie bilatérale et symétrique touchant des parties plus ou moins étendues du corps (Dictionnaire médical, 2004).

*Encéphalite* : inflammation sans suppuration de l'encéphale. Elle peut être d'origine virale, bactérienne ou parasitaire (Dictionnaire médical, 2004).

*Epilepsie* : maladie qui se manifeste sous forme de crises correspondant à des décharges encéphaliques généralisées ou localisées et pouvant s'accompagner de perte de conscience ou de convulsions (Larousse multimédia, 1996).

*Extérocepteur* : organismes terminaux sensitifs (récepteurs) de la peau ou des muqueuses qui reçoivent les stimuli d'origine extérieure ; s'oppose à intérocepteur (Dictionnaire médical, 2004).

*Fontanelle* : espace membraneux non encore ossifié du crâne chez les enfants (Dictionnaire médical, 2004).

*Hématose* : artérialisation du sang dans les poumons (Dictionnaire médical, 2004).

*Hémiplégie* : paralysie de la moitié du corps (Dictionnaire médical, 2004).

*Hémodynamique* : étude des différents facteurs régissant la circulation du sang dans l'organisme (Larousse multimédia, 1996).

*Hémosidérose pulmonaire idiopathique* : elle est définie histologiquement par une accumulation anormale de fer dans le tissu interstitiel pulmonaire. Son évolution se fait par poussées et son pronostic est généralement sévère car une fibrose pulmonaire emporte le malade (KHIATI M., 1991).

*Hydrocéphalie* : augmentation du volume du liquide céphalo-rachidien entraînant, chez l'enfant, une augmentation du volume de la boîte crânienne et une insuffisance du développement intellectuel (Larousse multimédia, 1996).

*Hypoxie (ou hypoxémie)* : diminution de la teneur en oxygène dans le sang (Dictionnaire médical, 2004).

**Ictère** : coloration jaune de la peau et des muqueuses, due à la présence de pigments biliaires (Dictionnaire médical, 2004).

**Ischémie** : diminution de la circulation artérielle dans un organe ou une partie du corps (Dictionnaire médical, 2004).

**Leucomalacies périventriculaires** : (*leuco* : blanc, *malacies* : ramollissement, *périventriculaire* : zones siègeant le long de la face externe des ventricules latéraux) ce sont des lésions focales de la substance blanche (C. Amiel-Tison, 1997, p. 84).

**Membranes hyaline (maladies des)** : affection caractérisée par la formation de pseudo membranes hyalines qui recouvrent la paroi alvéolaire et gênent l'hématose. Elle est due à un déficit congénital ou à un déficit temporaire en agent tensioactif ou surfactant pulmonaire. Elle se manifeste par une dyspnée avec tachypnée, cyanose et asphyxie. On l'observe chez les prématurés, bien qu'elle puisse survenir chez les enfants plus grands et chez les adultes au cours de diverses pneumopathies (Dictionnaire médical, 2004).

**Méninge** : chacune des trois membranes, la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère, qui enveloppent l'encéphale et la moelle épinière (Dictionnaire médical, 2004).

**Méningite** : toute inflammation des méninges (Dictionnaire médical, 2004).

**Parenchyme** : tissu formé de cellules différenciées, doué d'une fonction spécifique (Larousse multimédia, 1996).

**Paresthésie** : trouble subjectif de la sensibilité à type de fourmillement, d'engourdissements... produit par l'atteinte d'une structure quelconque du système nerveux central ou périphérique participant à la sensibilité (Dictionnaire médical, 2004).

**Photothérapie** : traitement par la lumière (Larousse multimédia, 1996).

**Pied équin** : pied en flexion plantaire (Dictionnaire médical, 2004).

**Plexus** : réseau ou entrelassement, en particulier de nerfs ou de vaisseaux (Dictionnaire médical, 2004).

**Prématurité** : qui arrive avant terme. Se dit d'un enfant dont le poids à la naissance est inférieur ou égal à 2200g ou qui est né après une période de gestation de moins de 37 semaines (Dictionnaire médical, 2004).

**Proprioception** : appréciation de la position, de l'équilibre et de ses modifications par le système musculaire, particulièrement lors de la locomotion (Dictionnaire médical, 2004).

*Rubéole* : maladie virale éruptive, contagieuse et épidémique, ressemblant à la rougeole (Larousse multimédia, 1996).

*Somesthésie* : sensibilité corporelle (cutanée et interne), par opposition aux fonctions sensorielles (Dictionnaire médical, 2004).

*Spasticité* : hypertonie due à la lésion des fibres pyramidales ou corticospinales directes, et s'accompagnant d'une exagération des reflexes ostéo-tendineux (Dictionnaire médical, 2004).

