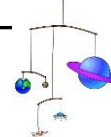

DYSPRA'QUOI ?



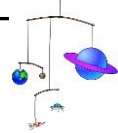
L'association pour les enfants
dyspraxiques



La dyspraxie

1. Préambule
2. « Photo » d'un enfant dyspraxique
3. Généralités
4. Définition de la dyspraxie
5. La dyspraxie présente dans d'autres handicaps
6. Quelques causes répertoriées
7. Les comorbidités de la dyspraxie
8. La dyspraxie et les troubles sensoriels
9. Les troubles visuels et la dyspraxie
10. Les conséquences et les aides apportées à la maison et à l'école
11. Le diagnostic et les traitements
12. Des comportements favorables face à la dyspraxie
13. L'Association Dyspra'quoi
14. Conclusions
15. Témoignages de trois mamans d'enfants dyspraxiques
16. Références bibliographiques et sites Internet

Version mars 2016



1. Préambule

Il vous est sûrement arrivé dans votre vie quotidienne ou professionnelle de rencontrer un enfant maladroit, qui se cogne et trébuche.

Qui est encore peu autonome pour l'habillage, les repas et la toilette.

Un enfant qui aime peu les activités d'équilibre (ski, vélo, trottinettes, etc) et les jeux de ballons, qui entre peu dans les jeux de constructions et les jeux de règles.

Qui présente à l'école des difficultés dans l'écriture, dans l'organisation dans une tâche, dans les bricolages et à la gymnastique.

Un enfant qui peine à se concentrer et se fatigue vite.

Qui a peu confiance en lui et évite les contacts sociaux.

Pourtant, il est un enfant vif, intelligent et curieux.

Vous avez donc très certainement déjà rencontré un enfant dyspraxique.

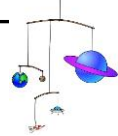
Par ce dossier, nous désirons vous décrire ce qu'est la dyspraxie, ses « troubles associés » et ses conséquences dans la vie familiale et scolaire de l'enfant.

Nous répertorions également quelques aides que l'on peut apporter à l'enfant dans ses différents lieux de vie.

Il est extrêmement important de diagnostiquer ce handicap au plus vite car l'enfant souffre de ses échecs répétés. Il peut se replier sur lui-même et malgré ses compétences, ne plus s'ouvrir aux apprentissages.

Les tensions familiales sont aussi souvent importantes car les comportements de l'enfant sont parfois peu compris.

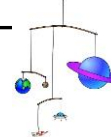
Nous donnons donc également quelques pistes quant au diagnostic et aux thérapies.



Puis, nous présentons brièvement notre association, ses buts et les moyens mis en œuvre pour défendre la cause des enfants dyspraxiques.

Les annexes sont essentiellement consacrées à différents témoignages de mamans d'enfants dyspraxiques, ainsi qu'à une bibliographie bien pratique.





2. « Photo » d'un enfant dyspraxique

Pour l'enfant dyspraxique, il est difficile ...

A l'école :

D'apprendre à écrire,

De copier depuis un tableau noir,

De découper, coller, colorier,

Puis de souligner, tracer des traits, utiliser du matériel de géométrie,

De compter des objets, puis de poser des calculs en colonne,

De s'organiser avec son matériel, dans une activité,

Dans les moments de gymnastique, aux travaux manuels,

Parfois de s'intégrer avec ses camarades dans la cour de récréation...

A la maison :

Il peut se cogner souvent, être maladroit, claquer les portes,

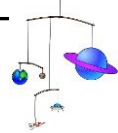
Difficultés dans l'habillage (surtout les fermetures éclair, boutons), et la toilette (surtout dans l'hygiène dentaire),

Difficulté à table pour rester tranquille, utiliser le couteau et la fourchette de façon coordonnée, se verser à boire,

Difficulté d'accéder à des consignes multiples, exemple : « Brosse toi les dents, lave toi les mains, mets ton pyjama »,

Manque d'intérêt face aux jeux de construction et parfois jeux de règles,

Difficulté dans l'apprentissage de l'équilibre (vélo, ski, patins, etc), s'investit peu dans les jeux de ballon (football, basket, etc) et parfois la natation.



3. Généralités

Différentes recherches mettent en évidence qu'il existe environ 6 % d'enfants scolarisés touchés par la dyspraxie, dont les $\frac{3}{4}$ sont des garçons.

Nous pouvons donc en déduire qu'environ un enfant par classe est touché par la dyspraxie à des degrés d'atteintes bien divers.

La dyspraxie est un handicap déconcertant par sa complexité, il est encore peu connu et reconnu même par le corps professionnel.

La dyspraxie fait l'objet de recherches internationales mais il existe encore peu de consensus quant à la définition de la dyspraxie.

