

Le soutien de l'enfant dyspraxique : une approche psychomotrice du trouble et de ses répercussions

Malgorzata Ferenc

► **To cite this version:**

Malgorzata Ferenc. Le soutien de l'enfant dyspraxique : une approche psychomotrice du trouble et de ses répercussions. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01017975

HAL Id: dumas-01017975

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017975>

Submitted on 3 Oct 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
Institut de formation en psychomotricité

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

Le soutien de l'enfant dyspraxique : une approche
psychomotrice du trouble et de ses répercussions

Prise en soin de l'enfant dyspraxique en psychomotricité

FERENC MALGORZATA

Née le 15 Juillet 1990 à VARSOVIE

Juin 2014

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire :

Je remercie particulièrement ma maîtresse de mémoire pour le temps et l'aide précieuse qu'elle m'a accordé ainsi que pour sa patience. Merci aussi de m'avoir aidé dans ma réflexion tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie tous mes maîtres de stage qui m'ont accueillie durant ces trois années d'études. Merci pour leur écoute et leur disponibilité

Je remercie ma famille et mes amis de promotion pour leur soutien dans la réalisation de ce mémoire. Je remercie tout particulièrement Morgane pour son aide précieuse ainsi que mes parents.

Je remercie également tous les patients que j'ai pu rencontrer lors de mes stages et pour tout ce qu'ils m'ont appris et apporté.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS.....	6
INTRODUCTION.....	7
Première partie : Les praxies.....	10
I.Vers une définition des praxies.....	11
II.Des mécanismes neurophysiologiques indispensables à l'élaboration d'une praxie.....	16
III.Le développement des praxies chez l'enfant.....	18
Deuxième partie : Les dyspraxies.....	30
I.Evolution de la terminologie.....	31
II.Définitions et visions actuelles.....	33
III.TAC ou dyspraxie ?.....	35
IV.Apraxie ou dyspraxie ?.....	37
V.Non une, mais des dyspraxies.....	38
VI.Caractéristiques et symptômes psychomoteurs de la dyspraxie développementale, comorbidités.....	40
VII.L'approche clinique du diagnostic.....	47
VIII.Hypothèses étiologiques.....	48
Troisième partie : la place de la psychomotricité dans la prise en soin de l'enfant dyspraxique.....	53
I.La place de la psychomotricité dans la prise en soin de l'enfant dyspraxique.....	54
II.Etude de cas de Benjamin.....	73
CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	86

AVANT-PROPOS

Océane est une petite fille âgée de huit ans et six mois lorsque je la rencontre durant mon stage en cabinet libéral de psychomotricité. La petite fille est suivie au cabinet pour une dyspraxie visuo-spatiale à laquelle sont associés des troubles de la coordination globale ainsi que des difficultés d'écriture. Océane investit très peu son corps et compense ses difficultés gestuelles par un langage très élaboré et soutenu. Elle présente de réelles difficultés dans toutes les activités mettant en jeu les coordinations et dissociations des membres ainsi que des difficultés visuo-spatiales et visuo-constructives. Le geste graphique n'est pas automatisé et demande à la petite fille beaucoup d'efforts et d'attention. Je remarque que la petite fille investit très peu la motricité et évite toute activité de manipulation de nature sensorimotrice. De plus, Océane « n'aime pas être touchée ». Lors d'une activité où je réalise le contour de son corps à l'aide d'un gros ballon, Océane ne parvient pas à se détendre et se lance une discussion comme si elle cherchait à éviter de se centrer sur ses sensations ressenties peut-être comme désagréables.

Outre ces troubles psychomoteurs, je remarque qu'Océane manque beaucoup de confiance en elle et exprime souvent sa peur de l'échec. Lors d'une activité d'assemblage de cubes, lorsque vient son tour de jouer, elle se replie-sur elle même, elle n'est pas sûre que son assemblage soit correct et ce bien qu'il soit réalisé comme sur le modèle demandé. Elle cherche alors l'approbation dans mon regard. Elle peut également se montrer très anxieuse lors de certaines activités et a peur de « mal faire ».

Les difficultés rencontrées sur le plan psycho-affectif et le défaut d'investissement corporel peuvent-ils être considérés comme des répercussions de ses troubles dyspraxiques ?

INTRODUCTION

Durant ma troisième année d'études à l'institut de formation en psychomotricité, j'ai pu être accueillie en tant que stagiaire au sein d'un cabinet libéral. Dès le début de mon stage j'ai été très intéressée par les séances de psychomotricité dans ce cadre d'exercice. En effet, j'ai découvert des populations de patients très différentes, du bébé à l'adulte, en passant par les enfants d'âge scolaire et les adolescents : les soins en psychomotricité concernent des personnes de tout âge. Cependant, une grande majorité des patients rencontrés durant mon stage restent les enfants d'âge scolaire. Les troubles pour lesquels les patients consultent sont divers et variés : hyperactivité, impulsivité, inhibition, angoisses, immaturité, troubles du schéma corporel, dyspraxie développementale, dysgraphie ; mais j'ai pu remarquer, qu'ils restent cependant de moindre ampleur, en comparaison à ceux que j'ai pu rencontrer en institution. De nombreux enfants sont adressés au cabinet à la demande de leur école. Actuellement les institutions manquent de places (centres médico-psychologiques, centres médico-psycho-pédagogiques, centres d'action médico-sociale précoce, etc) et les délais d'attente afin de pouvoir commencer une prise en soin avec l'enfant concerné peuvent atteindre plus de six mois. De nombreux parents se tournent ainsi vers des psychomotriciens libéraux, quand ils le peuvent, afin que la prise en soin de leur enfant commence le plus rapidement possible, notamment pour minimiser les risques d'échec scolaire et assurer à l'enfant un mieux-être afin de soutenir son épanouissement.

C'est ainsi que mes questionnements se sont centrés sur le nombre grandissant d'enfants qui consultent en psychomotricité et qui présentent des troubles instrumentaux et plus particulièrement une dyspraxie. Dans le courant de l'année, les consultations pour des enfants dyspraxiques se sont multipliées au sein du cabinet libéral. De nombreux enfants étaient notamment adressés à la demande de leur médecin, afin de réaliser un bilan psychomoteur, pour compléter le diagnostic de dyspraxie qui était alors suspecté. Jusqu'à présent je n'avais jamais rencontré d'enfants dyspraxiques lors de mes stages et mes connaissances à propos de ce trouble étaient assez restreintes.

J'ai alors décidé de réaliser mon mémoire sur la dyspraxie. En effet, je désirais enrichir mes connaissances à propos de ce trouble et connaître les différents types de dyspraxies existantes ainsi que leur spécificité. Lorsque j'ai commencé mes recherches, je me suis alors heurtée à une multitude de termes utilisés comme synonymes de la dyspraxie mais comprenant en fait des réalités cliniques différentes. Actuellement nous retrouvons dans les classifications internationales le terme de « trouble d'acquisition des coordinations » connu sous l'acronyme de « TAC ». L'organisation mondiale de la santé quant à elle, utilise le terme de « trouble spécifique des coordinations motrices ». Mais quelle est donc la définition exacte de la dyspraxie et peut-on la distinguer du « TAC » ou encore du trouble spécifique des coordinations motrices ?

La définition de la dyspraxie se présente et se scinde en plusieurs classifications qui diffèrent selon les auteurs. Les types de dyspraxie les plus fréquemment cités sont la dyspraxie constructive, la dyspraxie visuo-spatiale et la dyspraxie idéomotrice, mais il est aussi possible de rencontrer d'autres classifications qui répertorient la dyspraxie de l'habillage ou encore la dyspraxie idéatoire.

Les modèles étiologiques se succèdent, ils élaborent diverses hypothèses quant aux causes possibles de la dyspraxie ou aux processus touchés mais il n'existe pas à ce jour de consensus. La dyspraxie semble être une pathologie dont les causes sont encore inconnues. La dyspraxie n'est actuellement toujours pas clarifiée et les recherches doivent être poursuivies pour essayer de comprendre sa nature ainsi que les mécanismes mis en jeu. Mais face à cette absence de clarté quels sont les caractéristiques et signes cliniques de la dyspraxie ?

Au fil des mes rencontres avec des enfants dyspraxiques, j'ai pu remarquer des caractéristiques très différentes selon chaque enfant. Les prises en soin en psychomotricité durent en général longtemps parfois même des années. Pour de nombreux enfants, lors du premier entretien au cabinet avant que le diagnostic ne soit posé, j'ai été interpellée par les particularités de la plainte des parents de l'enfant. Souvent la plainte se focalisait essentiellement sur des troubles du comportement ainsi que le manque de confiance en soi, un repli et un manque d'investissement corporel. À côté des troubles moteurs propres au

tableau clinique de la dyspraxie, ce handicap qu'ils constituent semble avoir d'importantes répercussions sur le plan psycho-affectif chez l'enfant et sont source de souffrance comme dans le cas d'Océane. Ce trouble psychomoteur me questionne aussi sur le rapport qu'entretient l'enfant dyspraxique avec son propre corps. En prenant en compte la totalité de ces difficultés, quelle prise en soin peut proposer le psychomotricien à l'enfant dyspraxique ?

En quoi l'approche globale du patient spécifique du psychomotricien est-elle importante dans la prise en soin de la dyspraxie?

Dans un premier temps, je vais me pencher sur la notion de « praxie », dont la réalisation semble être entravée dans ce trouble. Nous allons voir comment l'élaboration des praxies nécessite d'avoir intégré un certain nombre d'acquisitions psychomotrices. Puis, comment celles-ci s'élaborent chez l'enfant, depuis son plus jeune âge, grâce à différentes stratégies d'apprentissage. Dans un deuxième temps, j'aborderai la définition de la dyspraxie en me penchant sur la terminologie ainsi que les classifications et les différents types de dyspraxies existantes. J'aborderai également les caractéristiques et signes cliniques, notamment psychomoteurs, rencontrés dans ce « handicap » et également leurs répercussions sur la vie de l'enfant dans les champs psycho-affectif et social. Nous allons voir par la suite quelles sont les différentes hypothèses étiologiques existantes.

Dans une troisième partie, je présenterai la spécificité de la psychomotricité dans la prise en soin de ce trouble dyspraxique et le rôle important du psychomotricien dans la prise en compte du sujet dans sa globalité, en tenant compte des troubles psychomoteurs mais aussi des répercussions sur le plan psycho-affectif. Je présenterai ensuite la prise en soin en psychomotricité d'un enfant dyspraxique rencontré durant mon stage.

Première partie : Les praxies

I. Vers une définition des praxies

Pour s'intéresser à la dyspraxie, il me semble, tout d'abord, important d'évoquer le terme de « praxie ». « Dys » est un préfixe qui exprime l'idée de difficulté, de trouble. « Praxie » est issu du mot grec « praksis » qui signifie action, mouvement. Ce mot signifie aussi l'adaptation du mouvement au but recherché. Par conséquent, les dyspraxies désignent des troubles de l'acquisition des praxies.

Mais qu'est ce qu'une praxie ? Au fil de mes recherches, je me suis confrontée à différentes définitions :

Selon Jean Piaget¹, « *les praxies ou actions ne sont pas des mouvements quelconques mais des systèmes de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention.* »

Par exemple, toujours selon ce même auteur, déplacer un bras afin d'enfiler ou enlever un chapeau sur la tête, ne constitue pas une praxie. Cependant, selon M. Mazeau, couper sa viande lors d'un repas constitue une praxie : nous devons prendre le couteau à l'aide d'une main, la fourchette à l'aide de l'autre, et grâce à une bonne coordination de nos membres supérieurs, et une bonne coordination oculo-manuelle, nous serons aptes à couper notre viande.

J. Piaget complète ainsi sa définition : « *les praxies sont, d'autre part, acquises, par opposition aux coordinations réflexes, cette acquisition pouvant relever de l'expérience du sujet, de l'éducation au sens large (consignes, exemples, etc.) mais aussi éventuellement de processus internes d'équilibration qui traduisent une régulation ou une stabilisation acquises des coordinations.* »

¹ PIAGET Jean, *Les praxies chez l'enfant*, Revue problèmes de psychologie génétique, 1972, p.67

Selon F. Lussier et J. Flessas², « *Les praxies réfèrent à la coordination volontaire des mouvements, orientés vers un but. Elles impliquent, d'une part, que le mouvement soit la résultante d'un apprentissage et non d'un réflexe ou d'une simple maturation motrice, et, d'autre part, que l'intention soit consciente et dirigée.* »

À la différence du simple mouvement qui se réfère à la mise en œuvre des effecteurs musculaires, les praxies sont l'inscription intentionnelle et consciente des gestes dans l'espace. Elles sont le fruit d'une activité des centres nerveux supérieurs, et ce sont des séquences motrices dirigées vers un but. Une praxie serait aussi le fruit d'un apprentissage ou d'une acquisition, différente de la résultante d'un réflexe, ou d'une simple maturation motrice, comme le définissent F. Lussier et J. Flessas.

Comment pouvons nous distinguer ce qui relève de la simple maturation motrice et ce qui relève d'un apprentissage ? La marche, la course, le saut sont-ils considérés comme des praxies ?

Selon, M. Mazeau³, il existe deux formes d'apprentissage qui permettent de distinguer les mouvements dus à une maturation motrice, des praxies. Les premiers sont la résultante d'apprentissages « implicites » et reposent sur les fonctions génétiquement programmées, tandis que les praxies sont la résultante d'un apprentissage « explicite », facultatif, dépendant du milieu socio-culturel, et qui repose sur un enseignement explicite des adultes. Dans les deux cas, ce sont des processus cognitifs différents qui sont sollicités.

◆ Les apprentissages dits « implicites »

Un nourrisson vient au monde équipé de « schèmes de base » (neuromoteurs, neurofonctionnels, neurocognitifs, etc). S'il dispose du libre jeu des systèmes sensorimoteurs et d'interactions spontanées avec son environnement et les adultes (ainsi que les autres

2 LUSSIER Francine et FLESSAS Jeanine, *Neuropsychologie de l'enfant, Troubles développementaux et de l'apprentissage*, 2ème édition, Dunod, 2009, p.201

3 MAZEAU Michèle, LE LOSTEC Claire, *L'enfant dyspraxique et les apprentissages*, Elsevier Masson, 2010, pp.13-15

enfants), ces « schèmes de base » vont lui permettre de développer certaines fonctions comme la marche, le langage ou encore les manipulations fines. Ces acquisitions sont, selon M. Mazeau, « liées à l'espèce, et reposent sur les réseaux et des compétences certes très immatures mais déjà présents en germe chez le bébé ». Ainsi, se déplacer en rampant puis à quatre pattes, la marche, la course, le saut, et la plupart des gestes sportifs semblent s'apprendre assez facilement selon l'auteur. Ces étapes se développent sans enseignement explicite, ni démonstration. Le temps, la maturation neurologique, et les interactions spontanées avec un environnement étayant (physique, affectif, et social), permettent de renseigner les systèmes adéquats en vue d'un développement progressif et harmonieux. Ce type d'acquisitions est reconnaissable au fait qu'il s'agit de performances qui se développent selon un rythme prévisible (par exemple pour la marche), dans toutes les cultures. Ces apprentissages dits « implicites » constituent un repère fiable pour suivre le développement de tous les enfants.

◆ Les apprentissages dits « explicites »

D'autres activités nécessitent une explication, celles-ci sont dépendantes de l'éducation prodiguée. Elles ne peuvent pas se produire sans l'intervention volontariste et consciente des adultes et nécessitent un apprentissage explicite. Ces apprentissages sont rendus possible grâce à nos « schèmes de base », mais ne sont pas inscrits dans notre patrimoine génétique. Elles nécessitent un entraînement plus important pour que de nouveaux réseaux neuronaux se constituent et pour que ces nouvelles aptitudes se développent puis s'automatisent. Ainsi, nous pouvons aboutir à des compétences « nouvelles » telles que s'habiller, tenir des couverts, dessiner, apprendre à écrire. Ces apprentissages dits « explicites » sont en général conditionnées par un environnement socio-culturel : on apprend à manger avec une fourchette et un couteau ou avec des baguettes selon la région du monde où on vit. Ces apprentissages explicites sont systématiquement exploités par l'éducation et la scolarisation. Ainsi, M. Mazeau différencie la marche qui est une série coordonnée de mouvements acquise par apprentissage implicite, de diverses actions telles que se servir de couverts, s'habiller, manier une règle et un compas, écrire avec un stylo qui sont des praxies complexes portées par une intention et dirigées vers un but.

Selon E. Pannetier, les praxies peuvent être réelles par l'action sur un objet : par exemple, les gestes « simples », comme dévisser un bouchon ou les gestes qu'elle considère « plus complexes », comme allumer une bougie. Une praxie peut aussi avoir une valeur symbolique : par exemple, mimer le signe religieux de croix ou mimer une action, comme se laver les dents.

F. Lussier et J. Flessas ajoutent aux définitions précédentes des praxies, la notion d'interaction avec l'environnement : « *Bouger est une activité motrice alors qu'agir sur son environnement par le biais d'une activité motrice, c'est-à-dire le geste, relève des praxies.* » Cette définition se rapproche de celle d'E. Pannetier⁴, qui considère les praxies comme des séquences de mouvements intentionnels et volontaires, permettant d'interagir avec le monde extérieur. Les praxies diffèrent donc des mouvements « simples » par le fait qu'on interagisse sur notre environnement par une séquence motrice. Cependant, ces trois auteurs considèrent aussi la marche, la course, ou encore le saut, comme des praxies.

De nombreux auteurs distinguent les praxies liées à un apprentissage ; des mouvements, qui eux sont inscrits de manière universelle dans notre patrimoine génétique. Cependant, selon D. Marcelli⁵, la pertinence d'une distinction entre les gestes, en fonction de leur complexité et s'ils nécessitent ou non un apprentissage, est discutable. L'auteur envisage l'ensemble des activités humaines, y compris celles qui sont inscrites dans notre patrimoine génétique, comme le fruit d'un apprentissage. En effet, l'apprentissage de la marche chez l'enfant est d'une part la résultante d'une maturation neurologique et d'autre part, d'identifications à l'environnement en lien avec les stimulations psychiques et affectives de ce dernier, en lien avec l'étayage de l'adulte.

4 PANNETIER Evelyne, *La dyspraxie, une approche clinique et pratique*, Edition du CHU Saite-Justine, 2007, pp.1-31

5 MARCELLI Daniel, COHEN David, *Enfance et psychopathologie*, 9ème édition, Elsevier Masson, 2012, p.117

Après avoir pris en compte les multiples définitions rencontrées, il me semble important d'évoquer sur quels critères je compte m'appuyer pour définir les notions de praxie, de mouvement et de geste, dans la suite de mon écrit. Pour cela, je vais utiliser une définition de la praxie qui regroupe les éléments les plus souvent évoqués par les différents auteurs cités ci-dessus. Je vais donc considérer une praxie comme la planification, l'exécution et l'automatisation d'une séquence de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention. Elle dépend du milieu socio-culturel de l'enfant et permet d'interagir de manière adéquate avec l'environnement. Le mouvement, secondaire à la contraction d'un muscle ou d'un groupe de muscles est la réalisation du déplacement d'un segment de membre. Il peut se réaliser de manière consciente ou non et de manière volontaire ou involontaire. Pour conclure, je définis la séquence gestuelle comme un ensemble coordonné de mouvements réalisés en fonction d'un but, d'une action finalisée. Cependant, pour réaliser une praxie, il est d'abord indispensable que nous possédions l'intégrité de nos systèmes sensorimoteurs et un équipement neuromoteur sain.