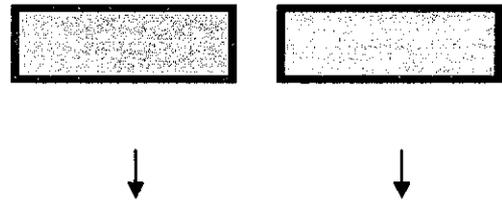
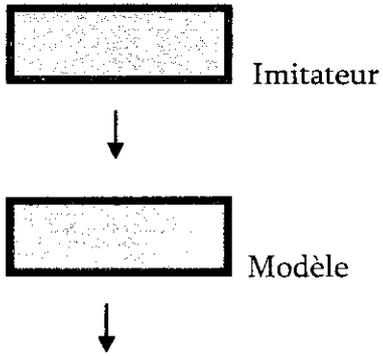
*Strabisme* : défaut de parallélisme des axes optiques des yeux entraînant un trouble de la vision binoculaire (Larousse multimédia, 1996).

*Surfactant pulmonaire* : substance élaborée dans le poumon, qui diminue la tension superficielle dans les alvéoles pulmonaires et favorise l'expansion pulmonaire lors des mouvements inspiratoires (Dictionnaire médical, 2004).

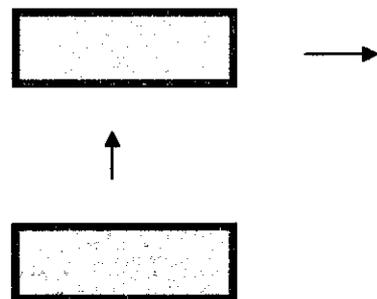
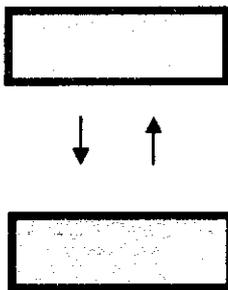
*Toxine* : substance toxique élaborée par un organisme vivant (Larousse multimédia, 1996).

Les formes d'imitation

*L'imitation en direct*



*L'imitation croisée*



---

## BIBLIOGRAPHIE

---

AMIEL-TISON C., 1997, L'infirmité motrice d'origine cérébrale, éditions Masson, Paris, 305 pages.

AUFAUVRE M-R., 1980, « Le handicap, une barrière », *in* Apprendre à jouer, apprendre à vivre, Delachaux et Niestlé éditeur, Paris, pp. 35-48.

BADEFORT J-P., 1993, « L'esprit sans le corps : regard sur la dévalorisation de l'agir corporel », *in* Evolutions Psychomotrices, n°19, Paris, pp. 37-43.

BERGE Y., 1975, Vivre son corps, éditions Seuil, Paris, 172 pages.

BERNARD M., 1995, Le corps, éditions Seuil, Paris, 163 pages.

BONNET CL., LESTIENNE F., 2003, « Le mouvement de soi », *in* Percevoir et produire le mouvement, éditions Armand Colin, Paris, pp. 45-64.

CARRIC J.C., 2001, Lexique du psychomotricien, éditions Vernazonbres-Grego, Paris.

CHAPELIER J-B, sous la direction de P. BLOSSIER, 2002, « Les psychothérapies de groupes d'enfants : abord théorico-clinique », *in* Groupes et psychomotricité, collection Psychomotricité, édition Solal, Marseille, pp. 27-54.

DANZIGER N. ALAMOWITCH S., 2006, « Hémiplégie », *in* Neurologie, éditions Med-line., 4<sup>e</sup> édition, Paris, pp. 25-32.

DE LIEVRE B. STAES L., 2004, « Notions générales et applications pratiques », *in* La psychomotricité au service de l'enfant, éditions De Boeck et Belin, Bruxelles, pp. 7-79.

DURING B., 1999 n°1, « Le corps de l'enfant en éducation physique », collection cahiers Alfred Binet, Corps d'enfant, n°658, Lyon, pp. 75-84.

FIALOVA E., 1994, « Préparation des enchaînements en GRS », *in* Gymnastique Artistique et GRS, collection Entraînement, éditions INSEP Publications, Paris, pp. 257-270.

GODAUX E. CHARON G., « Le mouvement », Edition MEDSI, pp. 198-215.

GUIOSE M., 2001, « Schéma corporel et image du corps », *in* Evolutions psychomotrices, n°51, vol.13, Paris, pp. 3-11.

HOUZEL D., 1997, « Le corps », in Education, psychologie et science de l'enfant, Actes du colloque du 30 Janvier 1999, pp. 75-60.

JACQUOT A., 1980, Gymnastique Rythmique Sportive, éditions Amphora, Paris, 196 pages.

KAËS R., 1999, Les théories psychanalytiques du groupe, éditions Puf, Paris, 124 pages.