La terminologie a par contre bien évolué, pour n'en rappeler que quelques-unes :

Au début du siècle, M. Dupré parlait de débilité motrice, ce terme évolua en 1962 en apraxie du développement (Walton). En 1992, on parle alors de problème de coordination motrice (Mealand).

Toutefois l'OMS, en 1992, décrit cette pathologie dans le CIM-10/DSM IV (le code international des maladies) dans le chapitre « trouble spécifique du développement » et parle alors de **trouble de l'acquisition de la coordination (TAC)** en anglais DCD (Developmental Coordination Disorder).

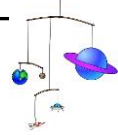
Ce texte dit :

« La caractéristique essentielle de ce trouble est une altération importante du développement de la coordination motrice, non imputable entièrement à un retard intellectuel global ou à une affection neurologique (...) ».

Cette définition a été reprécisée en 1994 comme :

« Une performance motrice médiocre dans les activités de la vie quotidienne qui ne correspond ni à l'âge, ni au niveau d'intelligence de l'enfant (...) ».

Mais le dernier mot revient à la docteure Mazeau, qui défend ardemment la dyspraxie en France, elle dit si justement que la dyspraxie est un handicap caché.



4. Définition de la dyspraxie

Il est tout d'abord judicieux de définir ce qu'est une praxie :

C'est la capacité de planifier et d'exécuter un ensemble de mouvements coordonnés vers un but

La praxie est le résultat d'un apprentissage.

La dyspraxie de développement (dyspraxie chez un enfant en développement)

C'est donc :



Un problème de planification motrice ;



Un trouble de la succession des gestes et de l'automatisation des gestes volontaires ;



Une difficulté à anticiper une action ;



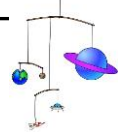
L'enfant dyspraxique doit constamment apprendre chaque variante d'une tâche comme si elle était nouvelle;



Il est lent et peu efficace dans ses actions ;



Ses gestes nécessitent un contrôle volontaire extrêmement fatigant.



5. La dyspraxie présente dans d'autres handicaps

La dyspraxie se manifeste également dans d'autres handicaps.

Lors de troubles neurologiques, par exemple dans une infirmité motrice cérébrale (IMC), 95% des enfants présentent une dyspraxie visuo-spatiale.

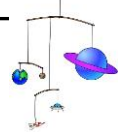
Ce handicap peut être présent lors d'un trouble envahissant du développement (ex : chez des enfants autistes).

La dyspraxie est souvent présente dans un retard mental.

Certains grands prématurés peuvent également présenter les symptômes de la dyspraxie.

Par contre pour des raisons encore bien méconnues, certains enfants présentent une dyspraxie dont on ne peut pas déterminer actuellement la cause.

Dans ce cas, on parle de **dyspraxie de développement**.



6. Quelques causes répertoriées

Actuellement, il n'est pas possible de mettre en évidence une causalité à la dyspraxie. Les recherches constatent certaines récurrences qui n'expliquent toutefois pas totalement la portée du handicap de la dyspraxie.

Sont constatés parfois :



Des problèmes pré- et périnataux (un problème respiratoire, par exemple) ;



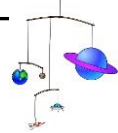
Un petit poids à la naissance ;



De légères anomalies à l'IRM, le cerveau est considéré comme normal (pas pathologique) mais pas optimal ;



Des facteurs génétiques.



7. Les comorbidités de la dyspraxie

Il arrive très fréquemment qu'un enfant avec une dyspraxie de développement présente d'autres troubles « dys » mais qui n'en sont pas la cause et par la même la dyspraxie n'occasionne pas non plus ces troubles. Ils sont en parallèle. Il n'existe donc pas vraiment de « pure » dyspraxie.

Les troubles peuvent donc être les suivants :



Le 75% des enfants dyspraxiques ont des troubles de l'écriture (dysgraphie) ;



Le 50% des enfants dyspraxiques ont des troubles de l'attention et/ou de l'hyperactivité ;



Le 20-40% des enfants dyspraxiques ont des difficultés d'apprentissages notamment dans la lecture, en orthographe (exemple : dyslexie, dysorthographe) et en mathématiques (exemple : dyscalculie) ;



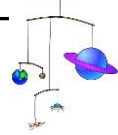
Certains enfants présentent des troubles du langage (dysphasie) ;



Les enfants qui présentent le plus de difficultés scolaires souffrent fréquemment de troubles visuo-spatiaux associés ;



Des troubles du comportement et relationnel peuvent apparaître comme une conséquence de cet handicap.