II. Des mécanismes neurophysiologiques indispensables à l'élaboration d'une praxie

A la base d'un geste intentionnel, il y a l'élaboration d'un programme moteur visant l'obtention du but à atteindre. Pour cela, il est avant tout indispensable de posséder l'intégrité de effecteurs neuromusculaires et de leur commande, des structures de coordination et de précision du geste, des systèmes d'ajustement postural, mais aussi des organes sensoriels. Nous allons voir quelles structures sont mises en jeu dans la réalisation gestuelle par une description très simplifiée.

Afin de réaliser une séquence gestuelle, nous devons ainsi posséder l'intégrité des systèmes d'ajustement postural qui permettent de corriger le geste avec notamment les informations intéroceptives qui viennent de notre propre corps.

Parmi ces informations intéroceptives, nous possédons :

- Le système vestibulaire qui va contribuer à maintenir notre corps en équilibre.
- La kinesthésie qui nous informe sur la position de notre corps en mouvement.
- La proprioception qui désigne l'ensemble des récepteurs, voies et centres nerveux impliqués dans la somesthésie, c'est-à-dire la sensibilité profonde. Celle-ci nous renseigne sur la position des différents membres et de leur tonus.

Nous devons posséder aussi l'intégrité de nos organes sensoriels ou ce que nous appelons les informations extéroceptives : la vision, l'ouïe, l'odorat, le goût ou encore le toucher . Parmi ces sources d'informations extéroceptives, la principale est la vision. La vision nous permet notamment de définir la structure physique de l'environnement comme par exemple la présence d'un obstacle sur notre chemin ce qui nous fournit une base pour anticiper notre action. Elle nous fournit également des informations sur le mouvement des objets dans l'environnement, mais aussi sur le mouvement de notre propre corps, ainsi que sur la structure temporelle de ce mouvement.

Nous devons également posséder l'intégrité des effecteurs neuromusculaires et de leur commande motrice : le système pyramidal joue un rôle dans la motricité volontaire, le tonus musculaire ainsi que le contrôle des réflexes. Les structures de coordination et de précision du geste sont quant à elles assurées par le cervelet qui permet l'ajustement de l'action avec la vitesse du geste, son amplitude, sa trajectoire, et sa force. Il détecte ainsi les erreurs produites lors du mouvement et grâce à la prise d'informations sensorielles, ré-ajuste la séquence motrice de manière à ce qu'elle soit adaptée.

Pour organiser les commandes motrices, il est aussi indispensable que nos fonctions de conceptualisation, de planification, d'attention et de mémorisation soient intactes. En effet, après la phase d'apprentissage d'une séquence gestuelle, lorsque l'enfant maîtrise la praxie, celle-ci va être automatisée. Nous allons voir, dans un premier temps, comment se développent les praxies chez l'enfant, par quels moyens elles s'apprennent, mais aussi comment elles sont, par la suite, automatisées.

III. Le développement des praxies chez l'enfant

A) L'évolution des praxies

Le développement des praxies s'effectue progressivement chez l'enfant chez qui chaque nouvelle acquisition va venir s'ajouter aux précédentes et ainsi, venir enrichir son répertoire moteur et favoriser les capacités de l'enfant à s'adapter à son environnement. Selon M. Mazeau, cet apprentissage se réalise par un apprentissage venant des adultes. Les praxies sont des gestes imposés culturellement et sont fonction du lieu et de l'époque dans lesquelles vit l'enfant : certaines praxies sont indispensables dans une société donnée et leur apprentissage contribue à intégrer l'enfant dans son environnement socio-culturel. Ainsi, pendant qu'un enfant chinois apprendra à manger avec des baguettes, un enfant européen apprendra à se servir de couverts. L'élaboration des praxies évolue étape par étape et suit un ordre logique : nous commençons par apprendre les séquences de gestes les plus simples, pour cheminer vers les séquences les plus complexes, dans chacun des domaines de la vie quotidienne. Cette élaboration se fait en étroite liaison avec l'âge de l'enfant, plus un enfant est âgé, plus les habiletés qui lui sont demandées se complexifient. Ainsi, le rythme d'évolution de l'enfant compte dans le développement des praxies notamment sur le versant cognitif : l'enfant doit être capable d'intégrer les gestes puis de les reproduire.

Afin d'accéder à l'apprentissage des praxies, il est essentiel tout d'abord que se développent les coordinations sélectionnées par l'évolution, connues sous le terme de « développement psychomoteur » qui intègre également les coordinations oculomotrices et oculomanuelles. Ces gestes sont inscrits par l'évolution dans notre patrimoine génétique et font partie de l'équipement de base à la naissance : un nourrisson est doté d'un ensemble de « schèmes de base », qui, dans le cadre d'interactions avec un environnement étayant où ses besoins physiques et affectifs sont satisfaits, parallèlement à la maturation neurologique, deviendront efficaces pour évoluer vers un développement psychomoteur harmonieux.

Ainsi, de la naissance à trois mois, la motricité du nourrisson est réflexe ce qui correspond au stade du corps « subi ». Cette motricité devient peu à peu volontaire et se développe selon les lois céphalo-caudale⁶ et proximo-distale. La fonction tonique se déploie et l'extension de la tête permet au regard d'investir l'espace environnant. À partir de trois mois, jusqu'à environ trois ans, l'enfant traverse le stade du corps « vécu » : celui-ci correspond au stade sensorimoteur décrit par Piaget. Par un libre jeu des systèmes sensorimoteurs, l'enfant va découvrir le monde et les objets qui l'entourent par la vue, le toucher, le goût, l'odorat, et la vision. À travers ces expériences, l'enfant va découvrir de nouvelles sensations et le rôle de l'adulte est important durant cette découverte : il apporte le vocabulaire adéquat pour donner une signification aux sensations enfin qu'elles deviennent perceptions⁷.

L'enfant atteint ensuite le stade du corps « perçu » (3-7 ans). Les différentes perceptions vont permettre à l'enfant de bien connaître son corps qu'il soit statique ou en mouvement. C'est sur cette prise de conscience progressive que se structure son schéma corporel. L'enfant peut alors percevoir ses différentes parties du corps dans l'espace ainsi que leur orientation : il va prendre son propre corps comme référentiel. Il va intégrer qu'il a un côté droit, un côté gauche, un haut et un bas du corps, mais aussi un devant et un derrière. C'est aussi durant ce stade que l'enfant commence à maîtriser les notions d'espace et de temps indispensables à la réalisation des praxies. L'enfant maîtrise alors mieux son corps et ses mouvements dans ses déplacements grâce à un contrôle tonique plus élevé. C'est durant ce stade également que l'enfant acquiert la capacité de représentation. Il est alors capable de se représenter mentalement ses actions mais aussi de reproduire une action en l'absence de modèle, en imitation différée. À partir de l'âge de sept ans, l'enfant ré-élabore sur le plan représentatif ses acquisitions sensorimotrices. Il n'a plus besoin de manipuler un objet pour reconnaître ses composantes spatiales : ses expériences antérieures lui permettent de se faire une image mentale des caractéristiques de l'objet. Ainsi pour taper dans un ballon, l'enfant se représente mentalement les caractéristiques spatiales de l'objet, utilise son corps comme référentiel par rapport au ballon et ajuste alors son tonus et sa

6 Selon la loi céphalo-caudale, le contrôle volontaire du mouvement se fait du crâne vers le bas du corps, et selon la loi proximo-distale, ce contrôle se fait en partant des muscles les plus proches du rachis vers les extrémités des membres.

7 Selon André Lalande, la perception est l'acte d'organiser, d'interpréter les sensations et de les compléter par des images et des souvenirs.

posture afin de taper dedans à l'aide son pied. Toutes ces composantes psychomotrices sont nécessaires à l'élaboration d'une praxie ainsi qu'à l'apprentissage de nouvelles praxies. Ce stade du corps « perçu » constitue une période durant laquelle l'enfant est exposé aux apprentissages fondamentaux comme le graphisme, le calcul, ou encore la lecture.

Selon E. Pannetier, c'est entre l'âge de trois et douze ans que se développent de nombreuses praxies. Le tableau suivant⁸, décrit l'évolution de quelques praxies chez un enfant entre trois et six ans :

Praxies	3 ans	4 ans	5 ans	6 ans
Marcher, courir	Marche sur la pointe des pieds	Court sur la pointe des pieds	Gambade	Danse sur la musique
Se tenir sur un pied	Très brièvement	2 à 5 secondes	5 à 10 secondes	
Sauter	À pieds joints	Sur un pied	D'une marche	Sur un pied en courant
Pédaler	Tricycle en avançant	Tricycle en tournant	Tricycle en reculant	Bicyclette
manger	Seul avec cuillère ou fourchette	Utilise le couteau	Avec couteau et fourchette ensemble	Sait étaler un aliment mou (beurre par exemple) à l'aide d'un couteau
S'habiller	Enfile son pantalon	Fermeture éclair, boutons	Fait ses boucles	Attache ses souliers
Découper	Tient les ciseaux	Coupe entre les lignes	Découpe en suivant les courbes	Découpe les formes complexes
Assembler des casse-tête	4 morceaux	8-12 morceaux	15 morceaux	20 morceaux
Attraper	Ballon à deux mains	Balle avec bras et corps	Balle avec mains	Balle avec une main
Dessiner, écrire	Cercle, trait horizontal, trait vertical	Croix, diagonale, carré	triangle	Losange, écrit son prénom

8 Développement normal des praxies, adaptation de LUSSIER, FLESSAS (2001) et MAZEAU (2004)

Ce tableau donne bien évidemment de simples indications de l'âge d'acquisition de certaines praxies. Le développement des praxies évoluent au cours de la vie et nous sommes amenés à acquérir et enrichir puis perdre la maîtrise des praxies. Cependant, l'apprentissage des praxies ne se limite pas à la tranche d'âge citée par E. Pannetier, certaines praxies se développent après l'âge de 12 ans, comme par exemple l'apprentissage de la conduite automobile, qui ne commence qu'à partir de 16 ans. D'autres praxies se développent aussi avant l'âge de 3 ans, J. Piaget⁹ les appelle « les praxies élémentaires ».

B) La théorie Piagetienne

J. Piaget a étudié et développé la notion de stades de développement chez l'enfant qui se succèdent chronologiquement. Dans des conditions favorables ces stades surviennent à des âges relativement fixes, chaque stade s'appuyant sur le précédent. L'évolution des praxies élémentaires, selon cet auteur, s'effectue ainsi en six stades lors de la période sensorimotrice du développement de l'enfant, entre la naissance et l'âge de trois ans.

Dès la naissance le nourrisson possède une motricité réflexe connue sous le nom des « réflexes archaïques ». Lors du premier stade (0 à 1 mois) certains réflexes comme celui de succion vont se consolider chez l'enfant par l'expérience et la répétition : le réflexe fait alors place au schème. J. Piaget appelle « schème » la structure générale d'une action : celle-ci s'établit lorsque l'action se répète de la même manière, et ce, dans des conditions semblables.

Dès le deuxième stade (1-4 mois) la présence de ces schèmes mène l'enfant à réaliser de nouvelles acquisitions auxquelles il ne pouvait accéder avec sa motricité réflexe de base. Après avoir sucé son pouce le bébé sera par exemple capable de le maintenir entre ses lèvres, puis de le diriger spontanément vers sa bouche et de le sucer entre les tétées pour se procurer de l'apaisement. Selon J. Piaget, nous sommes déjà en présence d'une praxie.

9 PIAGET Jean, *Les praxies chez l'enfant*, Revue problèmes de psychologie génétique, 1972, pp.67-73

Le troisième stade (4-8 mois) est marqué par l'apparition de la coordination de la vision et de la préhension : le bébé a ainsi la possibilité de saisir intentionnellement les objets qui sont à sa portée, cela va engendrer une série de nouveaux schèmes.

Lors du quatrième stade (dès 8 mois) l'enfant ne se limite plus à reproduire les séquences découvertes par hasard, il les utilise en les coordonnant entre elles . Lorsqu'il se trouve en présence d'un objet nouveau l'enfant applique à tour de rôle plusieurs schèmes connus comme pour déterminer à quoi cet objet pourrait servir. Il peut le saisir, le sucer, le mordre, le froter, le frapper d'une main ou contre le sol. Ce stade se distingue par une mobilité croissante d'action et par l'apparition de la coordination externe des praxies qui est caractérisée selon l'auteur par la coordination de deux ou plusieurs praxies en une nouvelle praxie totale (les premières praxies pouvant toujours fonctionner séparément).

Lors du cinquième stade, dès l'âge de deux ans, l'enfant peut non seulement coordonner les schèmes entre eux mais aussi les adapter en fonction de l'environnement et de l'expérience vécue. Il y a à la fois coordination des schèmes (pouvant aussi fonctionner séparément) et découverte de moyens nouveaux par accommodation.

Lors du sixième stade, l'enfant commence à intérioriser les coordinations entre les schèmes ce qui s'accompagne parfois de gestes symboliques : ceux ci vont favoriser par la suite l'accès à la représentation. Cette intériorisation de l'action comporte deux aspects : l'aspect figuratif et opératif. L'aspect opératif se réfère aux actions matérielles (sensorimotrices) ou intériorisées (opérations mentales) exercées sur les objets. Il s'agit de l'ensemble des transformations effectuées par l'enfant sur les objets. L'aspect figuratif, quant à lui, va permettre la perception, l'imitation de l'objet, ou encore sa représentation (image mentale).

J. Piaget décrit ainsi les étapes de formation des praxies élémentaires propres à la période sensorimotrice dans le développement de l'enfant. Selon lui, ces praxies élémentaires vont se mettre en place à partir des réflexes et de leur évolution : ces réflexes sont nécessaires dans un premier temps, puis ils régressent sous l'effet de la maturation du système nerveux central et laissent place aux premières coordinations ou gestes

intentionnels. Cette motricité innée de l'enfant va lui permettre de créer de nouveaux schèmes moteurs qui sont à la base de praxies. Comme Piaget, A. Bullinger évoque l'apparition des premières coordinations qui vont se mettre en place au cours du développement postural de l'enfant, elles constituent les prémisses des praxies.

C) L'axe de développement de Bullinger

Selon A. Bullinger, le développement postural de l'enfant se construit selon trois espaces distincts qu'il doit unifier afin d'accéder à son espace de préhension. La construction de cet espace de préhension permet par la suite de construire la latéralité ainsi que de développer les praxies. Ces praxies se mettraient donc en place par la maîtrise successive de l'espace oral, l'espace du buste puis l'espace du torse pour finir par la maîtrise du corps.

Nous pouvons distinguer deux postures de base présentes à la naissance : les postures symétriques et asymétriques. La posture symétrique associe une hypotonie du tronc à une hypertonie des membres. Ce schème d'enroulement va permettre au bébé de se centrer sur la sphère orale où la fonction d'alimentation est primordiale. C'est ainsi que vont apparaître les premières coordinations de capture et d'exploration. Le bébé va pouvoir amener ses mains vers sa bouche. Cette motricité volontaire qui se déploie suit les lois cephalo-caudale et proximo-distale.

Par la suite, entre 4 et 7 mois, le renforcement tonico-postural lié à une maturation neuronale va permettre au bébé de redresser son buste. Ce redressement permet l'apparition des premières coordinations avant/arrière du buste avec une équilibration des schèmes de flexion et d'extension. Les postures asymétriques dites « d'escrimeur » sont caractérisées par une répartition tonique particulière : le côté où la tête est tournée est plus tonique, le bras de ce même côté est le plus souvent en extension ce qui permet au bébé d'avoir sa main dans son champ de vision. Selon Bullinger¹⁰, c'est « *cette main qui assurera*

10 BULLINGER André, *La genèse de l'axe corporel, quelques repères*, Enfance, Volume 51, numéro 51-1, pp. 29-32.

plus tard les conduites de pointage ». Grâce à sa main présente dans son champ de vision le bébé va pouvoir élaborer les premières praxies oculo-manuelles. L'autre bras, moins tonique, peut alors réaliser la prise. Le schéma d'enroulement permet alors au bébé de passer d'une position asymétrique à une autre en rendant possible le changement des points d'appui au niveau des ischions. La coordination des postures asymétriques droite et gauche va permettre à l'enfant de constituer son axe corporel, premier point d'appui pour les futures fonctions instrumentales et le développement des praxies.

Selon l'auteur, une inversion des points d'appui lors des postures dites « d'escrimeur » ne permet pas la rotation du buste et perturbe sérieusement la formation des premières coordinations oculomanuelles.

À la naissance les espaces gauche et droit sont disjoints. Avant que la rotation du buste soit installée la bouche du bébé va lui servir de relais pour passer un objet d'une main à l'autre et d'un espace à l'autre. À partir de 7 mois, une fois que l'équilibration entre flexion et extension est bien acquise, la maîtrise et la torsion du buste vont apparaître. L'unification de ces différents espaces crée alors l'espace de préhension et la coordination des espaces droit et gauche de l'enfant : les deux moitiés du corps sont ainsi rassemblées. L'enfant peut alors explorer les objets de son choix et s'adonner aux tâches voulues à l'aide de la mobilité de ses membres supérieurs. L'axe corporel, point d'appui pour les fonctions instrumentales est alors constitué. Cependant, si cette coordination des espaces droit et gauche ne se met pas en place cela va générer un retentissement important sur le plan praxique.

À partir de 12 mois, la constitution de l'espace de préhension sera suivie de la maîtrise du corps grâce aux coordinations entre le haut et le bas du corps. Le corps est ainsi articulé, l'enfant peut se déplacer dans son espace environnant.

Ainsi, selon J. Piaget et A. Bullinger, les prémisses des praxies ainsi que les premières coordinations se mettent en place durant la période de développement de l'enfant qui va de la naissance à l'âge de deux ans correspondant au stade sensorimoteur. Les praxies élémentaires, les premières coordinations oculomanuelles, oculomotrices et bimanuelles apparaissent en lien étroit avec la création de l'axe corporel lors du développement postural

de l'enfant. En parallèle de la maturation neurologique, ces acquisitions vont permettre à l'enfant d'accéder plus tard à l'apprentissage des praxies plus complexes. Elles impliquent aussi qu'il y ait un traitement adapté des informations visuelles, auditives et tactiles qui viennent soutenir la fonction tonico-posturale pour s'adapter aux conduites motrices.

D) L'apprentissage des praxies

Lorsque nous intégrons une praxie, chaque nouvelle acquisition va venir s'ajouter à celles apprises antérieurement pour venir enrichir notre stock de connaissances, donc notre répertoire moteur. L'apprentissage des praxies peut se réaliser grâce à différentes stratégies : l'observation et l'imitation d'autrui et l'apprentissage par essais-erreurs. Ces apprentissages vont se consolider par la suite grâce à la répétition du geste et à son entraînement ce qui va permettre son automatiser. De plus, la séquence motrice sera reproduite si elle engendre une satisfaction, c'est à dire la réussite de l'action. Une fois que la praxie est automatisée, la séquence gestuelle est harmonieuse et efficace, elle demande un minimum de contrôle attentionnel ce qui permet au sujet d'utiliser ses capacités attentionnelles pour une autre tâche. Par exemple dans le cas du graphisme, une fois que le geste du tracé est automatisé, l'enfant pourra porter son attention à ce que dit son professeur en classe tout en écrivant. Afin que l'apprentissage d'une praxie soit possible, il est nécessaire que nous ayons un traitement adaptés des informations extéroceptives et intéroceptives ainsi que l'intégrité et la maturation de toutes les structures impliquées dans la réalisation des habiletés motrices. Il est aussi nécessaire que nos boucles de rétrocontrôle du geste soient efficaces pour réaliser le lien entre ce que nous percevons et ce que nous effectuons afin de maîtriser le geste. Il faut aussi que les fonctions de conceptualisation, de planification, d'attention et de mémorisation soient intactes pour organiser une action. Apprendre un geste est aussi dépendant de la volonté de l'enfant.