KHIATI M., 1991, « L'hémisidéroze pulmonaire idiopathique », in Journal de pédiatrie et de puériculture, n° 3-1991, Paris, pp. 130-135.

LE CAMUS C., 1982, La Gymnastique Rythmique Sportive et sa valeur éducative, éditions Vrin, Paris, 127 pages.

LE METAYER M., 1993, « Généralités », in Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant, éditions Masson, Paris, pp. 11-13.

LE METAYER M., 1993, « Examen des troubles neuromoteurs », in Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant, éditions Masson, Paris, pp. 45-74.

LESAGE B., 2006, La danse dans le processus thérapeutique, éditions éres, Ramonville Saint Agne, 355 pages.

MARCELLI D., sous la direction de P. BLOSSIER, 2002, « A propos des groupes », in Groupes et psychomotricité, collection Psychomotricité, édition Solal, Marseille, pp. 17 – 26.

MAZEAU M., 1995, « Les troubles praxiques », in Déficits visuo-spatiaux et dyspraxies de l'enfant, collection Bois-Larris, éditions Masson, Paris, pp. 67-89.

MAZEAU M., 1995, « La dyspraxie visuo-spatiale ou la symptomatologie scolaire », in Déficits visuo-spatiaux et dyspraxies de l'enfant, collection Bois-Larris, éditions Masson, Paris, pp. 91-125.

PLATEL R., 2002-2003, « Posture, équilibration et redressement », in Neurophysiologie : biogenèse du mouvement, Paris, pp. 115-126.

PLATEL R., 2002-2003, « Organisation centrale du mouvement », in Neurophysiologie : biogenèse du mouvement, Paris, pp. 127-138.

POTEL BARANES C., sous la direction de P. BLOSSIER, 2002, « Intérêt des groupes de psychomotricité pour les adolescents en hôpital de jour », in Groupes et psychomotricité, collection Psychomotricité, édition Solal, Marseille, pp. 151-172.

QUEVAUVILLIER J., SOMOGYI A., FINGERHUT A., Dictionnaire Médical, 1997, éditions Masson, 2004, Issy les Moulineaux, 1494 pages.

SAVY. J., 1986-a, « Entretien avec Roger Salbreux », Réadaptation, n° 335, pp. 4-8.

SEVE-FERRIEU N., 1995, « Fonctionnement, troubles, évaluation et rééducation du savoir-faire gestuel », *in* Neuropsychologie corporelle, visuelle et gestuelle, éditions Masson, 2005, Issy les Moulineaux, pp. 103-135.

VAN DAMME P., 1994, L'espace et le groupe thérapeutique, éditions Epi, Marseille, 219 pages.

### Autres :

Le Petit Larousse Illustré, 2004.

Larousse Multimédia Encyclopédique, 1996.

MOINE A., Octobre 1999, Enfants IMC et kung fu wushu : proposition de prise en charge en psychomotricité, Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice, Paris, 81 pages.

<http://www.olympic.org.recherche.univ-lyon2.fr/grs>

[http://wikipedia.org/wiki/Gymnastique\\_rythmique](http://wikipedia.org/wiki/Gymnastique_rythmique)

<http://www.vaillanteangersgr.fr/lagr.html>

<http://membres.lycos.fr/jeanchevrier/>

**RESUME :**

La Gymnastique Rythmique et Sportive se pratique avec des engins : le ruban, le cerceau, le ballon, la corde ou les massues. Elle est connue du grand public pour ses qualités gracieuses et spectaculaires. Le corps est au centre de la chorégraphie, tout comme en psychomotricité.

En regardant plus finement, on constate qu'elle sollicite l'ensemble des domaines : l'espace, le temps, les coordinations, le tonus, le schéma corporel, l'image du corps, la latéralité, la mémoire ...

La GRS est un médiateur adapté aux problématiques du handicap moteur. Ce mémoire vise à montrer les intérêts de l'adaptation de ce sport dans les prises en charges psychomotrices, en groupe ou en individuel, de personnes atteintes de diploégie spastique ou d'hémiplégie.

**MOTS CLES :**

Gymnastique Rythmique et Sportive, psychomotricité diploégie spastique, hémiplégie, groupe, individuel.

**SUMMARY :**

The Rhythmic gymnastic is practised with ribbon, hoop, balloon, rope or clubs. Many people have ever heard speak about this activity because of theirs graceful and spectacular qualities. The body is on the center of the choreography, like in psychomotricity.

While looking more precisely, we notice that it appeals to many domains: space, time, coordinations, tonus, body image, memory ...

The GRS is a mediator adapted to the motor handicap's problems. This report aims at showing the interests of this sport's adaptation in the psychomotor cares, in group or in individual, of persons affected by spastic diplegia or hemiplegia.

**KEY WORDS :**

Rhythmic Gymnastic, psychomotricity, spastic diplegia, hémiplégia, group, individual.