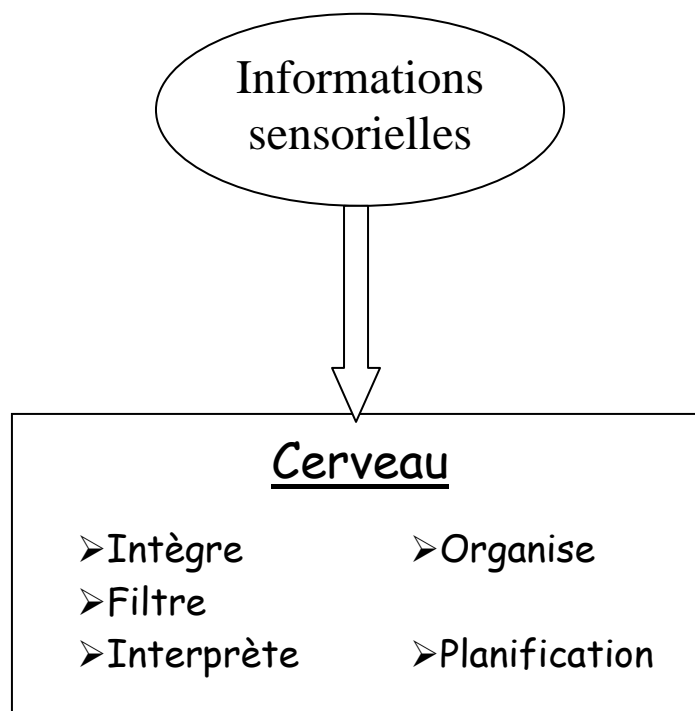
8. La dyspraxie et les troubles sensoriels

Dans la majorité des cas, les enfants dyspraxiques souffrent d'un déficit au niveau sensoriel.

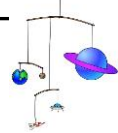
De façon très schématique, la première charnière essentielle à l'action permet aux informations sensorielles (provenant de nos muscles, de notre peau, de nos yeux, nos oreilles, etc) d'être acheminées vers le système nerveux central, notre cerveau. Ces informations sont reçues, elles sont filtrées pour que le cerveau ne tienne compte que des plus pertinentes ; une première interprétation est effectuée, cette fonction se nomme l'intégration neuro-sensorielle.

Puis se situe, dans un niveau plus complexe, la deuxième charnière où le cerveau organise et planifie son action, là on entre dans le domaine de la praxie.

La bonne circulation et l'interprétation des informations sensorielles sont une base essentielle pour la construction du développement moteur de l'enfant.



Différents systèmes sensoriels sont fondamentaux comme le système vestibulaire, le système tactile et proprioceptif.



Le système vestibulaire

Les récepteurs de ce système sont situés dans l'oreille interne et permettent de détecter :



l'effet de la gravité ;



les mouvements et la position de la tête dans l'espace.

Les fonctions du système vestibulaire



Perception de l'orientation spatiale :

Haut, bas, avant, arrière, côté, position du corps mais surtout de la tête ;



Contrôle oculomoteur :

Un réflexe aide à stabiliser les yeux à l'horizontal ;



Contrôle postural :

Le système vestibulaire agit sur le tonus, l'équilibre, la posture.

Le système proprioceptif

Ce système est détecté par les récepteurs mécaniques de la peau, des muscles, des tendons, des articulations.

Les récepteurs renseignent :



sur la statique, l'équilibre ;



les déplacements du corps dans l'espace.

Les fonctions du système proprioceptif



Perception des mouvements des articulations et de la position du corps ;



Coordination musculaire :

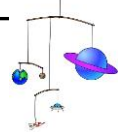
Il permet de rythmer le geste et de le doser ;



Construction du schéma corporel ;



Il apporte une perception des limites corporelles.



Le système tactile

C'est le sens qui permet le contact direct avec le monde extérieur.

On distingue deux systèmes :



Le toucher grossier : renseigne sur la douleur, la température, les sensations agréables/désagréables ;



Le toucher fin : transmet les informations sur la localisation et la durée de la stimulation tactile, la grandeur, la forme et la texture d'un objet.

Les fonctions du système tactile



Source primaire d'informations ;



Il apporte une conscience du corps ;

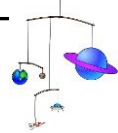


Participe au développement des segments comme outils d'exploration :

Pour la préhension et la manipulation.

L'enfant dyspraxique peut donc par la déficience d'un de ses systèmes compromettre la qualité des informations sensorielles transmises vers le cerveau et donc générer une action peu optimale.

Les aspects de planification et d'organisation au niveau du cerveau étant déficitaire chez l'enfant, il n'est donc pas si difficile que cela d'imaginer ce contre quoi il doit lutter, compenser, pour produire une réponse adaptée à l'environnement.



9. Les troubles visuels et la dyspraxie

Les enfants dyspraxiques présentent dans la plupart des cas des troubles oculo-moteurs.