1. L'apprentissage par observation et imitation

En 1898, Thorndike a élaboré une des premières définitions de l'imitation : il s'agit d'apprendre à faire une action en l'observant. En effet, cet apprentissage par observation et imitation permet, en collaboration avec une autre personne, de passer de ce que l'enfant sait faire, à ce qu'il ne sait pas faire. Vygotski¹¹, appelle ce concept « zone proximale de développement » : il s'agit de la distance entre ce que l'enfant peut effectuer ou apprendre seul et ce qu'il peut apprendre uniquement avec l'aide d'une personne plus experte. Ainsi, les enfants sont aptes à mieux apprendre une séquence gestuelle auprès d'une personne plus expérimentée plutôt qu'avec un enfant de leur âge, de même niveau cognitif.

Lors de cet apprentissage par observation et imitation, l'enfant observe un individu qui réalise une action et intègre les informations qui lui permettront par la suite de reproduire le même geste : c'est ainsi qu'il se constitue une image mentale de la séquence gestuelle. J.Piaget¹² parle « d'imitations intériorisées ». Selon ce même auteur, l'apparition de la fonction symbolique permet de renforcer cette intériorisation de l'action : en plus de leur bon déroulement moteur, les séquences gestuelles sont mieux pensées par l'enfant. Selon Thorndike, une fois que la séquence gestuelle est automatisée, l'évocation du but à atteindre suffit à l'enfant pour réaliser la bonne séquence gestuelle. L'adulte peut également jouer un rôle étayant dans cet apprentissage par imitation. En effet à l'aide de retours sur la séquence motrice produite par l'enfant, il peut lui rappeler le but de l'action, décrire verbalement certains aspects du geste ainsi que les caractéristiques permettant la réussite de l'action tout en encourageant l'enfant.

11 http://vcampus.uom.ac.mu/pedagogies_activites/ZonepDev/vygotski.htm

12 PIAGET Jean, *Les praxies chez l'enfant*, Revue problèmes de psychologie génétique, 1972, pp.74-79

2. L'apprentissage par essais/erreurs

Il s'agit de l'entraînement successif de la séquence gestuelle, les différents essais permettent l'émergence d'une représentation interne du geste avec toutes les caractéristiques de la séquence gestuelle. Cet apprentissage consiste alors à « s'approcher » de la bonne performance gestuelle afin de l'intégrer.

3. L'automatisation des praxies

L'apprentissage d'une praxie se consolide grâce à la répétition et l'entraînement de la séquence gestuelle pour parvenir à son automatisation. Lorsque les praxies ne sont pas encore automatisées car elles sont nouvelles ou en cours d'acquisition, elles nécessitent pour le sujet un contrôle volontaire et beaucoup d'attention. C'est lors de la répétition et de l'entraînement d'une séquence gestuelle que l'enfant conçoit et planifie le geste à chaque essai. Ainsi, il perçoit les caractéristiques du geste accompli comme la régulation tonico-posturale, l'amplitude du mouvement, la force ou encore la trajectoire du geste. Cela lui permet par la suite d'introduire des corrections en fonction du résultat obtenu grâce aux boucles de rétrocontrôle. C'est au cours de ces essais successifs qu'un « schéma moteur » de plus en plus performant se met en place, pour arriver enfin à réaliser le geste voulu, harmonieux et fluide, demandant un minimum de contrôle attentionnel.

La séquence gestuelle est maintenant automatisée au niveau des centres nerveux supérieurs. L'automatisation d'une séquence gestuelle ne s'effectue pas seulement par la répétition de l'action mais aussi par le biais de son application dans un contexte qui donne du sens à l'action. C'est la mémoire procédurale qui permet de stocker les habiletés motrices apprises et automatisées. La mémoire procédurale permet de se souvenir de la manière d'exécuter un geste et elle conserve ces souvenirs même si une séquence gestuelle n'est pas utilisée durant des années. Les séquences gestuelles automatisées vont pouvoir être utilisées avec un minimum de contrôle attentionnel ce qui va permettre à l'enfant d'être en « double tâche », par exemple : écrire et écouter une consigne en même temps. Lorsque les

séquences gestuelles ne sont pas automatisées, elles peuvent être « fatigantes » et « difficiles » et absorbent toutes les ressources attentionnelles de l'enfant qui n'est alors pas capable d'être en « double tâche ». Il s'agit notamment d'une difficulté présente chez l'enfant dyspraxique qui ne parvient pas à automatiser certains types de gestes.

Afin d'illustrer cette notion de « double tâche », je vais vous présenter le cas de Jean que j'ai rencontré cette année durant mon stage en cabinet libéral. Jean est un petit garçon de 8 ans, il est scolarisé en classe de CE1. Jean suit des séances de psychomotricité à raison d'une séance par semaine pour des troubles graphomoteurs ainsi que des difficultés de repérage spatio-temporel. Lors d'une séance, la psychomotricienne demande au garçon d'écrire les lettres de l'alphabet sur un tableau à l'aide d'un feutre. Le garçon doit écrire dans une colonne les lettres dites « troncs » de l'alphabet et dans une autre colonne, les lettres « non troncs ». Dans un premier temps, lorsque Jean écrit une première lettre au tableau, il est tellement concentré sur son geste qu'il ne parvient pas à écouter une remarque que lui fait la psychomotricienne sur la tenue du feutre. Nous devons alors lui répéter la remarque lorsque le garçon a fini d'écrire pour être sûres qu'il a bien écouté. Dans un deuxième temps Jean montre beaucoup de difficultés pour se représenter mentalement les lettres et les écrire en même temps. Le geste graphique n'est pas encore automatisé et lui demande de grandes capacités d'attention qui ne lui permettent pas d'être en « double tâche ».

Le développement des praxies s'effectue ainsi grâce à un entourage stable et étayant. Les praxies les plus complexes sont des gestes culturellement transmis et ne se limitent pas à une succession séquentielle de mouvements : une praxie est réalisée en fonction d'un but précis. Une praxie nécessite une appréhension globale de l'acte, suppose une intention consciente et dirigée et implique l'élaboration d'un programme moteur.

Selon J. Piaget et A. Bullinger, les prémisses des praxies ainsi que les premières coordinations s'élaborent très tôt dans le développement psychomoteur de l'enfant. En parallèle de la maturation neurologique, celles-ci vont permettre à l'enfant d'accéder à l'apprentissage des praxies plus complexes. Afin que les praxies se développent nous devons posséder l'intégrité des systèmes neuromoteur et sensoriel, indispensables au bon déroulement gestuel.

Les praxies les plus complexes s'apprennent ainsi grâce à l'observation, l'imitation, ou encore l'apprentissage par essais et erreurs. Elles sont ainsi maîtrisées, par la suite, grâce à l'étaillage de l'adulte, mais aussi la répétition et l'entraînement, pour ensuite être automatisées. Une fois automatisées, l'évocation du but à atteindre suffit à mettre en route les programmes moteurs adéquats pour initier la séquence gestuelle. Lorsqu'il existe des difficultés de planification, d'organisation, et de coordination de praxies nouvelles, l'exécution et l'automatisation de ces séquences gestuelles, est entravée : ce sont notamment ces difficultés que l'on retrouve chez l'enfant dyspraxique.

Deuxième partie : Les dyspraxies

I. Evolution de la terminologie

Le mot « dyspraxie » est relativement récent dans l'histoire de la médecine, cependant les dyspraxies sont décrites depuis de nombreuses années sous des terminologies diverses regroupant des réalités cliniques variables.

En 1900, Collier évoque les troubles du geste moteur par le terme de « maladresse ». Par la suite nous retrouvons la notion de « débilité motrice », en 1927, décrite par Dupré. Orton, en 1937, parle de « maladresse anormale ». En suivant nous rencontrons les termes de « maladresse congénitale » décrit par Ford en 1960, « dyspraxie de développement » introduit par Brain, en 1961 et « apraxie de développement » décrit par Wallon, en 1962. Par la suite, nous rencontrons le terme de « maladresse de développement » (Reuben et Bakwin, en 1968). En 1972, Ayres emploie le terme de « trouble de l'intégration sensorielle » pour désigner la dyspraxie développementale. Le terme « maladresse » a aussi été décrit comme syndrome par Gubbay en 1975 qui réservait le terme d'apraxie aux seuls enfants d'intelligence normale excluant ainsi tous les enfants qui présentaient un retard mental associé. C'est dans les années 1980 que le terme de dyspraxie développementale apparaît dans la littérature. En 1994, la quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) parle de « trouble des acquisitions de la coordination » connu sous l'acronyme de « TAC ». En 1992, la dixième révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) évoque quand à elle l'expression de « trouble spécifique du développement moteur ».

Dans son acception actuelle, le terme de « dyspraxie » est apparu en France en 1964. Cette année là, J. de Ajuriaguerra et son équipe (Bergès, Stambak, L'Hériteau, Auzias) ont été à l'origine d'un article princeps sur la dyspraxie, paru dans La psychiatrie de l'enfant. Ils ont proposé la définition suivante¹³: « *il s'agit notamment d'enfants d'intelligence normale, ayant une relative facilité dans le domaine du langage, mais présentant par ailleurs des difficultés importantes sur le plan moteur et de l'organisation spatiale. Ces enfants consultent pour des motifs très variés : maladresse, difficultés d'écriture, difficultés scolaires.* »

13 LENOBLE Evelyne, *Troubles de l'apprentissage chez l'enfant*, Lavoisier, Paris, 2014, p.12

Cette définition permet d'évoquer toute la complexité de la dyspraxie et de penser qu'il n'y a pas une dyspraxie mais plusieurs dyspraxies « *conséquences de facteurs multiples et variés qui empêchent la motricité dans le sens mécanique du terme, de devenir une activité symbolique* » .

D'après F. Lussier et J. Flessas¹⁴, le trouble praxique n'est pas quelque chose de nouveau mais il est bien difficile d'obtenir un concept clair et unifié compte tenu d'une terminologie variée et plus ou moins interchangeable provenant de domaines de recherche différents mais recouvrant souvent une même réalité clinique.

Pour tous ces termes qui ont évolué au fil des années, il faut noter qu'il existe des différences au niveau des caractères sémiologiques et des mécanismes enclins à leur manifestation. De plus, le consensus n'existe toujours pas de nos jours entre chercheurs et cliniciens.

14 LUSSIER Francine et FLESSAS Jeanine, *Neuropsychologie de l'enfant, Troubles développementaux et de l'apprentissage*, 2ème édition, Dunod, 2009, p.201

II. Définitions et visions actuelles

Le DSM-IV¹⁵, publié par l'association américaine de psychiatrie associe la dyspraxie et le trouble de l'acquisition des coordinations et le définit ainsi :

A. Les performances dans les activités quotidiennes nécessitant une bonne coordination motrice sont nettement au dessous du niveau escompté, compte tenu de l'âge chronologique du sujet et de son niveau intellectuel. Cela peut se manifester par des retards importants dans les étapes du développement psychomoteur (s'asseoir, ramper à quatre pattes, marcher), par le fait de laisser tomber les objets, par une « maladresse », de mauvaises performances sportives ou encore une mauvaise écriture.

B. La perturbation interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie courante.

C. La perturbation n'est pas due à une affection médicale générale et ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement.

D. S'il existe un retard mental, les difficultés motrices dépassent celles habituellement associées à celui-ci.

La classification internationale des maladies (CIM-10) regroupe sous le terme de trouble spécifique du développement moteur : la dyspraxie développementale, la débilité motrice, et le trouble d'acquisition des coordinations. Elle le définit comme étant « *une altération sévère du développement de la coordination motrice, non imputable entièrement à un retard intellectuel global ou à une affection neurologique spécifique, congénitale ou acquise.* »

15 American Psychiatric association, *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4ème édition, Masson, 2004, pp. 66-67

Le CIM-10¹⁶ donne comme critères :

A. Le résultat obtenu à un test standardisé de coordination motrice se situe à au moins deux écarts-types en dessous du niveau escompté, compte tenu de l'âge chronologique.

B. La perturbation décrite en A. interfère de façon significative avec les performances scolaires ou les activités de la vie courante.

C. Absence de toute affection neurologique identifiable.

D. Critère d'exclusion le plus couramment utilisé. Le quotient intellectuel (QI), évalué par un test standardisé de façon individuelle, est inférieur à 70.

En 1995, M. Mazeau donne la définition suivante de la dyspraxie développementale : « *Trouble de la réalisation des gestes, secondaire à l'impossibilité (ou l'anomalie) de programmer automatiquement et d'intégrer au niveau cérébral les divers constituants sensorimoteurs et spatiaux temporels du geste.* » Cette définition est proche de celle établie par L.. Vaivre-Douret¹⁷, qui définit la dyspraxie développementale comme un « *trouble du geste intentionnel qui vise un but à atteindre, dont la planification et/ou la programmation du mouvement sont perturbées en amont de l'exécution de geste, essentiellement au niveau de l'intégration sensorimotrice et/ou visuospatiale.* »

Si on réalise une synthèse de ces définitions, actuellement, la dyspraxie développementale est définie principalement par une atteinte de la coordination motrice. Celles-ci apparaissent au cours du développement, ne sont pas dues à des lésions neurologiques, et sont marquées par une difficulté à élaborer les praxies. Différents abords théoriques permettent d'émettre une hypothèse explicative à ce handicap, mais il n'existe, à ce jour, toujours pas de consensus pour les définitions.

16 Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche*, Masson, 1994, p.135

17 VAIVRE-DOURET Laurence, *Le point sur la dyspraxie développementale : symptomatologie et prise en charge*, Contraste, ERES, 2008/1, N°28-29, p.332

III. TAC ou dyspraxie ?

Lorsqu'on regarde les définitions actuelles, notamment le DSM-IV, classification internationale de référence, on ne trouve plus le terme de dyspraxie mais seulement le trouble d'acquisition de coordinations. Le terme dyspraxie n'est plus utilisé dans la littérature internationale depuis l'année 2006 mais on l'utilise encore en France. À l'échelle internationale nous parlons désormais de trouble d'acquisition des coordinations, connu sous l'acronyme de « TAC ».

Peut-on différencier le trouble de l'acquisition des coordinations et la dyspraxie ?

M. Mazeau¹⁸, distingue le TAC et la dyspraxie. Le TAC est selon elle un trouble des gestes innés dont l'enfant est génétiquement équipé. La dyspraxie est quant à elle considérée comme un trouble cognitif qui affecte les gestes acquis c'est-à-dire prodigués par l'enseignement des adultes. Ainsi, les anomalies de constitution et d'automatisation de ces gestes appris (comme l'écriture, l'habillage, ou encore jouer d'un instrument) alors que l'enfant a bénéficié d'un apprentissage habituel caractérisent les dyspraxies. Selon l'auteur, lorsque tous les gestes se développent de façon anormale (retard psychomoteur) on parle alors de TAC. Aussi, pour M. Mazeau, contrairement à l'enfant atteint de TAC, l'enfant dyspraxique pourra présenter des difficultés dans le domaine visuo-constructif.

D'autres auteurs, comme C. Huron ou E. Pannetier, emploient indifféremment les termes de TAC et de dyspraxie, mais soulignent cependant l'hétérogénéité de ce trouble psychomoteur, à cause la multiplicité des appellations.

Laurence Vaivre-Douret¹⁹ considère le TAC comme un terme « *fourre-tout des troubles de la coordination, sans distinction de troubles spécifiques de la dyspraxie, rendant celle-ci difficilement compréhensible au niveau de sa nature et des mécanismes en jeu.* »

18 MAZEAU Michèle, LE LOSTEC Claire, *L'enfant dyspraxique et les apprentissages*, Elsevier Masson, 2010, pp.15-19

19 VAIVRE-DOURET Laurence, *Le point sur la dyspraxie développementale : symptomatologie et prise en charge*, Contraste, ERES, 2008/1, N°28-29, p.321

D'après le DSM-IV, il semblerait que la définition du TAC mette l'accent sur les manifestations motrices du trouble et ses conséquences fonctionnelles sur l'autonomie de l'enfant mais ne nous fournit pas plus d'informations. Actuellement, ce terme recouvre la notion de «dyspraxie développementale» mais n'intègre pas les troubles visuospatiaux et visuoconstructifs qui peuvent être associés ou non aux troubles de la coordination motrice. La dyspraxie développementale s'appuie sur une compréhension développementale du cerveau. L'enfant développe et automatise des praxies au cours de sa croissance et de sa maturation neurologique. Dans la dyspraxie on considère les habiletés visuo-perceptuelles de l'enfant et leurs conséquences pour comprendre les difficultés. On distinguera plusieurs formes de dyspraxies. Les discussions sur les différences entre TAC et dyspraxie se poursuivent encore à ce jour.

IV. Apraxie ou dyspraxie ?

En 1900, Liepmann décrit l'apraxie comme un désordre dans l'exécution des gestes appris ne résultant ni d'un manque de coordination, ni d'un désordre sensoriel, ni d'un déficit attentionnel ou encore une démence. Il s'agit d'un désordre des gestes appris qui ne peut pas non plus être attribué à un déficit de la compréhension. La principale différence entre apraxie et dyspraxie résulte du fait que l'apraxie est due à une lésion neurologique, elle intervient dans le cadre de phénomènes souvent aigus chez l'adulte. Des lésions de différentes parties du cerveau chez l'adulte peuvent entraîner des apraxies notamment au niveau du lobe pariétal, au niveau de quelques régions frontales ainsi qu'au niveau du corps calleux.

Il existe différents types d'apraxie. En 1992 Le Gall les décrit soit comme des troubles d'idéation (apraxies idéatoires), soit comme des troubles de l'exécution (apraxies idéo-motrices). L'apraxie idéatoire est avant tout une désorganisation de la représentation mentale des gestes complexes. Elle se manifeste essentiellement dans les actions utilisant des objets ou des outils. Le patient est capable de nommer les objets et de décrire leur usage mais sans arriver à les manipuler correctement. L'apraxie idéo-motrice est l'incapacité de réaliser des gestes alors que ceux-ci sont correctement conceptualisés. Le sujet est incapable de mimer une action en l'absence d'objet, par exemple, mimer l'action de se brosser les dents, de fumer, ou encore planter un clou. Le sujet sait quoi faire mais ne parvient pas à le réaliser sans le support réel. D'autres types d'apraxies existent telles que l'apraxie de construction (incapacité d'organiser plusieurs éléments unidimensionnels pour former un tout), l'apraxie bucco-faciale (impliquant les muscles au niveau du visage), l'apraxie mélokinétique (atteinte des gestes fins et rapides) ou encore l'apraxie d'habillage (incapacité à séquencer les vêtements).

Les recherches en neuropsychologie adulte ont eu des répercussions sur la neuropsychologie infantile et divers auteurs ont établi des liens entre l'apraxie de l'adulte, et la dyspraxie quant aux mécanismes impliqués dans ces troubles. Il est important de distinguer ces deux termes. En effet, l'apraxie est un trouble lésionnel acquis qui entraîne un

manque d'habileté pour accomplir des gestes préalablement appris alors que la dyspraxie développementale est un trouble développemental impliquant des difficultés d'apprentissage de tâches motrices ou de gestes.

V. Non une, mais des dyspraxies

Comme pour l'apraxie chez l'adulte, plusieurs classifications des dyspraxies développementales ont été présentées dans la documentation scientifique.

En 1995, M. Mazeau²⁰ identifie cinq principaux types de dyspraxies chez l'enfant :

1. La dyspraxie constructive visuo-spatiale : celle-ci implique souvent un trouble du regard chez l'enfant et s'associe à des troubles praxiques. L'enfant possède une acuité visuelle correcte mais a beaucoup de mal à organiser son regard et présente des difficultés d'élaboration de l'espace : la saisie visuelle des informations relatives à l'environnement est difficile. Ce trouble se traduit par des difficultés d'assemblage des éléments afin de former un « tout ». Par exemple, l'enfant dyspraxique visuo-spatial va présenter des difficultés pour fixer quelque chose avec ses yeux, à suivre des lignes et à calibrer les saccades oculaires. Lors de la lecture il risque d'oublier des lettres, des mots, et de sauter des lignes. Il va présenter aussi des difficultés à situer les éléments les uns par rapport aux autres et à orienter les éléments par rapport à son propre corps.

2. La dyspraxie constructive non visuo-spatiale : dans cette dyspraxie, le trouble du regard est absent mais on retient la difficulté d'assemblage. Toute information de nature visuelle serait un appui pour l'activité d'assemblage. Selon Mazeau, cette dyspraxie s'accompagne d'une indistinction entre la droite et la gauche, une agnosie digitale et une dyscalculie spatiale qui est similaire au tableau clinique du syndrome de Gerstman²¹.

20 LUSSIER Francine et FLESSAS Jeanine, *Neuropsychologie de l'enfant, Troubles développementaux et de l'apprentissage*, 2ème édition, Dunod, 2009, p.214

21 Le syndrome de Gerstman se manifeste par une agnosie digitale, une agraphie, une acalculie et une indistinction de la droite et de la gauche. Celui-ci se rencontre dans les atteintes du lobe pariétal gauche au

3. La dyspraxie idéatoire : elle correspond à un trouble de la manipulation d'objets et à une agnosie d'utilisation. Le sujet est capable de réaliser chaque acte de manière isolée, il connaît aussi le but à atteindre mais ne sait pas comment organiser ces actes.

4. La dyspraxie idéomotrice : la difficulté se situe dans la manipulation ou les gestes sans objet réel. Le sujet ne sait pas effectuer les gestes dans le « faire semblant ».

5. La dyspraxie de l'habillage : il s'agit de la difficulté à manipuler, orienter correctement et enfiler ses habits.

En 2005, Gérard et Dugas²² ont établi trois sous-types de dyspraxie à partir des critères du DSM-III :

- La dyspraxie de premier type : il s'agit d'une association de troubles praxiques et de difficultés d'expression verbale. Cette dyspraxie suggère un défaut d'installation des coordinations internes au stade sensori-moteur de l'enfant.

- La dyspraxie de deuxième type : la marche et les acquisitions posturales sont préservées, les troubles praxiques ne touchent que les activités motrices qui requièrent une projection dans l'espace. Cependant, les praxies constructives sont altérées et les enfants présentent une dysgraphie.

- La dyspraxie de troisième type : dans cette dyspraxie sont présents un trouble attentionnel ainsi qu'une impulsivité.

En 2008, L. Vaivre-Douret²³ établit une classification de trois types de dyspraxies :

- La dyspraxie idéomotrice, qui affecte la planification du mouvement.

niveau de la région angulaire.

22 PONSOT Gérard, CHABROL Brigitte, MANCINI Josette et DULAC Olivier, *Neurologie pédiatrique*, Edition Brigitte Peyrot, Médecine-sciences Flammarion, 3ème édition, 2010, p.872

23 VAIVRE-DOURET Laurence, *Le point sur la dyspraxie développementale : symptomatologie et prise en charge*, Contraste, ERES, 2008/1, N°28-29, pp.332

- La dyspraxie visuospatiale et/ou visuoconstructive : qui affecte la programmation du mouvement en lien avec les informations visuo-spatio-temporelles et visuospatiales. Un trouble de l'habillage y est souvent associé et cette dyspraxie n'est pas systématiquement associée à un trouble de la coordination globale. De plus, les troubles visuoconstructifs peuvent être isolés et donner lieu à une dyspraxie visuoconstructive pure.

- La dyspraxie globale : elle comprend les deux dyspraxies décrites précédemment avec des troubles associés dans le domaine de la motricité volontaire et avec dans certains cas, des troubles de la fonction cognitive (comme les fonctions mnésiques, exécutives, ou encore attentionnelles). Cette dyspraxie est considérée comme la plus invalidante et elle est susceptible d'être indiquée comme un TAC.

À travers cette classification, L. Vaivre-Douret distingue la dyspraxie développementale d'un trouble plus global des coordinations motrices, le trouble dyspraxique affectant des gestes de nature différente.

VI. Caractéristiques et symptômes psychomoteurs de la dyspraxie développementale, comorbidités

La dyspraxie est encore peu connue de nos jours, notamment par rapport à d'autres troubles des apprentissages tels que la dyslexie. On associe souvent à la dyspraxie le nom de « handicap fantôme » : il s'agit d'un handicap invisible, les troubles praxiques « ne se voient pas » ce qui s'accompagne souvent d'une grande souffrance psychologique pour l'enfant qui semble incompris par son entourage. « Enfant maladroit », « fainant », « qui ne s'intéresse à rien » sont souvent des termes rapportés par certains adultes pour qualifier ces enfants en proie à leurs difficultés avant que le diagnostic ne soit posé. Le taux de prévalence du trouble est de 6 % pour des enfants âgés de 5 à 11 ans et des études ont révélé que la dyspraxie

touche plus fréquemment les garçons que les filles. Selon C. Huron²⁴, nous avons longtemps pensé que le trouble disparaissait à l'âge adulte. Cependant les enfants dyspraxiques ont besoin de plus de temps afin d'apprendre les gestes mais le trouble persiste à l'âge adulte, ils ne sont pas apraxiques.

A) Les symptômes psychomoteurs, et troubles associés

Au cours du développement psychomoteur, nous pouvons observer chez les enfants dyspraxiques certaines caractéristiques qui ont valeur de véritables signaux d'appel. Dès son plus jeune âge, l'enfant dyspraxique est en général décrit comme « maladroit » lors de ses mouvements, il se cogne contre les objets et tombe beaucoup, il peut exister un retard posturo-locomoteur.

Les enfants dyspraxiques présentent des difficultés dans les activités d'assemblage, de manipulation, de construction mais aussi au niveau du graphisme, du coloriage, du découpage, de la copie d'un dessin et des activités nécessitant une coordination bimanuelle alors qu'ils comprennent bien la consigne. Par conséquent, ils se désintéressent de ces jeux qui les mettent en difficulté et peuvent face à eux exprimer des vécus d'échec tels que « *je n'y arrive pas* », étant conscients de leurs difficultés. Ces enfants vont plutôt s'investir dans des jeux symboliques et ont un imaginaire assez riche, certains compensent leur difficultés par un langage très élaboré.

Ils sont souvent maladroits ou en échec dans les activités de la vie quotidienne comme pour manger seul avec des couverts, s'habiller et mettent souvent leurs vêtements à l'envers, confondant côté droit et côté gauche ou encore le devant et le derrière, il est difficile aussi pour eux de se boutonner ou encore nouer des lacets. L'apprentissage de certaines activités reste plus long comme par exemple apprendre à faire du vélo ou à nager. Ces enfants sont souvent caractérisés par une lenteur importante dans les activités motrices et ont peu d'autonomie. Les difficultés peuvent aussi avoir des conséquences sur le plan

24 HURON Caroline, *L'enfant dyspraxique et les apprentissages, mieux l'aider, à la maison et à l'école*, Odile Jacob, 2011, pp.14-15

psychoaffectif, ils peuvent avoir une attitude très infantile et régressive, se replier eux-mêmes ou encore avoir des soucis de sociabilité avec leurs pairs. Ils font preuve de peu d'initiatives et ont peu de goût pour l'ordre, il faut notamment les aider à ranger leur chambre.

La locomotion peut aussi être affectée, les enfants dyspraxiques peuvent avoir des difficultés pour monter et descendre un escalier, sauter à cloche pieds ou encore courir. Ils présentent fréquemment un retard dans les acquisitions du développement psychomoteur (ramper, marche, etc). À partir de 6 ans, la dyspraxie développementale peut devenir plus « visible » notamment lors de l'entrée au cours préparatoire (CP) et avoir des répercussions significatives sur l'apprentissage. Les difficultés graphiques prennent le dessus caractérisées par une lenteur importante et un déficit au niveau quantitatif et qualitatif. Ces difficultés commencent ainsi à avoir des répercussions significatives sur le domaine scolaire : ce sont souvent celles-ci qui poussent les parents à consulter un médecin pour la première fois avec leur enfant.

B) Caractéristiques des enfants dyspraxiques

En fonction du type de dyspraxie, le tableau clinique peut présenter des symptômes psychomoteurs variables, suivant des degrés moins sévères, à plus sévères. Les principaux troubles psychomoteurs retrouvés chez l'enfant dyspraxique, sont les suivants :

- **troubles du schéma corporel, souvent en lien avec l'image du corps** : Afin que l'enfant puisse se repérer dans l'espace par rapport à son corps, il est nécessaire qu'il ait intégré son schéma corporel. L'intégration spatiale du corps (droite/gauche, haut/bas) est parfois difficile chez l'enfant dyspraxique, sur soi ainsi que sur autrui. La reproduction de gestes sur imitation s'avère aussi compliquée. Des difficultés peuvent apparaître par rapport à l'orientation des objets et par rapport à un plan. On note le refus ou un évitement du dessin de personnages. Cependant, à partir d'un certain âge, l'enfant qui présente un quotient intellectuel élevé arrive à compenser mentalement ses difficultés mais la lenteur d'exécution persiste.

- **troubles de l'organisation spatio-temporelle** : La question du temps et de l'espace est difficile à intégrer chez la plupart des enfants dyspraxiques, les aspects séquentiels du repérage spatio- temporel sont en général touchés, ce qui affecte la réalisation gestuelle (localisation, trajectoire, vitesse, etc). En effet, une praxie est une succession de gestes qui s'effectuent dans un espace et un rythme propre.

- **troubles de l'organisation gestuelle** : L'enfant dyspraxique présente des difficultés dans la planification du geste avec un déficit au niveau de la préparation tonico-posturale à l'action en général inadaptée. Ces troubles vont notamment s'exprimer par une maladresse que l'enfant va essayer de compenser par une certaine lenteur afin de réaliser la séquence de gestes de la meilleure manière possible. Ces difficultés d'organisation gestuelle sont en lien étroit avec des troubles perceptivo-moteurs : l'enfant ne parvient pas à adapter ses mouvements à cause d'un déficit d'intégration de l'information sensorielle.

- **troubles de la régulation tonico-posturale** : Le tonus apparaît comme une base sur lequel vient s'élaborer le mouvement. Chez l'enfant dyspraxique, il existe des troubles du tonus en lien avec le maintien de l'axe postural se traduisant par une hypotonie ou une instabilité posturale. La régulation tonique peut être déficitaire au niveau de la précision des gestes et ce manque de régulation peut se percevoir dans des troubles de l'équilibre statique ou dynamique. Nous pouvons retrouver également chez ces enfants des syncinésies persistantes ou des paratonies, en fonction de l'âge de l'enfant.

- **troubles de la motricité fine** : ces troubles ont de grandes répercussions sur l'écriture avec des difficultés dans le déroulement et le contrôle du geste et une pince fine inadaptée. En association avec un trouble d'orientation visuo-spatiale, l'enfant aura des difficultés à écrire des lettres sur une ligne précise. L'écriture est désorganisée et lente. Il existe aussi un défaut d'automatisation du geste (du tracé des lettres), et l'intégration visuo-constructive graphique est en difficulté.

- **troubles des coordinations et dissociations motrices** : l'enfant dyspraxique présente des difficultés à concilier et à coordonner plusieurs degrés de liberté au niveau articulaire, celles ci se caractérisent par des mouvements lents et imprécis. Des difficultés sont présentes au

niveau des coordinations oculo-manuelles (lancer de balles, graphisme, etc.).

D'autres troubles sont aussi retrouvés :

- **Un trouble du regard** : notamment des troubles gnosiques visuels (difficulté dans la reconnaissance visuelle des objets). Chez l'enfant dyspraxique visuo-spatial, on retrouve des anomalies de poursuite oculaire horizontale et verticale, sous une forme saccadique avec un décrochage du regard. Par exemple lors de la lecture, l'enfant risque d'oublier des mots, de sauter des lignes et a beaucoup de difficultés pour dénombrer une collection, il oublie des éléments. Il existe aussi chez l'enfant dyspraxique une « phobie du regard » : l'enfant est très réticent et observe peu les modèles qu'il doit reproduire, il évite les activités graphiques ou de dessin dès l'âge de 3 ou 4 ans.
- **Une discordance entre le QI verbal et le QI de performance** : avec une différence d'au moins douze points en faveur du QI verbal.
- **Les aspects figuratifs et concrets sont perturbés** : l'aspect opératif est souvent mieux maîtrisé que l'aspect figuratif.

C) Des répercussions considérables sur le domaine scolaire et le développement psycho-affectif de l'enfant

L'ensemble de ces troubles vont être à l'origine de difficultés d'apprentissage scolaire, de troubles du comportement et d'inadaptation sociale et émotionnelle.

Au niveau de l'apprentissage scolaire, l'enfant présente de grandes difficultés graphomotrices avec une écriture souvent qualifiée de « brouillonne » ou « illisible ». Les troubles spatiaux ont des répercussions sur l'apprentissage des mathématiques et de la géométrie qui deviennent des matières redoutées. Les difficultés au niveau de la motricité fine rendent le maniement d'outil scolaires complexe (compas, règle, rapporteur, ciseaux,

etc.). Le fait que l'enfant dyspraxique ne puisse pas automatiser certains gestes, le positionne en « double tâche » et lui demande beaucoup de concentration ce qui se traduit par une importante fatigabilité. De plus, leur maladresse gestuelle les conduit à éviter les activités sportives.

Ce handicap a d'importantes répercussions sur le plan comportemental. En effet, l'enfant dyspraxique est conscient de ses difficultés et de son échec. Il dépense beaucoup d'énergie pour essayer de compenser son trouble, ce qui génère beaucoup de lenteur et de fatigue. Il est souvent catalogué comme « maladroit », « paresseux » ou encore « immature » lorsque son entourage ne connaît pas son handicap. Ceci génère des perturbations psycho-affectives plus ou moins sévères selon les enfants. Plusieurs études révèlent que les enfants dyspraxiques présentent des difficultés d'intégration qui se traduisent pas une grande tendance au repli sur soi et à l'isolement²⁵. Les enfants dyspraxiques souffrent d'une importante perte d'estime de soi qui peut engendrer de l'anxiété, une grande tristesse, ou encore faire apparaître une symptomatologie dépressive. À l'école, lors de la récréation par exemple, ils ont tendance à s'isoler des autres pour ne pas apparaître comme « malhabile ». La dyspraxie peut aussi avoir des retentissements importants sur le cadre familial : quand les parents ne sont pas conscients que leur enfant est en proie à un réel handicap, ils peuvent se montrer d'autant plus exigeants avec l'enfant qui selon eux, « peut mieux faire ». Cependant, l'enfant essaye tant bien que mal de faire de son mieux, les adultes ne se rendent pas compte des efforts importants qu'il fournit. Des prises de positions « rigides » des adultes envers l'enfant peuvent favoriser l'apparition de troubles oppositionnels avec provocation, ou encore un refus scolaire anxieux. L'adolescence peut être par la suite marquée par une révolte, de l'opposition, des conduites régies par la recherche de sensations et de l'agressivité chez des enfants qui étaient auparavant enclins à l'inhibition.

25 MARCELLI Daniel, COHEN David, *Enfance et psychopathologie*, 9ème édition, Elsevier Masson, 2012, p.121

Au niveau des répercussions de la dyspraxie sur le plan psycho-affectif, D. Marcelli distingue deux groupes d'enfants :

→ Un premier groupe avec des enfants dyspraxiques chez lesquels on retrouve une immaturité, des attitudes infantiles, ou une fuite des contacts avec les autres car l'enfant est souvent sujet de « moqueries » de la part de ses congénères. Cependant, ils restent dans le cadre d'un développement psycho-affectif « normal ».

→ Un deuxième groupe, avec des enfants qui sont sujets à des perturbations plus importantes qui se répercutent sur la construction de leur personnalité. Souvent du fait de leur difficulté du contact ces enfants ont un aspect plus « étrange », et restent dans l'isolement.

Outre les troubles qui touchent essentiellement l'aspect fonctionnel de leur motricité, le handicap peut avoir un impact conséquent sur la construction de la personnalité de l'enfant et peut générer une grande souffrance psychologique, prenant parfois même le dessus sur les troubles moteurs.

D) Comorbidités

En effet selon D. Marcelli²⁶, la dyspraxie développementale peut être associée à d'autres pathologies, notamment un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH), des troubles des apprentissages scolaires (dyslexie, dysgraphie, dysorthographe, dyscalculie) ou encore des troubles du développement du langage. Certaines pathologies sont secondaires aux difficultés liées au tableau clinique de la dyspraxie, comme les troubles anxieux, l'inhibition, le refus scolaire, la dépression de l'enfant, ou encore le trouble oppositionnel avec provocation.

26 MARCELLI Daniel, COHEN David, Enfance et psychopathologie, 9ème édition, Elsevier masson, 2012, pp. 121-122

VII. L'approche clinique du diagnostic

Afin de poser un diagnostic de dyspraxie il est indispensable qu'un neuropsychologue ou un neuropédiatre puisse apporter un raisonnement différentiel sur l'ensemble des évaluations réalisées. Le bilan psychomoteur de l'enfant peut également venir étayer les suspicions de dyspraxie.

Dans un premier temps il est important de recueillir les éléments d'anamnèse et ceux issus des données médicales de la période périnatale de l'enfant ainsi que les données du développement psychomoteur. Le médecin peut questionner les parents sur les activités quotidiennes de l'enfant au niveau alimentaire, en matière d'habillement ainsi que sur les activités ludiques et scolaires. Il est important d'écarter un retard psychomoteur lié à un déficit mental global, à des difficultés psycho-affectives ou à des troubles du comportement d'origine psychopathologique.

En cas de suspicion de dyspraxie visuospatiale et/ou visuoconstructive, l'examen ophtalmique et orthoptique doit être systématique. Le médecin pourra alors s'appuyer sur l'ensemble des données ci-dessus et les résultats des différents examens cliniques, neuropsychomoteurs, psychologiques et neuropsychologiques afin de confirmer le diagnostic de dyspraxie développementale.

VIII. Hypothèses étiologiques

A) Hypothèses étiologiques neurologiques

Plusieurs études ont abordé les causes possibles de la dyspraxie. Dans le cas de l'apraxie chez l'adulte, on retrouve presque toujours une lésion neurologique variant suivant le type d'apraxie. Dans le cas d'un enfant atteint de dyspraxie il s'agit d'un trouble développemental sans lésion neurologique. Cependant, des études ont émis des hypothèses quant à l'implication de certaines régions cérébrales qui seraient responsables des atteintes praxiques observées dans la dyspraxie. Il est intéressant cependant de noter que certaines de ces études remontent déjà à quelques années et qu'actuellement, malgré les progrès technologiques en neuro-imagerie l'origine de la dyspraxie reste encore inconnue.