La vision dans son aspect moteur permet :



fixer un objet (fixation) ;



suivre des yeux le déplacement continu d'un objet (poursuite) ;



balayer un espace à la recherche d'un objet (balayage, qui est une suite de saccades et de fixation) ;



alterner la vision de près et de loin (accommodation) ;



voir nettement (acuité) ;



vision coordonnée des deux yeux (vision binoculaire).

Des difficultés dans ces aspects moteurs font découler des déficits dans la recherche visuelle d'objets dans un espace, sur une feuille. Dans ces cas-là également la copie pose de réel problème, le travail de copie étant composé d'un travail intense de balayage au niveau de l'œil.

Les enfants dyspraxiques peuvent également présenter, mais pas dans tous les cas, des troubles visuo-spatiaux.

Par contre les parents et les professionnels peuvent être très démunis face à ce trouble, qui peut avoir de lourdes conséquences sur la scolarité de l'enfant.

La vision lorsqu'elle met en jeu des composantes cognitives permet :



La discrimination visuelle :



permet la perception des formes et leurs positions dans l'espace ;



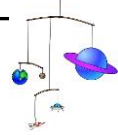
permet la perception des profondeurs ;



permet l'orientation topographique (comment est configuré un lieu et comment les objets sont organisés dans cet espace).



Le raisonnement spatial (capacité à manipuler mentalement des objets dans l'espace).



Répercussions des déficiences visuelles à l'école

Ces déficiences vont occasionner des difficultés dans :



L'élaboration des jeux de constructions ;



La construction du dessin ;



La lecture ;



L'écriture ;



Le découpage ;



Le dénombrement ;



La pose des opérations en colonne ;



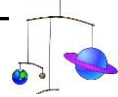
La lecture de diagrammes ;



La géométrie ;

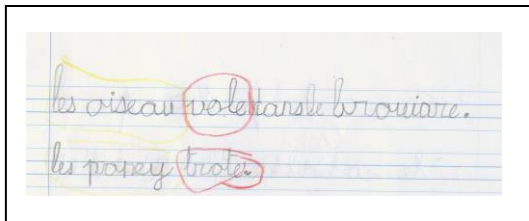


L'orientation des objets et la reconnaissance topologique...

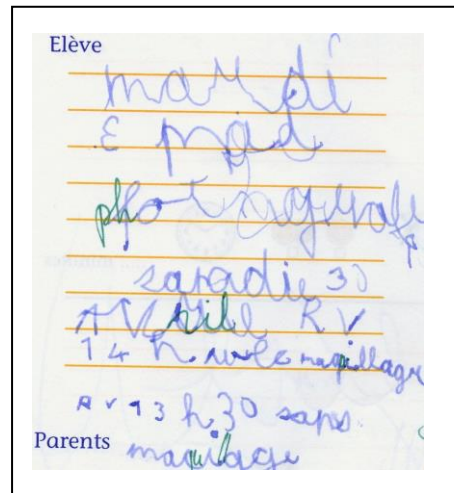


Voici deux exemples d'écriture d'une jeune fille dyspraxique de 9 ans, qui en fonction de sa fatigue, ne peut plus assumer une écriture lisible.

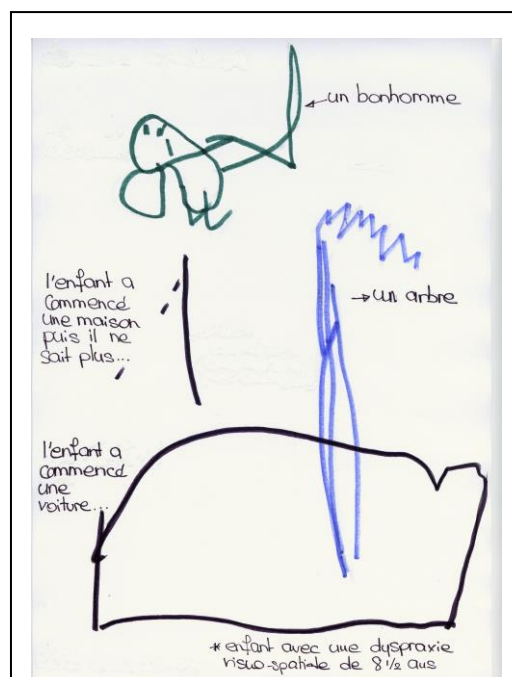
Exemple n°1 :

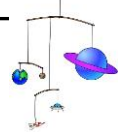


Exemple n°2 :










Cet enfant dyspraxique de 8 ½ ans, avec un important déficit visuo-spatial, a mécaniquement appris à dessiner un bonhomme. Par contre, il n'a pas effectué d'apprentissage cognitif pour les autres illustrations et il est incapable de reproduire un objet concret, malgré une bonne compréhension du contexte.





Ces deux fiches peuvent pour des enfants avec des déficits visuels poser bien des problèmes et surtout une grande dépense d'énergie pour trouver des stratégies de recherches des éléments pertinents. Toutefois, ces stratégies sont tellement coûteuses que l'enfant perd la notion scolaire abordée.

Relie les différentes syllabes du mot au dessin, comme dans l'exemple.

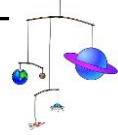
ma	nu	te	
ca	ba	no	
to	mi	net	
mo	co	cien	
ro	ma	ment	
cho	gi	lat	
do	bi	ne	

Remets les syllabes dans l'ordre pour former un mot et écris-le.

ro-ca-tte	carotte	tu-voi-re	voiture
ra-va-ne-ca	carabane	mo-na-de-li	limonade
ne-té-pho-lé	téléphone	na-de-me-pro	promenade

Objectif: reconnaître des mots dont les syllabes sont mélangées.

Le serpent en suivant l'ordre des nombres.



10. Conséquences de la dyspraxie et aides apportées à l'enfant dyspraxique dans sa vie quotidienne

L'habillement

Des difficultés dans :



l'orientation des habits,



la séquence de l'habillement (l'ordre),



la dextérité manuelle et la gestion de gestes complexes (comme pour le laçage et le boutonnage).

On peut l'aider de différentes façons :



motif sur le devant des vêtements et une couleur différenciée sur le talon des chaussettes,



éviter les boutons, fermetures éclair ou en tous les cas les éléments trop petits,



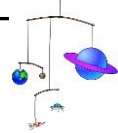
poser les habits sur le sol dans le bon ordre,



commenter la séquence d'une action oralement et de façon ludique,



lui montrer les marches à suivre en guidance.



La toilette et la propreté

Des difficultés :



il peut ne pas sentir quand il a besoin d'aller aux toilettes,



il n'arrive pas à se déshabiller assez vite,



il n'arrive pas à placer son corps sur la cuvette des WC.

Il éprouve également des difficultés :



petit, il n'arrive pas à frotter ses mains l'une contre l'autre et utiliser du savon,



pour se laver, s'essuyer et surtout atteindre les parties non visibles de son corps,



se brosser les dents.

On peut l'aider de différentes façons :



placer un réducteur de toilette,



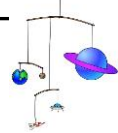
l'habiller avec des habits pratiques,



l'accompagner en guidance lorsqu'il se lave et s'essuie,



pratiquer des petits jeux corporels pour la prise de conscience des parties de son corps non visibles (des jeux tactiles ou sur le schéma corporel).



Les repas

C'est un moment éprouvant pour l'enfant dyspraxique car il doit :



se tenir assis,



remplir sa cuillère, puis la porter à sa bouche ou piquer les aliments avec précision,



se servir d'ustensiles avec les deux mains,



se servir d'une boisson et boire.

Quels efforts au niveau de la coordination et de l'agilité...

On peut l'aider de différentes façons :



veiller à ce que l'enfant soit bien assis (coussin spécifique si nécessaire),



lui donner des couverts avec un manche assez épais,



lui mettre un set de table anti-dérapant,



utiliser des assiettes creuses avec rebord,



ne pas trop remplir son assiette,



verre pourvu d'une anse,



dessiner sur le set de table l'emplacement des objets pour qu'il les repose au bon endroit,



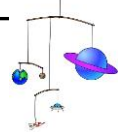
l'aider à couper les aliments en guidance,



exercer des transvasements,



ne pas hésiter à l'aider, il pourrait renoncer à manger juste par fatigue.



Les loisirs

Il est possible que les activités suivantes ne lui soient pas toujours adaptées. Toutefois si ces loisirs peuvent être pratiqués avec l'attention et la patience d'une personne ouverte à la dyspraxie, ils offrent alors une occasion idéale d'exercer des compétences bénéfiques pour l'enfant.



les jeux de construction, les puzzles, certains jeux de société, des jeux de règles,



les arts plastiques avec des consignes précises ;



certains loisirs comme un instrument de musique, la danse, les sports de vitesse, de précision et d'équilibre ;



le bricolage, le travail du bois, la couture.