Cermark²⁷ en 1985 formule d'autres hypothèses quant aux principaux facteurs étiologiques pouvant expliquer la dyspraxie. Selon l'auteur, il existerait deux grands groupes d'étiologies à l'origine de la dyspraxie. Dans le premier groupe, la dyspraxie serait essentiellement due à une pathologie périnatale : une atteinte anoxique de courte durée à la naissance ou encore une prématurité. Dans le cas de l'anoxie du nourrisson, celle-ci entraînerait une brève souffrance cérébrale qui ne serait pas assez importante pour entraîner une déficience motrice cérébrale mais suffisante pour altérer certaines cellules cérébrales notamment dans les zones dites d'association²⁸. Dans le second groupe, les causes résulteraient de problèmes développementaux ou cognitifs liés à l'histoire familiale. D'autres publications du même auteur évoquent des atteintes des noyaux gris centraux, du cervelet et même du système lemniscal médial impliqué dans le tact, et affectant les séquences de mouvement complexes, la dextérité manuelle fine, l'orientation et la manipulation des objets dans l'espace.

27 LUSSIER Francine et FLESSAS Jeanine, *Neuropsychologie de l'enfant, troubles développementaux et de l'apprentissage*, 2ème édition, Dunod, 2009, pp.210-211

28 Les régions associatives du cerveau sont le siège de connaissances que le sujet aurait du monde extérieur mais aussi de son monde intérieur à lui et de ses mouvements

D'après F. Lussier et J. Flessas, nous pourrions invoquer une immaturité des structures cérébrales nécessaires pour réaliser une praxie. Cependant, dans les tableaux dyspraxiques les plus sévères les enfants présenteront toujours des difficultés à l'âge adulte.

De nos jours, on sait que la dyspraxie n'est pas due à une lésion cérébrale. À l'aide des nouvelles technologies, telles que les examens radiologiques, l'électroencéphalogramme, ou encore la neuro-imagerie, certains chercheurs ont tenté de découvrir le fonctionnement du cerveau afin d'en déceler une cause possible de la dyspraxie. Jusqu'à présent ces recherches n'ont pas apporté d'informations complémentaires à ce sujet. D'après C. Huron²⁹, en France il existe à ce jour seulement trois études d'imagerie par résonance magnétique (IRM) fonctionnelle. La plus pertinente a été réalisée chez 12 garçons dyspraxiques âgés de 9 à 12 ans. En comparant ce groupe à un groupe contrôle, il est demandé aux enfants de suivre une cible bleue qu'ils doivent rattraper avec un joystick. Lors de l'IRM, on observe l'activation du cortex pariétal gauche (région impliquée dans le mouvement et les performances visuo-spatiales) chez les enfants non atteints et une diminution de l'activation de ce même cortex chez les enfants dyspraxiques.

B) Etiologie neuropsychologique de la dyspraxie

Plusieurs hypothèses étiologiques neuropsychologiques ont été posées par divers auteurs avec notamment Ayres, Bullinger, Cermak, et Dewey.

1. La théorie du trouble de l'intégration sensorielle d' Ayres

Ayres³⁰ a avancé, en 1972, une théorie du trouble de l'intégration sensorielle, dont le nom même a été associée à la dyspraxie. Selon cet auteur la dyspraxie résulterait de l'activité neuronale qui précède le mouvement. Dans le cadre du développement « normal » l'enfant va évoluer vers une intégration sensorielle adéquate qui va l'aider par la suite à organiser et

29 <http://www.cea.fr/jeunes/mediatheque/videos/conferences/dyspraxie-quand-le-cerveau-s-emmele>

30 LUSSIER Francine et FLESSAS Jeanine, *Neuropsychologie de l'enfant, troubles développementaux et de l'apprentissage*, 2ème édition, Dunod, 2009, p.212

planifier ses mouvements. D'après Ayres, l'intégration sensorielle s'opère difficilement chez l'enfant dyspraxique ce qui se traduit par une incapacité d'évaluer l'importance des informations sensorielles reçues du monde extérieur et par le biais de son propre corps. Ainsi la mauvaise intégration sensorielle chez l'enfant dyspraxique le mettrait en difficulté dans la planification et l'exécution de mouvements nouveaux. Le déficit d'intégration sensorielle touche les informations extéroceptives (visuelles, auditives, tactiles) et intéroceptives (kinesthésiques, proprioceptives, vestibulaires). L'auteur met au premier plan les difficultés de gestion des stimuli tactiles susceptibles de produire le déficit de planification. Ainsi, l'enfant dyspraxique sera incapable de synchroniser les signaux provenant de son environnement, dont l'intégration adéquate conditionne la bonne séquence de sa réponse motrice.

2. La théorie de Bullinger

Les travaux de Bullinger³¹ offrent un éclairage des troubles praxiques dans une perspective sensorimotrice et rejoignent l'hypothèse d'Ayres. Les difficultés gestuelles de l'enfant dyspraxique seraient en lien avec une entrée visuelle perturbée et une coordination de la vision focale et périphérique déficitaire. Le projet spatial d'exploration n'est ainsi pas réalisable ce qui donne lieu à des troubles des praxies oculomotrices. Au niveau de l'entrée auditive, les sons peuvent être perçus comme irritatifs et le sujet dyspraxique présente des difficultés à localiser une source auditive. Au niveau de l'entrée tactile des difficultés de gestion des stimuli apparaissent aussi comme des irritations tactiles. Les entrées vestibulaires seraient aussi perturbées ainsi que les mécanismes de régulation tonique. Ainsi, l'intégration sensorielle à ces différents niveaux serait déficitaire chez le sujet dyspraxique ce qui causerait un mauvais ajustement tonico-postural et par conséquent entraverait la formation correcte du geste.

31 CHADZYNSKI Dorota, *Les troubles praxiques*, document à partir de l'enseignement d'André Bullinger, CH Perrens, 2012, pp.2-3

3. La théorie de Dewey

Dewey³², en 1995, soutient l'idée que la dyspraxie serait un désordre de la performance gestuelle : c'est la représentation abstraite du geste qui serait déficitaire chez l'enfant dyspraxique. Les erreurs praxiques ne seraient ainsi pas dues à des troubles moteurs ou une atteinte perceptivo-motrice. Selon l'auteur, la dyspraxie n'est due à aucune lésion anatomique identifiée : elle exclut toute atteinte cérébrale lésionnelle mais pourrait être consécutive « d'atteintes » motrices et visuo-motrices moins sévères. La chercheuse fait un parallèle avec la dysphasie en effet elle associe ce défaut de conceptualisation symbolique du geste chez l'enfant dyspraxique à celui qu'on observe au niveau du langage chez l'enfant dysphasique.

4. Modèle de Cermark

En 1985, Cermark³³ a présenté une théorie explicative de la dyspraxie qui intègre les connaissances sur les apraxies de l'adulte et certaines idées de Ayres. Elle distingue deux grands groupes de dyspraxies : les troubles de planification motrice et les troubles d'exécution motrice. Dans le groupe des troubles de planification motrice elle distingue la dyspraxie de planification primaire et la dyspraxie de planification secondaire. La première résulterait d'un trouble de l'organisation conceptuelle du geste touchant la maîtrise de la séquence du mouvement et serait comparable à l'apraxie idéatoire chez l'adulte. La dyspraxie de planification secondaire, quand à elle, résulterait de troubles d'orientation spatiale et d'intégration sensorielle et serait comparable à l'apraxie de construction chez l'adulte. Dans le second groupe, celui des troubles d'exécution motrice, on trouve des enfants dont les symptômes correspondent à l'apraxie idéo-motrice de l'adulte. Ces enfants savent comment planifier leur geste mais sont maladroits dans leur exécution : Cermark parle de trouble de l'exécution des mouvements intentionnels, qui produirait une dyspraxie exécutive.

32 LUSSIER Francine et FLESSAS Jeanine, *Neuropsychologie de l'enfant, troubles développementaux et de l'apprentissage*, 2ème édition, Dunod, 2009, p.213

33 LUSSIER Francine et FLESSAS Jeanine, *Neuropsychologie de l'enfant, troubles développementaux et de l'apprentissage*, 2ème édition, Dunod, 2009, pp.214-215

La dyspraxie est ainsi un trouble affectant la planification et/ou la programmation d'un geste intentionnel. Le trouble peut affecter des gestes de nature différente comme dans la dyspraxie visuospatiale et/ou visuoconstructive et de l'habillage, la dyspraxie idéomotrice, ou encore la dyspraxie « globale » comprenant les deux précédentes ainsi que des comorbidités. Elle se distingue ainsi d'autres entités cliniques telles que le « TAC ». La dyspraxie est un réel handicap qui peut être source d'une importante souffrance psychologique. Les modèles étiologiques se succèdent et élaborent diverses hypothèses quant aux causes possibles de la dyspraxie mais il n'existe pas à ce jour de consensus. La dyspraxie n'est actuellement toujours pas clarifiée et les recherches doivent être poursuivies pour essayer de comprendre sa nature ainsi que les mécanismes mis en jeu.

**Troisième partie : la place de la psychomotricité dans
la prise en soin de l'enfant dyspraxique**

I. La place de la psychomotricité dans la prise en soin de l'enfant dyspraxique

La dyspraxie présente une symptomatologie propre au champ du corps et du mouvement où la prise en soin en psychomotricité a une place prépondérante. Chez l'enfant dyspraxique la gestualité est « désordonnée » et la représentation du corps en mouvement est entravée comme s'il existait une sorte de dualité entre soma et psyché associées ou non à un haut potentiel intellectuel. Ainsi chez certains enfants, il y a une sorte d'opposition entre la motricité entravée et un surinvestissement du langage afin de compenser les troubles. Compte tenu des répercussions importantes de la dyspraxie sur les sphères scolaire, sociale et psychologique de l'enfant, une prise en soin en psychomotricité me semble importante.

Le psychomotricien propose ainsi à l'enfant dyspraxique un lieu contenant où il pourra réaliser des expériences mettant en jeu son corps. Ce temps d'expérimentation et d'étayage du vécu corporel de l'enfant peut l'amener à mieux appréhender son corps, les autres ainsi que son environnement. Lors de la prise en soin de l'enfant dyspraxique, le psychomotricien dans un souci d'approche globale tient compte des difficultés d'aisance corporelle liées au trouble, mais aussi des répercussions du trouble sur le plan psycho-affectif de l'enfant qui peuvent être très importantes. Ainsi la prise en soin en psychomotricité de l'enfant dyspraxique s'organise au cas par cas, selon le type de dyspraxie présent et des troubles associés éventuels : chaque enfant dyspraxique est différent.

Le premier axe de travail du psychomotricien se fait en général autour de la communication. Il s'agit de signifier à l'enfant qu'on reconnaît ses difficultés et en quoi elles constituent un handicap pour lui. Le psychomotricien doit sensibiliser la famille ainsi que l'école sur les troubles induits par la dyspraxie et sur leurs répercussions sur le plan comportemental et dans la vie quotidienne. Le but de ce travail de communication est de faire prendre conscience à l'enfant ainsi qu'à son entourage que ses difficultés ne sont pas

dues à de la mauvaise volonté, ni une déficience intellectuelle. Cette sensibilisation tente d'éloigner toute stigmatisation pour éviter que l'enfant ne perde confiance en lui et ne développe des troubles du comportement.

Pierre est un petit garçon âgé de 8 ans, il est scolarisé en classe de CE1. Pierre est suivi en psychomotricité pour des difficultés graphiques, de repérage spatio-temporel et de confiance en soi. Il est décrit par sa maman comme un garçon qui pleure beaucoup et qui « peut s'effondrer à tout moment ». Ces comportements agacent un peu la maman, elle se demande si des fois « il ne fait pas exprès ». Elle se plaint notamment de certaines situations de la vie quotidienne : il a toujours besoin d'être à ses côtés pour bien se repérer, son écriture est « illisible » et sa chambre est mal rangée. Des bilans neuropsychologiques et médicaux viennent alors compléter le bilan psychomoteur établi et mettent en lumière une dyspraxie visuo-spatiale. Lors de l'entretien au cabinet, une fois que le diagnostic a été posé, commence alors un travail d'information à propos du handicap. La maman de Pierre nous dit qu'elle a cherché des informations sur internet mais qu'elle n'a pas pu se saisir de toutes les explications, le terme « dyspraxie » ainsi que les troubles générés par ce handicap lui semblent encore « flous ». Pierre s'exprime alors : « on m'a dit que j'étais dyspraxique, mais je ne sais pas ce que c'est ». La psychomotricienne prend alors le temps d'expliquer à la maman ainsi qu'au petit garçon toutes les caractéristiques de la dyspraxie : en effet, la dyspraxie n'est pas due à une mauvaise volonté de l'enfant, il y a des choses qu'il sait « moins bien faire » mais il possède également d'autres compétences qu'il faut favoriser, comme la performance à l'oral, la curiosité, et la culture générale. Pour la maman, l'annonce du diagnostic a été un « soulagement », celle-ci dit que depuis elle se montre moins exigeante avec son enfant du fait de ses difficultés, et que cela a un impact également sur le plan psycho-affectif de Pierre. Le fait de mettre un « nom » sur les difficultés du garçon l'aident à établir des liens avec le comportement du garçon dans les situations de la vie quotidienne. Je peux remarquer durant l'entretien que la maman se montre plus chaleureuse avec son fils et plus compréhensive.

Pour l'enfant dyspraxique, le plus souvent un travail interdisciplinaire est mis en place. Ainsi, chaque professionnel apporte ses compétences dans le but de permettre à l'enfant d'acquérir une meilleure autonomie et un meilleur épanouissement. Dans le cadre du cabinet libéral, la psychomotricienne est en relation avec l'école de l'enfant, les parents ainsi que les autres professionnels concernés dans la prise en soin de l'enfant. Le psychomotricien

peut ainsi travailler en collaboration avec les enseignants de l'enfant et les informer sur les difficultés de l'enfant et les stratégies compensatoires qui peuvent être mises en place. Dans le cas de la dyspraxie visuo-spatiale, il est possible d'aider l'enfant par des repères visuels au niveau des textes, afin de lui permettre de mieux se repérer dans l'espace de la feuille. Un code couleur peut être mis en place avec des lignes surlignées de différentes couleurs ou encore des paragraphes mis en évidence dans un encadré et espacés les uns des autres. Au niveau de l'écriture, il est par exemple possible d'aider l'enfant en surlignant les lignes de différentes couleurs afin qu'il puisse repérer le début et la fin de la ligne sur laquelle écrire. L'enfant peut ainsi mieux repérer les lignes afin d'écrire les lettres troncs (entre une ligne marron, et verte par exemple) et les lettres non troncs (entre la ligne marron et bleue). Nous verrons par la suite, plus en détail, quelles stratégies peuvent être proposées dans le repérage spatial des écrits.

Il est important aussi d'informer le corps enseignant sur la fatigabilité importante de l'enfant : l'enfant fournit des efforts considérables toute la journée ce qui se traduit par une grande fatigue, notamment en fin de journée où l'enfant est souvent en incapacité de noter ses devoirs pour le lendemain. Il peut être alors possible de noter les devoirs plus tôt dans la journée ou d'organiser un système de photocopies, à partir du cahier de texte d'un autre élève et ce, y compris pour les leçons.

En séance de psychomotricité, il faudra permettre à l'enfant de compenser ses difficultés et l'aider à mettre en place des stratégies afin que ses difficultés le mettent en échec le moins possible dans sa vie quotidienne. Il faudra définir les axes de prise en soin selon les difficultés prédominantes de l'enfant : les stratégies compensatoires que pourra utiliser l'enfant ne sont pas les mêmes en fonction du type de dyspraxie.

Le psychomotricien peut proposer à l'enfant un travail de « rééducation » sensorimotrice afin d'améliorer la qualité de ses perceptions et la représentation de son corps. Un travail autour de l'intégration du schéma corporel est très important et

indissociable du travail de repérage spatio-temporel. La prise en soin en psychomotricité va partir de la motricité globale de l'enfant pour se focaliser par la suite sur des fonctions plus complexes comme la motricité fine. Le psychomotricien va alors travailler avec l'enfant dyspraxique des axes plus ciblés tels que les coordinations et dissociations des différents segments corporels, la régulation du tonus, l'équilibre ou encore la motricité fine. Tout au long de la prise en soin, le psychomotricien prend aussi en compte les difficultés affectives de l'enfant liées au handicap, sa souffrance psychologique ainsi que les éventuels troubles du comportement. Un enfant dyspraxique ne peut pas guérir de ce trouble : le psychomotricien peut cependant soutenir et encourager l'enfant dans la mise en jeu de son corps, dans l'espace, dans la relation aux objets, à l'autre et favoriser des expériences gratifiantes qui viennent étayer le sentiment de confiance en soi. Le regard non jugeant et bienveillant du psychomotricien peut contribuer à améliorer la perception que l'enfant a de ses potentialités. La mise en confiance de l'enfant et sa revalorisation sont des axes très importants à prendre en compte en séance pour diminuer la souffrance psychologique de l'enfant.

A) La place de l'intégration sensorielle, vers la représentation et l'investissement du schéma corporel

Certains enfants dyspraxiques présentent un défaut d'intégration sensorielle qui peut se traduire par une hyper ou hyposensibilité tactile. Ils n'aiment pas peindre avec les doigts, manipuler des objets ou encore manipuler certaines textures qui leur paraissent désagréables (comme de la pâte à modeler, des objets en métal, en bois, etc). Ils n'aiment pas non plus qu'on les touche. D'autres stimulations sensorielles externes peuvent être aussi impliquées : de nombreux enfants dyspraxiques ne supportent pas certaines textures de nourriture, certaines odeurs et peuvent être sensibles aux bruits, à l'agitation et à d'importants stimuli visuels.

'Océane est une petite fille âgée de huit ans et six mois lorsque je la rencontre durant mon stage. La petite fille est suivie au cabinet pour une dyspraxie visuo-spatiale à laquelle sont associés des troubles de la coordination globale. Océane investit très peu son corps et compense ses difficultés gestuelles par un langage très élaboré et soutenu. Avec la psychomotricienne, nous avons pu constater au fil des séances qu'Océane « fuit » les activités de manipulation, de discrimination sensorielle, elle évite de « toucher » les objets et n'aime pas elle même « être touchée ». Lors d'une séance, nous proposons à Océane de réaliser un parcours sensoriel. Ce parcours se compose de diverses dalles aux propriétés sensorielles différentes. Océane se met pieds nus et je l'invite à découvrir ce parcours en marchant sur chaque dalle afin de discriminer les sensations induites. Océane passe une première fois sur toutes les dalles d'un pas bref et rapide sans tenir compte de la consigne. Elle reste tonique dans son corps et cette expérience semble désagréable au vu de ses expressions. Je lui propose de recommencer l'expérience, cette fois-ci en prenant le temps de rester un instant sur chaque dalle. Océane accepte mais la prise d'informations sensorielles semble compliquée. Elle ne trouve pas le vocabulaire adéquat pour décrire certaines propriétés ou confond certaines notions telles que « épais » et « fin ». Je l'accompagne alors verbalement en réalisant le parcours avec elle afin de « mettre des mots » sur les sensations induites comme le dur, le mou, le froid, le chaud, le lisse, le rugueux ou encore l'épais ou le fin. Cet étayage verbal et le fait de réaliser l'activité avec elle la met peu à peu en confiance. Océane parvient alors à se détendre.

Le rôle du psychomotricien est alors d'accompagner l'enfant dyspraxique, progressivement vers l'investissement sensoriel. Par des activités sensorielles, le psychomotricien aide l'enfant à se centrer sur ses sensations à les percevoir et les identifier, puis à les verbaliser pour l'aider par la suite à les intérioriser.