Par contre, il peut beaucoup aimer :



les déguisements (jeux de rôle), les marionnettes, les poupées, les dînettes, les voitures et les garages, les figurines d'animaux ;



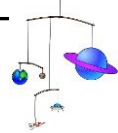
les jeux informatiques ;



la cuisine ;



le foot dans un petit jardin, jouer avec un petit panier de basket, faire du trampoline, jouer au badminton avec un ballon de baudruche ;



Les aides à l'école



Sa place de travail dans un lieu calme ;



Une place située proche du tableau et face au tableau ;



Une position correcte à la table lors d'un travail de précision ;



Un sous main stable (antidérapant) ;



Dessiner des emplacements pour les objets ou mettre des petits casiers sur sa table ;



Peu de matériels sur la table ;



Un casier qui ne se situe pas sous sa table (difficulté au niveau visuel) mais plutôt dans l'espace classe ;



Fourrer les cahiers de différentes couleurs selon les matières ;



Dans les cahiers, poser des repères (comme des lignages ou des gommettes de repérage en début de ligne, etc) ;



Si la lecture au tableau est trop complexe, mettre le texte sous les yeux de l'enfant ;



Lors de difficulté dans la formation des lettres en graphisme, utiliser des méthodes qui introduisent le tracé sous forme, soit de sons ou en lien avec des images figuratives (comme la méthode ABC Boum) ;



Si le graphisme est laborieux songer à l'ordinateur ;



En mathématiques, éviter les manipulations et le dénombrement sans structure ;

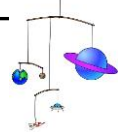


Eviter les labyrinthes, les éléments à relier, les fiches avec trop d'éléments ;



Etre attentif au problème de l'habillage dans les vestiaires et à la gymnastique.

.



11. Diagnostic et traitement



Le diagnostic est souvent posé tardivement. Il est toutefois fondamental pour déculpabiliser l'enfant et son entourage et mettre en place des aides.



Le diagnostic dans la plupart des cas est posé par un neuropédiatre avec un bilan neuro-psychologique.



Différentes thérapies peuvent être proposées à l'enfant selon les déficits mis en évidence. Il est toutefois fondamental de mettre des priorités dans les prises en charge :



L'ergothérapie est une des thérapies qui est le plus en lien avec les troubles praxiques, car les aspects de motricité globale et fine y sont travaillés, ainsi que les aspects sensoriels et l'organisation dans une tâche. L'accent est également mis sur une prise en charge visant une amélioration dans l'habillement, les activités sportives et de loisirs, l'écriture, les notions spatiales, l'organisation dans une activité scolaire, etc.



La logopédie travaille les problèmes de langage, de lecture, d'orthographe, de mathématiques, etc.



La psychomotricité travaille sur le lien entre la motricité, le vécu intérieur et l'estime de soi, etc.



Un soutien psychologique, en cas de problème d'estime de soi, de fuite devant l'échec, repli sur soi, etc.



Le Soutien Pédagogique Spécialisé (SPS), soutien spécialisé en classe.

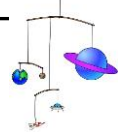


L'orthoptiste (spécialisé en neurovision) pour réduire les troubles visuels, etc.



Des méthodes cognitives, pour évaluer et mettre en évidence des stratégies d'apprentissage, etc.

Cette liste est non exhaustive.



12. Des comportements favorables à la dyspraxie



L'automatisation d'un geste est très lente à s'instaurer. Tout apprentissage demande donc **beaucoup de répétitions**.



Souvent une explication verbale d'un acte ou une démonstration n'aide pas l'enfant.



La guidance est une technique qui permet à l'enfant de percevoir avec son corps un geste orienté et efficace.



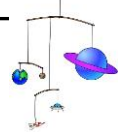
L'activité doit être structurée, dans un cadre clair avec de bons repères et une mise en contexte réaliste. Ce cadrage peut amener l'enfant vers l'autonomie.



L'apprentissage est facilité si les actes sont présentés par étape avec une sorte de « **comptine** » **comme organisateur**.



L'enfant dyspraxique est si souvent mis en échec, qu'il est fondamental d'aller vers **la réussite de l'activité** afin qu'il retrouve confiance en lui.



13. DYSPRA'QUOI

L'Association Dyspra'quoi a été constituée au printemps 2005 sur l'initiative d'une maman d'un enfant dyspraxique et de l'ergothérapeute de son enfant.

Les objectifs de l'Association ont pu être clairement définis :

- a) réunir les parents et les professionnels concernés ;
- b) soutenir les enfants dyspraxiques ainsi que leurs parents ;
- c) recueillir et diffuser l'information concernant la dyspraxie (au moyen d'une plaquette, d'un dossier, de conférences, d'un site informatique ...)
- d) faire connaître et reconnaître les besoins spécifiques des enfants dyspraxiques ;

Le comité de l'Association compte des parents tout comme des professionnels.

Contactez-nous si vous désirez vous procurer des présentatifs, un dossier ou nous recevoir pour une conférence sur la dyspraxie dans votre école, votre groupe de parents, de quartier, etc.

Par ce contact, vous pouvez également nous demander les démarches à suivre pour devenir membre de notre association.

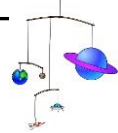
DYSPRA'QUOI ?

Association pour les enfants dyspraxiques

Chemin des Mélèzes 24B, 1197 Prangins

e-mail : dyspraxie@bluewin.ch

Web : www.dyspraquoi.ch



14. Conclusions



L'enfant dyspraxique est intelligent, vif, curieux, il apprend avec plaisir ;



Il n'est ni immature, ni paresseux, il ne recherche en aucun cas cette situation de dépendance qu'il subit ;



Les échecs répétés peuvent amener l'enfant à éviter de participer à des tâches motrices ;



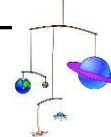
Son estime de soi est constamment remise en question ;



Il est important de donner une autonomie à l'enfant pour qu'il s'approprié la réussite, mais pour cela il a besoin d'activités structurées, avec de bons repères ;



La collaboration entre la famille et l'équipe pluridisciplinaire est fondamentale.



15. Témoignages de trois mamans d'enfants dyspraxiques

Arthur

Arthur est né au printemps 1996. Sa sœur aînée avait exactement 2 ans de plus que lui.

Ce bébé est né à l'aide d'une ventouse et s'est trouvé pendant deux jours en néonatalogie car il souffrait d'hypoglycémie. Je suis une diabétique de type insulino-dépendant et comme le contrôle lors de l'accouchement n'avait à priori pas été fait dans les règles de l'art, le bébé s'est trouvé avec un pancréas hyperactif.

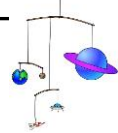
Par la suite, son évolution s'est passée tout à fait normalement. Nous nous interrogeons tout de même sur son hypotonie : en effet, à l'âge de cinq mois, Arthur laissait encore tomber sa tête de temps à autre comme un bébé de un ou deux mois.

Arthur ne montrait pas grand intérêt pour les jeux de la petite enfance. Il aimait passer son temps à jouer avec des rubans de paquets cadeaux, des guirlandes de sapin de Noël, des objets qu'il pouvait mettre dans la bouche sans danger. C'était un petit garçon jovial, très calme.

Sa sœur cadette est née en août 1997. C'est à ce moment-là qu'il a décidé de marcher mais sans grande conviction. Arthur tombait sans aucune raison apparente, perdait très souvent son équilibre et n'était pas un petit garçon très téméraire. Lorsque ses chutes étaient même assez graves, il ne pleurait pas beaucoup. Le langage apparut là aussi relativement tard.

Quand l'inquiétude prit le dessus, j'ai décidé de faire part de nos soucis au pédiatre de la famille. Dans un premier temps, celui-ci nous rassura. Mais suite à notre insistance, le docteur nous envoya chez un neuro-pédiatre pour différents examens. Ce dernier posa le diagnostic de « retard de développement ». Il nous proposa également un suivi hebdomadaire par une personne du Service Educatif Itinérant (SEI). Cette thérapeute, par des stimulations et des activités variées, a permis à Arthur d'évoluer régulièrement.

Et le temps de l'inscription scolaire arriva, mais Arthur était toujours en Pampers. Avec l'aide de la personne du SEI, une école d'enseignement a été investiguée tout en ayant l'espoir secret qu'il pourrait être intégré à l'école publique lorsqu'il serait propre.



Mais Arthur ne semblait pas du tout motivé par le port de la culotte ! Il passa un contrat avec moi pour ne plus mettre les couches la journée, ceci dès le 1^{er} août qui précédait la rentrée scolaire. Le pauvre Arthur arrivait plus ou moins à contrôler les alertes pipi, mais les selles terminèrent pendant exactement six mois, quotidiennement dans les culottes. J'étais certes désespérée, mais je respectais le contrat qui avait été conclu. Arthur fut malheureusement puni régulièrement pour ses accidents et le cauchemar semblait s'installer pour un long moment.

Je compris bien plus tard que cette absence de sensation du sphincter pouvait être directement liée à son handicap, mais à ce moment-là, personne n'avait de mot pour son handicap ou son problème.

Suite à la rentrée scolaire en enseignement spécialisé, après discussion avec son enseignante, des thérapies se mirent en place : ergothérapie et logopédie à l'extérieur, psychomotricité à l'école. Arthur montrait petit à petit une volonté de faire certaines choses. La timidité, la peur de l'échec le paralysaient encore beaucoup, mais il évoluait à son rythme et cela était important.

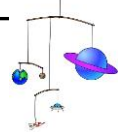
En 2004, après avoir été intégré progressivement, mais toujours à temps partiel (jusqu'à 2 jours et demi par semaine) dans la scolarité publique, Arthur avait effectué 4 années de cycle initial (école enfantine). Nous étions très soucieux de trouver une école qui tienne compte de l'handicap spécifique de notre fils, car à ce moment-là, peu d'activités, qui lui étaient proposées en classe, en tenaient compte.