Lors de la séance suivante, je propose à Océane de répéter l'expérience du parcours sensoriel avec les yeux fermés afin de se centrer encore plus sur ses sensations. La petite fille est d'accord et semble plus enjouée cette fois ci pour réaliser l'activité. Lors de ce parcours je guide Océane en la prenant par la main. Au début la mise en confiance est difficile, Océane reste très tonique et m'attrape plusieurs fois l'autre main afin d'avoir un appui plus stable. Cependant elle parvient à mieux discriminer les sensations et à les mettre en mots. Lorsqu'elle ne trouve pas les mots adéquats je les verbalise avec elle. Océane refait ensuite le parcours les yeux ouverts et prend bien le temps de discriminer les sensations qu'elle arrive à nommer plus facilement, ce qui s'accompagne d'une détente corporelle visible. Océane semble fière d'elle et s'exprime « je ne me suis pas trompée ! ».

La possibilité de discriminer les sensations et d'y mettre du sens aide l'enfant à ne pas recevoir le stimulus comme une charge mais à pouvoir l'organiser, l'identifier, le représenter mentalement et il devient ainsi moins irritant. La représentation et l'intégration des sensations permettent à l'enfant dyspraxique de mieux analyser ce qui se passe, ce qui aide par la suite à mettre en place un recrutement tonico-postural adéquat pour anticiper l'action. Ce travail sur la proprioception va aider l'enfant à améliorer la prise de conscience de son schéma corporel. Cette prise de conscience est primordiale afin de réaliser une séquence gestuelle de meilleure qualité et plus adaptée à l'environnement.

Identifier les sensations contribue également à diminuer l'angoisse de l'enfant dyspraxique. En effet, les stimuli « inconnus » peuvent être perçus comme intrusifs et inquiétants. Le fait de les nommer avec le psychomotricien aide l'enfant à mieux percevoir ce qui se passe. L'enfant dyspraxique est alors capable de « classer » ses sensations : elles deviennent plus familières, l'enfant se sent plus en confiance et cela influe sur une régulation tonique plus adéquate.

Afin de favoriser l'intégration sensorielle le psychomotricien peut ainsi proposer à l'enfant dyspraxique :

- ◆ Des parcours sensoriels sur des tapis ou des matériaux ayant des propriétés sensorielles différentes. par exemple dur/mou, épais/fin, froid/chaud, lisse/rugueux, etc.
- ◆ Des activités de manipulation d'objets différents dans leur forme et leur texture, leur poids, leur taille : par exemple des graines ou encore des boutons (boutons en fer, boutons en bois, bouton lisses ou avec du relief). Le psychomotricien peut aussi proposer à l'enfant de fermer les yeux pour qu'il s'entraîne à discriminer des objets en fonction de leurs propriétés sensorielles, mais aussi en fonction de leurs formes.

- ◆ Faire rouler une balle sur différentes parties du corps de l'enfant ou en réalisant le contour de son corps. Le psychomotricien peut choisir différentes balles : par exemple des balles plus grosses, plus petites, à picots, lisses, ou encore semi-gonflées, pour offrir à l'enfant des sensations différentes. Lorsque l'enfant n'aime pas les stimulations tactiles, il est préférable de commencer avec un gros ballon pour offrir un appui plus global et moins marqué qu'avec une balle à picots qui peut être perçue comme irritante. Tout en faisant rouler la balle, il est important de nommer les parties les corps stimulées ce qui contribue à améliorer les connaissances de l'enfant de son schéma corporel.

B) Vers l'intégration du schéma corporel et l'amélioration des élaborations spatiales

En 1970, J. De Ajuriaguerra propose la définition suivante du schéma corporel : *« édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. »*

Le schéma corporel est une réalité permanente, il nous donne la valeur spatiale de toute sensation et le sentiment de présence de notre corps. La structuration du schéma corporel est en lien étroit avec celle de l'image du corps. La connaissance de notre schéma corporel est très importante dans la réalisation des gestes intentionnels. Pour agir sur les objets qui nous entourent, pour nous déplacer, il nous faut avoir conscience de notre corps. Dans la plupart des cas, chez l'enfant dyspraxique le schéma corporel est mal assimilé ou reconnu, les différentes parties du corps sont mal intégrées, coordonnées ou dissociées ce qui contribue à rendre les gestes maladroits.

Océane présente d'importantes difficultés pour se situer dans l'espace. La connaissance des différentes parties du corps n'est pas bien assimilée ni la distinction entre sa droite et sa gauche. Cela se traduit par des difficultés dans les activités de coordinations et de dissociations. Lors d'une séance de psychomotricité, avec la psychomotricienne nous lui proposons de jouer à nous lancer un ballon de baudruche avec différentes parties du corps. Nous devons dire également si nous lançons le ballon avec notre droite ou notre gauche, par exemple « avec le pouce droit » ou « la main gauche » en fonction de la partie du corps utilisée. Cet exercice a pour but de consolider la connaissance des différentes parties du corps mais aussi de les dissocier en différenciant également notre droite et notre gauche. Lors du lancer de ballon, Océane présente des difficultés dans la différenciation de sa gauche et de sa droite mais aussi dans la connaissance fine de certaines parties de son corps : par exemple lorsqu'elle lance le ballon à l'aide de sa hanche, je dois l'aider à la nommer. Les dissociations des différentes parties du corps sont quelques fois compliquées dans les lancers : lorsque Océane lance la ballon à l'aide de son avant-bras, elle fait également intervenir son buste et ses jambes dans le lancer. De plus, la petite fille manifeste son sentiment d'échec en se cachant le visage avec ses mains, lorsqu'elle se trompe dans la nomination de la partie du corps utilisée. Il est alors nécessaire de soutenir la petite fille, je lui explique que ce n'est pas grave. Je lance à mon tour le ballon avec mon pied que je nomme volontairement « genou ». Océane se met à rire et me corrige immédiatement : elle s'apaise et semble fière d'elle d'avoir remarqué l'erreur et m'aider à me corriger ce qui contribue à sa revalorisation.

La connaissance du schéma corporel est primordiale afin de se positionner dans l'espace par rapport à un objet, une personne ou encore une direction. La prise en soin en psychomotricité me semble donc essentielle dans le cas de la dyspraxie, elle peut aider l'enfant à progresser, améliorer l'intégration de son schéma corporel ainsi que la relation de son corps à l'espace. Ces notions sont importantes dans l'organisation d'une séquence gestuelle : un geste se déroule dans une direction particulière à un endroit donné suivant un certain rythme.

Lors d'une séance, je propose à Océane de faire rouler une balle sur les différentes parties de son corps tout en les nommant. Je l'accompagne en le faisant avec elle. La petite fille parvient à nommer la majorité des parties de son corps. Par la suite, la psychomotricienne lui propose de réaliser un parcours avec des cerceaux. Océane se saisit des cerceaux et les pose sur le sol de la salle en formant un chemin sinueux. Je remarque qu'Océane investit de mieux en mieux l'espace de la salle : elle utilise tout l'espace environnant pour disposer les cerceaux. Lorsque je lui demande de me décrire son parcours et ce qu'elle va réaliser, Océane parvient à bien décrire les différentes directions qu'elle va prendre tout au long du chemin sinueux.

En séance de psychomotricité, la mise en jeu du corps permet de l'établir progressivement comme un repère spatial. La construction du schéma corporel passe par l'intégration de l'axe du corps, via les mouvements, les sensations : cette prise de conscience favorise l'organisation de la structuration spatiale. L'enfant va appréhender et parfaire peu à peu la topographie de son corps : différencier sa droite de sa gauche, différencier le haut du bas du corps, l'avant de l'arrière du corps. Il pourra par la suite s'appuyer sur ces connaissances pour mieux se repérer par rapport aux objets et dans l'espace de la feuille. Le travail d'intégration du schéma corporel contribue également à une meilleure organisation de la latéralité et permet à l'enfant d'améliorer les différentes coordinations et dissociations.

Chez l'enfant dyspraxique, une meilleure appréhension du schéma corporel peut aussi contribuer à améliorer la perception qu'à l'enfant de ses potentialités donc sa confiance en lui. Cela peut éventuellement aider l'enfant à mieux investir les activités mettant en jeu le corps et le repérage dans l'espace, notamment à l'école lors des jeux de récréation avec les autres enfants. L'enfant peut ainsi se sentir moins « rejeté » et mis à l'écart par ses pairs ce qui contribue à une meilleure socialisation.

Une meilleure connaissance du schéma corporel et des élaborations spatiales a aussi son importance dans l'habillement : de nombreux enfants dyspraxiques présentent des difficultés pour s'habiller, ils ont souvent besoin de l'aide de l'adulte. Ceci peut être source de repli sur soi, notamment à l'école quand l'enfant voit que ses pairs s'habillent rapidement de façon autonome. L'amélioration de la connaissance du schéma corporel peut aider l'enfant à

mieux orienter ses vêtements par rapport à son corps, savoir où passer sa tête dans un tee-shirt, ses bras dans un manteau ou encore ses jambes pour enfiler un pantalon.

Afin de favoriser l'intégration du schéma corporel et des élaborations spatiales, le psychomotricien peut proposer par exemple à l'enfant dyspraxique :

- ◆ La relaxation et notamment celle de Bergès peut constituer un travail intéressant. Celle-ci favorise l'attention et la décontraction musculaire. Cette méthode consiste à envelopper à l'aide de nos mains, les différentes parties du corps de l'enfant tout en les nommant. Ce travail favorise la conscience corporelle de l'enfant donc son intégration du schéma corporel et celle de son image du corps. Cette relaxation va aussi aider l'enfant à lâcher prise et à diminuer ses angoisses.
- ◆ Des activités éveillant la proprioception de l'enfant, ce qui rejoint le travail d'intégration sensorielle cité précédemment. Par exemple faire rouler une balle sur la colonne vertébrale de l'enfant pour favoriser l'intégration de l'axe corporel, puis la faire rouler sur les autres parties du corps.
- ◆ Des jeux de balles qui permettent la mise en jeu des coordinations et dissociations, notamment avec un ballon de baudruche. Étant plus léger et plus lent que d'autres ballons, l'enfant bénéficie alors de plus de temps pour anticiper la venue du ballon et son renvoi vers le psychomotricien ce qui peut éviter de le mettre en échec. Par exemple, pour le cas d'Océane, il peut être intéressant de lancer le ballon en nommant les différentes parties du corps utilisées ou différencier la gauche et la droite.
- ◆ Des parcours que l'enfant choisit de construire lui même avec le matériel présent dans la salle. L'enfant va pouvoir sauter, monter des marches, ramper dans un tunnel, courir et se déplacer de différentes manières. Il est important de partir de l'activité spontanée de l'enfant et de lui permettre choisir lui même la manière de réaliser la parcours ce qui favorise la prise d'initiative, la créativité et l'investissement du plaisir en séance. Les parcours sont également intéressants pour mettre en jeu les

coordinations et les dissociations mais aussi l'équilibre et une régulation tonico-posturale adaptée à l'action.

C) La régulation tonico-posturale et l'équilibre

En lien étroit avec la perception, le tonus s'ajuste et s'adapte en fonction de l'action. Le tonus est la toile de fond sur laquelle vient émerger et s'inscrire le mouvement. Il est aussi en lien avec la qualité de relation, on le retrouve dans le développement des fonctions neurobiologiques et dans le développement psycho affectif. L'équilibre est aussi très lié à l'ajustement tonico-postural. Avoir des appuis stables permet de libérer les parties du corps qui vont intervenir dans la réalisation d'une séquence gestuelle.

Chez l'enfant dyspraxique, il peut exister des troubles du tonus en lien avec le maintien de l'axe postural se traduisant par une hypotonie ou une instabilité posturale : par exemple, lors de l'écriture l'enfant « s'avachit » sur son bureau. L'hypertonie est également fréquente chez les enfants dyspraxiques ce qui contribue à les fatiguer. La régulation tonique peut être aussi déficitaire au niveau de la précision des gestes. Ce manque de régulation peut avoir des répercussions sur l'équilibre de l'enfant qu'il soit statique ou dynamique.

Lors d'une séance, la psychomotricienne propose à Océane de s'asseoir sur le gros ballon. Le but de l'activité est de travailler le tonus et l'équilibre car la petite fille s'avachit beaucoup, notamment lors de l'écriture. Océane s'assoit sur le gros ballon et la psychomotricienne le mobilise doucement par des mouvements de rotation. Océane ne parvient pas à maintenir son équilibre : ses pieds ne prennent pas appui sur le sol, les genoux sont tournés en dedans et les bras se « balancent » de gauche à droite. Son tonus et sa posture sont inadaptés, Océane est très crispée : elle tombe alors du ballon sur le tapis. J'explique alors à la petite fille qu'elle doit ancrer ses pieds sur le sol pour maintenir un meilleur équilibre et qu'il est important de se centrer sur son bassin. Dans un premier temps je l'aide en soutenant son bassin sur le ballon, Océane prend aussi appui sur mes bras ce qui lui permet de garder un meilleur équilibre lors des mouvements de rotation du ballon. Je lui propose alors d'essayer seule et je ne fais que mobiliser le gros ballon. Océane parvient à maintenir un meilleur équilibre cependant la régulation tonico-posturale reste compliquée.

En séance, le psychomotricien peut proposer à l'enfant dyspraxique certaines activités afin de travailler spécifiquement ces deux axes, par exemple :

- ◆ Des activités articulées autour du gros ballon. Le psychomotricien peut proposer à l'enfant de s'asseoir sur le gros ballon et le mobiliser par des mouvements de rotation ce qui favorise l'ajustement tonico-postural à la situation. Il peut également réaliser l'exercice de la même manière en proposant à l'enfant de s'allonger sur le ballon, sur le dos ou sur le ventre.
- ◆ La relaxation peut être intéressante lorsque l'enfant dyspraxique est enclin à un tonus trop élevé.
- ◆ Des parcours avec des structures ou des objets ayant un matériau, une hauteur ou une largeur différente notamment pour les enfants présentant une hypotonie. L'enfant pourra ainsi essayer d'ajuster son tonus et son équilibre s'il marche sur du mou, du dur, etc.

D) La motricité fine

La motricité fine est en lien avec le schéma corporel, l'espace, le tonus, la latéralité, et les coordinations et dissociations. Elle requiert que l'enfant ai une appréhension globale de son corps afin de pouvoir maîtriser les gestes les plus fins tels que celui de de l'écriture ou de manipulation. La motricité fine concerne les gestes fins et précis mettant en jeu certaines parties du corps comme la main, le poignet et les doigts.

La motricité fine et plus particulièrement le graphisme représentent une difficulté centrale chez les enfants dyspraxiques. La plupart du temps le geste du tracé n'est pas automatisé et la tenue du crayon (pince fine) est inadaptée lors de l'écriture. La régulation tonico-posturale est souvent de mauvaise qualité aussi les enfants dyspraxiques peinent à contrôler la pression sur le stylo. Orienter la main et le poignet, se repérer dans l'espace de la feuille et maintenir la feuille dans la bonne position sont des choses particulièrement compliquées dans le cas de la dyspraxie constructive visuo-spatiale. Le psychomotricien peut ainsi proposer à l'enfant des stratégies afin de mieux repérer les lignes sur la feuille.

Pierre est ce petit garçon âgé de 8 ans que je vous ai présenté précédemment, atteint de dyspraxie visuo-spatiale. Le geste graphique lui pose beaucoup de difficultés, il utilise sa pince digitale pour écrire au lieu d'utiliser la pince tridigitale et fournit beaucoup d'efforts ce qui le fatigue énormément. Le repérage spatial dans la feuille est aussi très compliqué pour le petit garçon. Lors d'une séance, je propose à Pierre de surligner les lignes de la feuille de différentes couleurs : la ligne du bas en marron qui sera la « terre », la ligne du dessus en vert qui sera « l'herbe » puis la ligne du haut en bleu qui sera le « ciel ». Je lui explique alors que « les petites lettres » c'est-à-dire les lettres troncs partent de la terre et atteignent l'herbe. Les lettres non troncs partent de la terre et atteignent le ciel. Cela amuse beaucoup Pierre et lui permet de mieux se repérer sur la feuille ainsi que sur les lignes. Je lui propose par la suite d'écrire avec trois pressions différentes, de la plus légère à la plus forte. Pierre remarque qu'en écrivant avec la pression plus légère il se fatigue moins et sa main est moins douloureuse et s'exprime « en plus on voit bien ce que j'ai écrits ».

La motricité fine ainsi que la préparation au geste graphique peut être aussi travaillée à l'aide d'une approche sensorimotrice.

Océane n'est pas à l'aise dans le geste de l'écriture. La dissociation poignet/main/doigts est difficile : lors du tracé seul son poignet est mobilisé ce qui lui demande beaucoup d'efforts et la fatigue énormément. Le tracé des lettres n'est pas automatisé, Océane écrit certaines lettres dans le mauvais sens. En séance de psychomotricité, avec la psychomotricienne, nous lui proposons de décomposer le geste dans sa globalité à l'aide de rubans avec lesquels nous dessinons puis écrivons les lettres dans l'air. En partant de l'épaule puis en partant du coude, en partant du poignet et de la main. Océane arrive peu à peu à bien dissocier les différents segments qui composent son bras. Par la suite je lui propose de travailler sur un livre où il faut tracer des lettres de l'alphabet à l'aide de ses doigts : ces lettres sont grandes et rugueuses et mettent en jeu les stimulations sensorielles. Le sens du tracé de la lettre est indiqué par des petites flèches. Océane trace les lettres qui lui posent des difficultés avec ses doigts tout en nommant la lettre. Cela contribue également à intérioriser le geste du tracé. Cependant lorsque Océane se trompe dans le sens du tracé, elle se replie sur elle même et exprime sa déception : « oh non ! Ce n'est pas ça ! » et elle se crispe. Je lui propose alors d'essayer de tracer les lettres avec les yeux fermés : Océane parvient à se centrer sur ses sensations et le tracé est effectué dans le bon sens. Lorsque je félicite la petite fille son visage s'illumine et elle semble fière d'elle.

Afin d'aider l'enfant dyspraxique dans l'amélioration de sa motricité fine, le psychomotricien peut proposer :

- ◆ Des activités mettant en jeu les dissociations : par exemple, appréhender avec l'enfant le mouvement du bras en partant de l'épaule et dissocier le mouvement en partant du coude, du poignets puis bouger les doigts. Le psychomotricien peut aussi proposer à l'enfant de réaliser des dessins dans l'air à l'aide d'un ruban en utilisant tout le bras puis en dissociant de la même façon l'épaule/le bras/le poignet/ la main.
- ◆ Dessiner ou écrire des lettres dans le sable. Le sable a la particularité de ne pas laisser de trace permanente : si l'enfant se trompe dans le sens du tracé ou n'est pas satisfait de son dessin, il peut l'effacer aussitôt et recommencer. Il n'y aura pas de trace « gardée » et l'enfant sera moins susceptible de s'attrister s'il n'est pas satisfait de son dessin.

- ◆ Favoriser les activités de manipulation ou de tracé des lettres en partant d'une approche sensorimotrice. Par exemple écrire avec ses doigts sur des surfaces différentes, lisses, rugueuses, douces, etc. Le psychomotricien peut également proposer à l'enfant de fermer les yeux afin de se centrer sur ses sensations et essayer d'intérioriser le sens du tracé. Les impressions tactiles contribuent à la représentation. Le psychomotricien peut aussi proposer à l'enfant dyspraxique de dessiner des boucles sur un tableau à l'aide de différents feutres ou encore de dessiner ce dont il a envie, en lui laissant la possibilité d'utiliser un matériel différent : des crayons, de la peinture, des craies, etc. Le but étant de favoriser le plaisir du tracé et redonner goût à l'enfant pour le graphisme.

- ◆ Proposer à l'enfant d'écrire avec différentes pressions, de la plus légère à la plus forte. L'enfant peut alors voir qu'il peut fournir moins d'efforts et donc moins se fatiguer en écrivant avec une pression plus légère.

- ◆ Aider l'enfant à mettre en place des stratégies, notamment pour les difficultés visuo-spatiales. Le psychomotricien peut proposer à l'enfant de surligner les lignes de différentes couleurs, marquer le début et la fin de la ligne avec un signe distinctif, lui proposer d'espacer les phrases. Il est important aussi de privilégier les consignes verbales plutôt que de proposer à l'enfant un modèle visuel qui représente une difficulté majeure dans le cas de la dyspraxie visuo-spatiale.

Lors d'une réunion pédagogique dans l'école d'Océane à laquelle j'assiste, son enseignant insiste sur la lenteur et les difficultés d'écriture de la petite fille. Océane bénéficie ainsi de deux heures de soutien graphique par semaine à l'école, cependant le soutien est organisé après l'heure du déjeuner pendant que les autres enfants profitent de la pause en jouant dans la cour. Cela attriste beaucoup la petite fille. La psychomotricienne intervient alors en proposant de diminuer le soutien graphique en passant de deux heures à une heure. En effet, la petite fille est consciente de ses difficultés mais un entraînement intensif ne l'aidera pas pour autant à progresser. Il serait alors préférable de réfléchir à des solutions d'aménagement comme la prise des cours sur un ordinateur, un système de photocopies ou des textes à trous. Il est important de soutenir Océane et pour permettre un meilleur épanouissement il est bénéfique de favoriser le plaisir du jeu et la socialisation avec ses pairs dans la cour de récréation.

L'enfant dyspraxique présente des difficultés dans l'automatisation du geste et ni un entraînement intensif, ni des efforts considérables ne pourront pallier à ses difficultés. Si l'acquisition de certaines compétences est trop coûteuse pour l'enfant, il est préférable de mettre en place des stratégies compensatoires et des aménagements pour contourner les difficultés afin qu'elles ne le mettent en échec le moins possible, notamment au niveau scolaire. Il est important de soutenir l'enfant et de favoriser le plaisir et les jeux qui lui permettront de prendre confiance en lui et développer sa créativité. Cela est primordial chez l'enfant dyspraxique qui fournit des efforts constants dans la vie quotidienne et qui souffre de ses maladresses.

E) Les séances de psychomotricité : un espace contenant et bienveillant

Les difficultés liées à la dyspraxie ont souvent un impact sur le plan psycho-affectif. L'enfant peut être en grande souffrance psychologique, avoir une image de soi négative, être angoissé ou encore développer une phobie scolaire ou des troubles du comportement dans les cas les plus sévères.

Lors d'une séance, la psychomotricienne propose à Océane un jeu de laçage. Océane doit lacer un fil en passant par les trous présents sur la planche, en suivant une frise. Je dois alors lui donner une stratégie pour que la petite fille arrive à lacer correctement la frise. Lorsqu'elle commence à lacer la frise suivante, elle cherche régulièrement à croiser mon regard pour y trouver une approbation. Elle manifeste alors sa peur de l'échec et son inquiétude se lit sur son visage ce qui l'empêche de continuer le laçage. J'essaye alors de l'encourager verbalement afin de soutenir la petite fille qui parvient à finir correctement l'activité. Lorsque la psychomotricienne demande alors à Océane si elle a fini, la petite fille répond d'une manière incertaine : « Oui je crois que c'est bon, oula non peut-être que non ». Je peux alors sentir chez la petite fille un grand manque de confiance en soi et en ses capacités. Lors des séances suivantes, je remarque également qu'Océane peut se montrer anxieuse devant certaines activités par peur de l'échec.

Les troubles liés à la dyspraxie ne sont pas aussi visibles qu'ils peuvent l'être dans d'autres pathologies. L'enfant entend souvent qu'il ne fait pas d'effort alors qu'il met toute son énergie et son attention dans une activité sans pour autant en tirer des bénéfices. Depuis son plus jeune âge il peut être stigmatisé ce qui a d'importantes répercussions sur sa confiance en soi et sur ses compétences.

En séance, Le psychomotricien va soutenir et encourager l'enfant dans la mise en jeu de son corps et favoriser les expériences gratifiantes ce qui va revaloriser l'enfant et étayer peu à peu le sentiment de confiance en soi. Le psychomotricien porte un regard non jugeant et bienveillant sur l'enfant : il n'attend pas de lui des bonnes réponses comme à l'école. Il va aussi favoriser le plaisir de l'enfant dans les activités proposées afin de l'accompagner vers son épanouissement. Dans la vie quotidienne, un enfant dyspraxique fournit des efforts constants dans de nombreuses activités afin de pallier à ses difficultés, l'enfant peut ressentir du découragement et progressivement il risque de se démotiver. Il faut s'interroger sur la façon dont l'enfant vit ses difficultés et prendre en compte son vécu.

La salle de psychomotricité va offrir à l'enfant dyspraxique un espace contenant et bienveillant. Il est important d'encourager l'enfant dans ses potentialités, de mettre en avant « ses points forts » et favoriser sa créativité ce qui contribue à le revaloriser et à soutenir l'estime de soi. La prise en soin en psychomotricité prend ainsi en compte des difficultés psycho-affectives de l'enfant tout en l'accompagnant vers un meilleur investissement corporel. Une fois que l'enfant dyspraxique se sentira plus en confiance par rapport à ses capacités, il sera peut être possible qu'il reprenne « goût » aux apprentissages et qu'il ait plaisir à apprendre. Le psychomotricien pourra alors proposer à l'enfant de travailler plus spécifiquement les troubles psychomoteurs.

Lors d'une séance, la psychomotricienne propose à Océane de réaliser un parcours avec des cerceaux posés au sol. Océane investit bien l'espace de la salle et pose les cerceaux les uns à la suite des autres afin de faire « une chenille » ce qui l'amuse beaucoup. Nous devons alors chacune à notre tour proposer une manière différente de passer « dans la chenille ». Océane qui au fur et à mesure des séances prend confiance, se saisit alors d'un fanion et nous propose d'en faire autant. Elle nous fait alors part de sa consigne : nous devons marcher dans les cerceaux un pied après l'autre, en levant bien les pieds et en bougeant le fanion. Nous réalisons alors la consigne et nous suivons Océane « dans la chenille » les unes derrière les autres. La petite fille semble y prendre beaucoup de plaisir et je peux remarquer que les coordinations sont bien réalisées. Océane fait alors un lien entre ce qui se passe et une activité qui lui plaît beaucoup : « on dirait qu'on fait les majorettes ! Nous sommes une super équipe ». Océane devient alors la « chef » des majorettes et se donne pour mission de nous « entraîner ». La petite fille est enjouée et souriante et n'hésite pas à prendre des initiatives sans chercher l'approbation de l'adulte. Je peux remarquer que les coordinations et dissociations sont d'autant mieux réalisées.

Afin de favoriser la revalorisation et la confiance en soi de l'enfant, le psychomotricien peut proposer en séance :

- ◆ De la relaxation et notamment pour les enfants angoissés.
- ◆ Des activités favorisant la créativité de l'enfant comme les jeux de rôles ou les présentations théâtrales. Cela permet aux enfants de mettre en avant leur imagination, leurs idées et de favoriser l'échange avec l'autre ce qui peut améliorer par la suite la sociabilité à l'école avec les autres enfants.

Aussi, partir de l'activité spontanée de l'enfant en séance contribue à sa revalorisation : l'enfant apporte ses idées et réalise l'activité avec plaisir, on ne lui demande pas de répondre à une consigne précise comme à l'école. Il est important également d'encourager verbalement en séance, la prise en compte du vécu de l'enfant permet d'améliorer la perception qu'il a de ses potentialités donc d'améliorer sa confiance en lui. Cela est primordial d'autant plus quand l'enfant est jeune pour éviter, dans la mesure du possible, qu'il ne développe par la suite des troubles comportementaux qui vont constituer

un frein supplémentaire à son épanouissement. En effet, la perte importante de l'estime de soi peut générer de l'anxiété et de la tristesse et favoriser l'apparition d'un état dépressif. L'enfant dyspraxique peut aussi développer une phobie scolaire et des troubles du comportements tels que l'inhibition, l'agitation ou encore un trouble oppositionnel. Il peut également être freiné dans ses apprentissages en refusant de faire certaines activités par peur de l'échec.

II. Etude de cas de Benjamin

A) Présentation

Benjamin est un petit garçon brun aux yeux marrons, il est né le 28 août 2006. Âgé de sept ans et six mois, il est actuellement scolarisé en classe de CP. Il a un frère plus jeune âgé de quatre ans. Benjamin a été adressé au cabinet libéral par sa pédiatre afin de réaliser un bilan psychomoteur pour suspicion de dyspraxie visuo-spatiale.

B) Anamnèse et premier entretien

Je rencontre Benjamin pour la première fois, lors d'un entretien oral en présence de sa maman. Cet entretien nous informe sur quelques éléments du développement psychomoteur de l'enfant mais aussi sur d'autres éléments du quotidien de l'enfant (habillage, alimentation, propreté) qui me semblent essentiels dans le cas d'une suspicion de dyspraxie.

Depuis son plus jeune âge, Benjamin présente des difficultés dans toutes activités motrices même si actuellement sa maman a pu constater une évolution positive. La grossesse s'est bien passée, Benjamin est né à terme mais la maman a du faire face à deux fausses couches avant cette grossesse ce qui a été source de nombreuses angoisses. Durant sa première année, le garçon pleurait beaucoup. Il a très vite investi la sphère du langage et a parlé à 18 mois, sans passer par un « parler bébé ». Sa maman évoque les difficultés du petit garçon à « lâcher prise » ainsi que l'existence de troubles du sommeil lorsqu'il était bébé : « *Benjamin n'arrivait pas à dormir* » dit-elle. Au niveau de son développement psychomoteur, la maman décrit un bébé qui a été très tonique. Le garçon est passé par le « quatre pattes » et a acquis la marche à l'âge de douze mois. Décrit comme téméraire, il fallait souvent être derrière lui pour le surveiller. Il tombait facilement lorsqu'il croisait des obstacles sur son passage.

Lorsque le petit garçon était en crèche, il ne voulait pas participer aux activités proposées et avait d'importants soucis de sociabilité : il se tenait à l'écart des autres enfants.

La maman évoque par la suite des difficultés à l'école maternelle dans l'écriture, le coloriage ou encore les activités corporelles et sportives. En vue de ces difficultés, un premier test pédiatrique a été réalisé en début d'année 2013, la pédiatre a adressé Benjamin vers une orthoptiste chez qui il a effectué un suivi d'environ quatre mois pour des troubles du regard. La maman évoque aussi un court suivi en psychomotricité qui a été réalisé la même année par une kinésithérapeute-psychomotricienne afin d'aider Benjamin à se sentir plus à l'aise dans son corps. La thérapeute a aussi proposé quelques séances de massage qui n'ont pas du tout été investies par le petit garçon. La maman dit alors de son fils qu'il « *n'aime pas être touché* ».

Actuellement, en classe de CP, Benjamin bénéficie d'une aide de vie scolaire (AVS) depuis le mois de mai 2013 afin de l'aider dans son autonomie et sa lenteur. Le passage de l'école maternelle à l'école primaire a été difficile : de septembre 2013 à novembre 2013, Benjamin pleurait beaucoup à l'école, il avait de réelles difficultés à s'adapter à ce nouvel environnement et ne se repérait pas dans le cour. Le petit garçon a selon la maman une bonne compréhension des choses, un imaginaire riche et a fait des progrès au niveau de son écriture. Lorsque l'on demande au garçon ce qu'il ressent comme facile ou difficile à l'école, il répond que lire est simple mais écrire des fiches après une lecture est difficile. « *Il y a plein de choses que je n'arrive pas à faire* » exprime le petit garçon, « *des fois j'y arrive, des fois non* ». À l'école, Benjamin met deux fois plus de temps que ses pairs pour réaliser un écrit et ce sont les autres élèves qui écrivent ses devoirs car Benjamin est sujet à une grande fatigabilité, notamment en fin de journée.

Au quotidien, Benjamin sait s'habiller tout seul, chose qu'il n'arrivait pas à faire avant l'âge de 5 ans mais l'habillage prend beaucoup de temps selon la maman. Les étapes telles qu'orienter les habits, les enfiler et les boutonner lui demandent beaucoup d'efforts. Benjamin sait aussi enfiler ses chaussures mais avec lenteur, il inverse souvent la chaussure droite et la gauche et ne sait pas faire ses lacets. Au niveau de l'alimentation, Benjamin a

commencé à se servir des couverts et manger seul en fin de grande section de maternelle. Avant l'âge de 6 ans, il présentait de grandes difficultés pour manier et coordonner son couteau et sa fourchette. Cependant il a toujours besoin d'aide à table pour couper sa viande notamment. Lorsque se pose la question de la propreté à table, la maman dit de Benjamin en souriant « *qu'il mange comme un petit cochon* » ce à quoi le garçon répond « *je n'arrive pas à faire* ».

Au niveau de la propreté, il n'est pas encore capable de prendre son bain tout seul, il n'a pas une perception assez fine de son corps selon la maman. Un adulte doit accompagner le moment du bain, pour vérifier qu'il a bien savonné toutes les parties de son corps, et qu'il les a bien rincées.

La maman décrit Benjamin comme un petit garçon très angoissé et pas à l'aise dans son corps. Il somatise souvent ses angoisses par des douleurs de ventre. Benjamin n'aime pas les sports collectifs. Il a tenté l'an dernier de pratiquer l'escrime mais il a arrêté rapidement cette activité qui le mettait en difficulté et dans laquelle il ne trouvait aucun plaisir. Le garçon est aussi suivi par un pédopsychiatre depuis deux ans et la maman précise que le médecin a beaucoup travaillé sur son identité « *je suis Benjamin* » et sur la peur de l'échec.

Benjamin est décrit par sa maman comme un garçon souvent « dans la lune ». Lors de cet entretien le garçon est très calme mais soutient un regard angoissé tout en observant la salle de psychomotricité et le matériel s'y trouvant. Il a l'air timide et quand il prend la parole, il parle doucement et lentement en dévisageant son interlocuteur. Au vu de ce récit nous pouvons voir que Benjamin est sujet à une souffrance psychique en lien avec ses nombreuses difficultés.

C) L'examen psychomoteur et sa conclusion

En janvier 2014, la psychomotricienne réalise le bilan psychomoteur de Benjamin. Lors de ce bilan, Benjamin investit les propositions avec beaucoup de lenteur et de timidité. Le garçon manque beaucoup de confiance en lui et lors de nombreuses épreuves, il est nécessaire de l'encourager et de lui faire prendre conscience de ses capacités.

Lors de ce bilan nous pouvons remarquer que les difficultés gestuelles de Benjamin sont très importantes, surtout en terme de coordinations et de praxies. Les épreuves impliquant les coordinations générales sont cependant possibles mais au prix de lenteur et d'efforts très intenses. Celles-ci sont notamment accompagnées de tremblements au niveau des mains et de syncinésies au niveau de la bouche. L'écriture est lisible mais demande beaucoup d'énergie et d'attention et entraîne des tremblements au niveau des membres supérieurs. Benjamin est latéralisé à droite au niveau de la main, de l'œil et du pied.

Au niveau du schéma corporel, les principales parties du corps sont connues et localisées mais pas dans les détails notamment au niveau des membres inférieurs. Lors des tests d'imitation de Berges-Lézine, le petit garçon fait tellement d'efforts qu'on le voit serrer les dents. De plus la régulation tonique est difficile, particulièrement dans les activités motrices. Benjamin a aussi beaucoup de mal à lâcher prise.

Le petit garçon présente des difficultés notables au niveau des repères spatiaux et dans le domaine visuo-constructif. Ces difficultés visuo-constructives sont notamment révélées par la figure de Rey : il y a une lenteur très importante et un résultat très en dessous de la moyenne pour son âge (percentile 10). L'issue de ce bilan semble évocatrice d'une dyspraxie visuo-spatiale et visuo-constructive.

D) Le projet thérapeutique en psychomotricité

Suite à ce bilan, il est évident que Benjamin manque beaucoup de confiance en lui. Le petit garçon est sujet à une grande insécurité corporelle, source de son inquiétude. Il est important d'accompagner Benjamin vers un investissement de son corps afin de trouver plus d'aisance et de confort dans ses gestes et l'aider ainsi à prendre confiance en lui. J'ai pu remarquer que lors des épreuves réussies du bilan, l'attitude du petit garçon change totalement : ses traits s'adoucissent, il sourit, semble fier de lui et une détente se perçoit dans son corps. Ainsi la psychomotricienne décide d'élaborer un travail autour des axes suivants :

- travail au niveau du schéma corporel
- travail au niveau des coordinations (générales et oculo-manuelles) et dissociations
- accompagner l'enfant vers une meilleure régulation de son tonus
- intégration des repères spatiaux, et l'orientation du corps dans l'espace
- l'aider à améliorer sa confiance en soi

E) L'accompagnement en psychomotricité

Le suivi en psychomotricité débute alors à raison d'une séance par semaine. Pour sa première séance de psychomotricité, Benjamin arrive dans la salle d'un pas très lent. Le regard très angoissé, il me salue avec timidité, le son de sa voix est à peine perceptible. La psychomotricienne verbalise dans un premier temps ce que nous allons faire. Nous lui expliquons que nous allons commencer à jouer, tous les trois et à faire des activités « *plus rigolotes* » que celles qui lui ont été proposées lors du bilan. Le petit garçon esquisse alors un sourire timide.

La séance débute alors autour d'un travail sur le schéma corporel. Avec la psychomotricienne, nous demandons au petit garçon de faire rouler une balle à picots sur toutes les parties de son corps en commençant par les pieds, tout en l'accompagnant. Le but de cette activité est de réveiller dans un premier temps les sensations du corps, tout en les nommant. Le petit garçon fait rouler la balle sur son corps d'un geste très léger sans opérer un contact trop appuyé. Il arrive à nommer la plupart des parties de son corps, pour les autres, telles que « *les genoux* », « *les cuisses* » ou « *les chevilles* » je l'aide en les verbalisant. La psychomotricienne fait ensuite rouler la balle sur le dos du garçon : son visage et son corps se crispent et je peux apercevoir ses bras très tendus. Benjamin fait des grimaces, cette stimulation semble difficile pour lui cependant il ne verbalise pas ses sensations. Lorsque je lui demande s'il trouve cela désagréable, il acquiesce timidement comme s'il avait peur de me décevoir en disant que cela avait été difficile pour lui. Il n'aime pas être « touché ».

Nous proposons à Benjamin de construire un parcours, en choisissant lui même les structures qui vont le composer. Benjamin, très timide, observe le matériel présent dans la salle sans parler durant un long moment. J'aide alors le garçon en nommant le divers matériel qu'il pourrait utiliser : « *tu peux utiliser le tunnel* » « *tu peux utiliser des barrières, les structures en mousse, les cerceaux* ». Cet accompagnement verbal aide Benjamin à choisir le matériel et construire son parcours. À travers celui-ci, différentes notions sont abordées telles que les coordinations globales, les coordinations oculo-manuelles mais aussi l'équilibre. Lors de cette activité, les coordinations sont bien réalisées : le petit garçon monte une pente, descend les marches d'escalier en mousse en alternant les deux jambes, fait rouler son corps à plat sur un ballon qu'il fait avancer en alternant des gestes avec ses deux mains posées au sol. Cependant, ces actions sont réalisées avec lenteur ce qu'on peut associer au tableau dyspraxique que présente le petit garçon. Il se trompe aussi dans la distinction entre sa droite et sa gauche et je peux observer des syncinésies persistantes au niveau de sa bouche et de ses doigts lors des séquences motrices. L'équilibre pose au petit garçon quelques difficultés lors du parcours lorsqu'il doit s'asseoir sur un gros ballon. Les deux pieds ancrés au sol, il doit tendre les bras de chaque côté de son corps tout en restant assis sur le ballon : Benjamin prend plusieurs fois appui sur mon bras pour ne pas tomber. Chaque séquence motrice lors ce parcours est accompagnée par des grimaces lisibles sur

son visage, des sourcils froncés ou encore des dents serrées, il est indéniable que l'enfant fournit des efforts très importants au niveau moteur mais aussi au niveau de la concentration et de l'attention. Lors de cette activité, je dois aussi fortement l'encourager verbalement car Benjamin manque beaucoup de confiance en lui.

Suite à ce parcours qui lui a demandé beaucoup d'efforts, Benjamin semble fatigué. Je finis la séance par proposer au garçon un moment de détente, celui-ci doit s'allonger afin que je fasse le contour de son corps avec un ballon. Je décide de choisir un gros ballon car les stimulations corporelles offertes par la petite balle à picots ont été très désagréables pour Benjamin. Le gros ballon lisse peut ainsi offrir un appui plus global et moins marqué sur les parties du corps que la petite balle à picots. Lorsque je réalise le contour de son corps à l'aide du gros ballon tout en nommant les parties du corps sollicitées, Benjamin ne parvient pas à se détendre, les stimulations tactiles semblent difficiles à supporter, le garçon reste très tonique, garde les yeux ouverts et fait des grimaces. Je lui demande s'il a trouvé cela désagréable et Benjamin, me répond « ça va » même si ses expressions traduisent le contraire. Lors de la séance suivante, je propose à nouveau ce temps de détente à Benjamin. Benjamin accepte mais ce moment semble à nouveau ne pas être vécu comme agréable. Je remarque toutefois que son corps est moins crispé mais le petit garçon ne parvient pas à lâcher prise et à fermer les yeux.

Lors de la séance suivante, je propose à nouveau au petit garçon de réaliser un parcours. Benjamin accepte mais il est très réservé et ne prend pas l'initiative du choix du matériel. Je le laisse réfléchir un instant mais voyant qu'il n'ose pas prendre d'initiatives, je lui propose de l'accompagner et de le guider. Nous construisons le parcours ensemble et je remarque que lorsque Benjamin veut poser une structure en mousse dans un endroit de la salle, il cherche l'approbation dans mon regard afin de la poser à l'endroit voulu. Le parcours met en jeu les coordinations et dissociations des différentes parties du corps ainsi que le domaine visuo-spatial. Cette activité est importante pour aider Benjamin à prendre conscience de ses parties du corps et de leur position en mouvement. Les coordinations sont bien réalisées mais avec une certaine lenteur. Le garçon rencontre plus de difficultés lors des

dissociations. Les dissociations entre le bas et le haut du corps sont particulièrement compliquées. Lors de ce parcours, Benjamin doit slalomer entre deux rangées de briques posées au sol en passant à l'extérieur des briques. Le petit garçon marche alors entre les deux rangées, tout droit et contourne les deux dernières. L'analyse visuo-spatiale est compliquée et Benjamin ne s'est pas représenté mentalement le trajet avant de le réaliser. Il faudra alors expliquer de nouveau la consigne à Benjamin en la décomposant lentement pour qu'il parvienne à slalomer entre les briques. Au bout de deux essais, Benjamin parvient à slalomer correctement. Je le félicite et cette réussite semble le rendre fier de lui, il sourit.

Au fil des séances, Benjamin investit de plus en plus les activités proposées. Le petit garçon prend peu à peu confiance en lui et commence à prendre plus d'initiatives. Lors d'une séance, il demande lui-même de construire un parcours et choisit le matériel sans avoir besoin de mon aide. Il réussit à se montrer créatif en proposant des consignes originales et utilise tout l'espace offert par la salle.

Benjamin marche ainsi à quatre pattes dans un tunnel puis saute sur un trampoline. Les sauts sont assez lents et lui demandent beaucoup d'efforts, les pieds ont du mal à propulser le corps. Il continue son parcours par un équilibre, debout les pieds posés sur une galette plate gonflée d'air en comptant jusqu'à dix. Benjamin ajuste bien sa posture et parvient à garder un bon équilibre malgré quelques tremblements qui apparaissent au niveau des membres supérieurs. Pour finir le parcours, enjoué et souriant, il saute haut depuis la galette en réceptionnant parfaitement ses deux pieds au sol de manière stable, au centre d'un cerceau (ce qui témoigne aussi d'une bonne analyse de l'espace). Je félicite alors Benjamin qui semble très fier de lui : son visage s'illumine et cette gaieté lui offre une détente corporelle visible. Je propose au garçon de recommencer le parcours tout en prenant de la vitesse. Benjamin semble enjoué et se prête au jeu, il réalise le parcours plus rapidement : les différentes coordinations sont encore mieux réalisées. Benjamin qui d'habitude exprime très peu ses envies en séance, me propose alors de rajouter des consignes et de réaliser certaines parties du parcours les yeux fermés. Il monte ainsi sur le trampoline et effectue les sauts les yeux fermés puis garde l'équilibre sur la galette en

comptant jusqu'à dix, toujours les yeux fermés. Lors des sauts et de l'équilibre, Benjamin fronce les sourcils et serre les dents ainsi que ses doigts, les nombreux efforts fournis sont lisibles sur son visage. Pour finir, le garçon décide de sauter dans le cerceau les yeux fermés également. Je lui dis de bien regarder le cerceau afin de se le représenter pour ajuster son saut. Benjamin réussit à se réceptionner parfaitement au sol sans perdre l'équilibre. Je le félicite de nouveau, sa gaieté est visible sur son visage et le garçon saute de joie. Il me semble qu'il prend peu à peu conscience de ses compétences ce qui contribue à sa revalorisation.

Après cette activité, je propose au petit garçon de réaliser le contour de son corps à l'aide du gros ballon. Benjamin accepte et investit la proposition. Il parvient à fermer les yeux et ses traits s'adoucissent. Je peux alors percevoir une détente au niveau de son corps avec un tonus de fond perceptible. Benjamin s'est bien centré sur ses sensations corporelles et ce moment de stimulation tactile qui était vécu comme difficile et désagréable durant les premières séances est devenu apaisant. Lorsque je lui demande comment il a ressenti ce moment, le garçon dit que « *ça a été agréable* » et parvient à me décrire le trajet du ballon sur les différentes parties de son corps.

Lors de la séance suivante, en voyant que Benjamin investit de plus en plus le gros ballon, avec la psychomotricienne nous lui proposons de l'utiliser à nouveau. Je lui demande s'il veut bien s'allonger sur le ventre sur le gros ballon et Benjamin accepte. Je mobilise le ballon vers l'avant et l'arrière et de gauche à droite tout en nommant les directions. Benjamin reste tonique dans un premier temps et garde les jambes tendues. Je lui propose d'essayer de repousser le sol avec ses pieds tout en pliant les genoux « *comme les grenouilles* ». Cela amuse beaucoup le petit garçon et il parvient à se relâcher tout en pliant les genoux. Benjamin fait alors un lien entre ce qui se passe en séance et l'activité de piscine avec son école : il me raconte ce qu'il fait à la piscine avec ses autres camarades et notamment qu'il « fait la grenouille » pour se propulser hors de l'eau à l'aide de ses jambes. Par la suite je propose à Benjamin de s'allonger sur le dos sur le ballon. Je mobilise à nouveau le ballon et accompagne l'activité verbalement. Benjamin est détendu et semble

apprécier l'activité. Lorsque je mobilise le ballon vers l'arrière il repousse le sol avec ses mains tout en restant détendu. Le petit garçon parvient à lâcher prise.

Conclusion

Benjamin investit de plus en plus les séances de psychomotricité qu'il semble apprécier. Peu à peu, il retrouve confiance en lui, se montre créatif et verbalise ses envies. Il s'engage de plus en plus dans les activités de détente corporelle dans lesquelles on remarque des progrès au niveau de sa régulation tonique et de l'apaisement. Le petit garçon commence ainsi à investir son corps et nous pouvons noter des progrès au niveau de la reconnaissance des parties du corps et de la droite et de la gauche, ce qui témoigne d'une amélioration de l'intégration de l'axe corporel. Benjamin manifeste de plus en plus de plaisir lors des séances. Cependant, comme chez de nombreux enfants dyspraxiques, les prises en soin rééducatives peuvent être particulièrement longues. Le travail en psychomotricité est à poursuivre, notamment au niveau du schéma corporel afin que Benjamin puisse mieux se repérer dans l'espace. Il sera important aussi de poursuivre le travail au niveau des coordinations et dissociations tout en le valorisant dans ses compétences. L'essentiel est que Benjamin s'épanouisse et développe les compétences qu'il possède sans le mettre en difficulté.

CONCLUSION

Le terme « dyspraxie » est relativement récent dans l'histoire de la médecine. La dyspraxie représente une entité clinique complexe en raison de son polysémisme. Encore peu connue il y a une dizaine d'années la dyspraxie est peut-être plus visible de nos jours en raison d'une forte instrumentalisation du corps dans notre société.

Ce trouble affecte la planification et/ou la programmation d'un geste intentionnel que l'on appelle praxie. Nous avons vu que pour effectuer une praxie il est indispensable que nous possédions l'intégrité de nos systèmes sensorimoteurs et un équipement neuromoteur sain. Mais le développement des praxies nécessite également un certain nombre d'acquisitions motrices et cognitives.

D'après M. Mazeau³⁴, le développement des praxies ne s'effectue pas correctement chez l'enfant dyspraxique en raison d'une « *organisation cérébrale atypique* ». Les causes de la dyspraxie et ses bases neurologiques sont encore inconnues et il n'existe pas à ce jour de consensus notamment au niveau sémiologique. Ce sont les raisons pour lesquelles la dyspraxie reste encore difficile à comprendre. Cette absence de clarté constitue une difficulté pour les professionnels afin de poser le diagnostic. En effet, poser un diagnostic n'est pas anodin : la dyspraxie est un handicap et l'enfant ne peut pas « guérir » de ce trouble. Ce diagnostic est aussi très important car il permet à l'enfant dyspraxique d'être reconnu par la MDPH³⁵ et de bénéficier ainsi d'adaptations scolaires. De plus, le diagnostic a souvent un effet thérapeutique immédiat en soulageant l'enfant et les parents d'une incompréhension d'un dysfonctionnement existant. Cela va permettre aussi d'orienter les parents vers les professionnels médicaux ou paramédicaux susceptibles d'accompagner l'enfant dyspraxique vers un meilleur épanouissement.

34 MAZEAU Michèle, LE LOSTEC Claire, *L'enfant dyspraxique et les apprentissages, coordonner les actions thérapeutiques et scolaires*, Elsevier Masson, 2010, p.1

35 Maison départementale des personnes handicapées

Une prise en soin en psychomotricité me semble donc importante dans le cas de la dyspraxie compte tenu des troubles psychomoteurs et de la souffrance psychologique qu'ils peuvent induire. Le psychomotricien porte un regard non jugeant et bienveillant sur l'enfant et n'attend pas de lui des bonnes réponses comme à l'école. Il va favoriser le plaisir de l'enfant dans les activités proposées afin de l'accompagner vers son épanouissement ainsi que le soutenir et l'encourager dans la mise en jeu de son corps. L'enfant pourra ainsi s'investir dans des activités ludiques sans être considéré par exemple comme « maladroit », comme à la l'école. Le psychomotricien pourra par la suite travailler autour d'axes plus ciblés sur les difficultés spécifiques à chaque enfant comme par exemple la motricité fine. Cependant même si l'enfant progresse dans certains domaines, ces progrès ne se généralisent pas toujours en dehors de la salle de psychomotricité. C'est ce que j'ai pu constater par exemple dans le cas d'Océane chez qui les difficultés d'écriture persistent à l'école. Cependant ce n'est pas pour autant qu'il faut arrêter la prise en soin, l'enfant dyspraxique a besoin d'être soutenu. Dans le cas de Benjamin, ce soutien est primordial et lui offre un vécu positif. Les séances de psychomotricité lui permettent de retrouver confiance en soi et d'investir de plus en plus son corps ce qui se traduit par une meilleure sociabilité avec ses camarades de classe à l'école dans la cour de récréation.

Chez l'enfant dyspraxique, lorsque l'acquisition de certaines compétences est trop compliquée, il est important de permettre à l'enfant de compenser ses difficultés par l'aménagement d'outils palliatifs comme la mise en place d'un ordinateur sur les temps de classe. On ne soigne pas une dyspraxie mais on peut cependant aider à l'enfant à contourner le trouble et valoriser son potentiel sans le mettre en échec. L'important est de permettre à l'enfant dyspraxique de s'épanouir et de développer les compétences qu'il possède sans le mettre en échec. L'enfant réalisera naturellement des progrès significatifs vers l'âge de onze/douze ans grâce à l'apparition du raisonnement hypothético-déductif .

BIBLIOGRAPHIE

ALBARET Jean-Michel, *Évaluation psychomotrice des dyspraxies de développement*, Evolution psychomotrice Vol. 7, n°28, 1995, pp.1-10

American Psychiatric association, *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4ème édition, Masson, 2004, pp. 66-67

BULLINGER André, *Émotion et représentation*, Enfance, tome 46, n°1, 1993, pp.27-32

BULLINGER André, *La genèse de l'axe corporel, quelques repères*, Enfance, Volume 51, numéro 51-1 pp. 29-32

CHADZYNSKI Dorota, *Les troubles praxiques*, document à partir de l'enseignement d'André Bullinger, CH Perrens, 2012, pp.1-6

COSTINI Orianne, ROY Arnaud, FAURE Sylvanne, LE GALL Didier, *La dyspraxie développementale : actualités et enjeux*, Revue neuropsychologique, 200-12, 2013

FARRIAUX Jean-Pierre, RAPOPORT Danielle, *Les troubles de l'apprentissage scolaire*, Doins éditeurs, 1995, pp.2-10

HURON Caroline, *L'enfant dyspraxique et les apprentissages, mieux l'aider, à la maison et à l'école*, Odile Jacob, 2011, pp.14-49

JOLY Fabien et LABES Geneviève, *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 2, Papyrus, pp.147-200

KORFF-SAUSSE Simone, *Quand les perceptions vacillent, quelle vision chez l'enfant dyspraxique ?*, L'esprit du temps, champ psy, n°46, 2007, pp.37-50

LENOBLE Evelyne, *Troubles de l'apprentissage chez l'enfant*, Lavoisier, Paris, 2014, p.12

LUSSIER Francine et FLESSAS Jeanine, *Neuropsychologie de l'enfant, Troubles développementaux et de l'apprentissage*, 2ème édition, Dunod, 2009, p.201-233

MAZEAU Michèle, *Neuropsychologie et troubles des apprentissages, du symptôme à la rééducation*, Masson, 2005, pp.2-47

MAZEAU Michèle, LE LOSTEC Claire, *L'enfant dyspraxique et les apprentissages, coordonner les actons thérapeutiques et scolaires*, Elsevier Masson, 2010, pp.1-44

MARCELLI Daniel, COHEN David, *Enfance et psychopathologie*, 9ème édition, Elsevier Masson, 2012, pp.106-123

Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche*, Masson, 1994, p.135

PANNETIER Evelyne, *La dyspraxie : une approche clinique et pratique*, Edition du CHU Sainte-Justine, 2007

PIAGET Jean, *Les praxies chez l'enfant*, Revue problèmes de psychologie génétique, 1972, pp.67-94

PONSOT Gérard, CHABROL Brigitte, MANCINI Josette et DULAC Olivier, *Neurologie pédiatrique*, Edition Brigitte Peyrot, Médecine-sciences Flammarion, 3ème édition, 2010, p.872

VAIVRE-DOURET Laurence, *Le point sur la dyspraxie développementale : symptomatologie et prise en charge*, Contraste, ERES, 2008/1, N°28-29, pp.321-338

WEISMANN-ARCACHE C., *La dyspraxie, un objet neuroscientifique pour la psychanalyse ?*, Neuropsychiatrie Enfance Adolescence, 2010, pp.1-7

Sites internet :

www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/textes/VE/JP60_praxies.pdf

www.vcampus.uom.ac.mu/pedagogies_activites/ZonepDev/vygotski.htm

www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/textes/VE/JP60_praxies.pdf

www.sosdyspraxie.com/

www.dyspraxie.info/

www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/syndrome-de-gerstmann-neuropsychologie

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.....	6
INTRODUCTION.....	7
Première partie : Les praxies.....	10
I.Vers une définition des praxies.....	11
II.Des mécanismes neurophysiologiques indispensables à l'élaboration d'une praxie.....	16
III.Le développement des praxies chez l'enfant.....	18
A)L'évolution des praxies.....	18
B)La théorie Piagetienne.....	21
C)L'axe de développement de Bullinger.....	23
D)L'apprentissage des praxies.....	25
1.L'apprentissage par observation et imitation.....	26
2.L'apprentissage par essais/erreurs	27
3.L'automatisation des praxies.....	27
Deuxième partie : Les dyspraxies.....	30
I.Evolution de la terminologie.....	31
II.Définitions et visions actuelles.....	33
III.TAC ou dyspraxie ?.....	35
IV.Apraxie ou dyspraxie ?.....	37
V.Non une, mais des dyspraxies.....	38
VI.Caractéristiques et symptômes psychomoteurs de la dyspraxie développementale, comorbidités.....	40
A)Les symptômes psychomoteurs, et troubles associés.....	41

B)Caractéristiques des enfants dyspraxiques.....	42
C)Des répercussions considérables sur le domaine scolaire et le développement psycho-affectif de l'enfant.....	44
D)Comorbidités.....	46
VII.L'approche clinique du diagnostic.....	47
VIII.Hypothèses étiologiques.....	48
A)Hypothèses étiologiques neurologiques.....	48
B)Etiologie neuropsychologique de la dyspraxie.....	49
1.La théorie du trouble de l'intégration sensorielle d' Ayres.....	49
2.La théorie de Bullinger.....	50
3.La théorie de Dewey.....	51
4.Modèle de Cermak.....	51
Troisième partie : la place de la psychomotricité dans la prise en soin de l'enfant dyspraxique	53
I.La place de la psychomotricité dans la prise en soin de l'enfant dyspraxique.....	54
A)La place de l'intégration sensorielle, vers la représentation et l'investissement du schéma corporel.....	57
B)Vers l'intégration du schéma corporel et l'amélioration des élaborations spatiales...60	
C)La régulation tonico-posturale et l'équilibre.....	64
D) La motricité fine.....	66
E)Les séances de psychomotricité : un espace contenant et bienveillant.....	69
II.Etude de cas de Benjamin.....	73
A)Présentation.....	73
B)Anamnèse et premier entretien.....	73

C) L'examen psychomoteur et sa conclusion.....	76
D) Le projet thérapeutique en psychomotricité.....	77
E) L'accompagnement en psychomotricité.....	77
Conclusion.....	82
CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	85