Entre temps, l'ergothérapeute d'Arthur avait articulé le mot dyspraxie, car après une longue observation de ce garçon, il semblait que ce soit ce mot qui pouvait qualifier la plupart des problèmes rencontrés par Arthur.

Le choix d'une nouvelle école fut fait mais après plus d'une année, nous ne pûmes que constater l'échec. Cette école d'enseignement spécialisé n'était pas rentrée du tout dans la problématique d'Arthur. Les enseignants le regardaient plutôt comme un enfant avec de plus ou moins graves problèmes psychologiques.

Dès lors, je pris rendez-vous chez un neuro-pédiatre pour que nous puissions obtenir un diagnostic précis. Ce qui arriva six mois plus tard, au printemps 2006, enfin le nom de dyspraxie fut reconnu. Malheureusement, les intervenants de l'école ne purent adapter leur enseignement aux spécificités de notre enfant et il ne progressait plus.

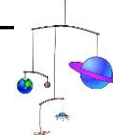
Nous décidâmes alors une fois de plus de chercher une nouvelle école étant à même d'accueillir Arthur en toute connaissance de cause. Après un stage de trois jours dans un nouvel établissement, il a pris à la rentrée 2006 un nouveau départ. Nous espérons vivement voir notre fils évoluer scolairement avec un enseignement adapté.



Le diagnostic posé, Arthur s'est montré rassuré d'entendre un nom qualifiant son handicap. Il est également très satisfait qu'une association se soit créée, il sait dès lors qu'il n'est pas seul.

La patience, la combativité, la volonté, la persévérance sont les maîtres mots pour voir évoluer son enfant et espérer une reconnaissance par rapport à un état qu'il n'a pas choisi.

Caroline / 2006



Clémentine

Clémentine a aujourd'hui 9 ans $\frac{1}{2}$, elle finit sa troisième année primaire à l'école publique, et suit donc le parcours scolaire normal grâce aux aménagements qui ont été faits. En effet, depuis que le diagnostic de dyspraxie et d'hyperactivité a été posé par un neuropédiatre il y a maintenant 1 an $\frac{1}{2}$, beaucoup de choses ont changé, principalement à l'école.

Petite déjà, Clémentine était une enfant très curieuse, posant toujours mille questions au sujet de tout, bavarde et pleine de vie mais plutôt sérieuse et rigolant peu.

Au jardin d'enfant, la responsable nous avait fait part de son inquiétude au sujet de l'entrée de Clémentine à l'école enfantine. Rien de bien préoccupant mais elle ne participait pas volontiers aux activités de groupe, préférant jouer dans son coin de façon autonome, et n'aimait pas beaucoup les bricolages.

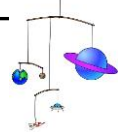
A l'école enfantine, elle a tout de suite été perçue comme une enfant très timide, parlant peu et très doucement, restant toute la récréation assise avec son doudou et son pouce à regarder les autres jouer, sans participer. Elle ne dessinait pas très bien et coloriait mal et salement.

Ce qui faisait un grand contraste avec l'enfant super vivante et curieuse de la maison.

Durant cette première année enfantine, nous avons vu la curieuse et sérieuse Clémentine se transformer en une petite fille très angoissée, ayant peur de mourir et posant beaucoup de questions sur la mort. Elle est devenue collée à moi (sa maman), ne pouvant plus aller dans une pièce ou aux toilettes toute seule.

A partir de la deuxième enfantine, la psychologue scolaire a commencé à voir Clémentine une fois par semaine. Elle va la suivre jusqu'à la deuxième primaire. A la demande de la maîtresse enfantine, un soutien pédagogique spécialisé est demandé pour la rentrée en primaire, ce qui sera mis en place en milieu d'année.

Les choses se sont compliquées dès cette première année primaire avec beaucoup d'exigences pour le graphisme alors que Clémentine écrivait avec difficulté et de manière très inégale. On nous disait clairement que si Clémentine n'arrivait pas à copier les devoirs dans son agenda depuis le tableau après les vacances d'octobre, elle ne pourrait pas suivre la classe. Elle mettait trop de temps (plus d'une heure) et son écriture était pratiquement illisible. De plus, elle n'arrivait pas à rester en place, avait des affaires éparpillées dans toute la classe, était très désorganisée et mâchait tout le temps ses crayons, salissant son travail.



Nous avons alors cherché des moyens pour entraîner Clémentine dans son écriture: mots à mettre dans l'ordre pour former une phrase, histoires à créer et à mettre au propre.

Clémentine devait écrire tous les jours et je pense que la pression était alors très forte, pour elle et pour nous, avec l'inquiétude de ne pas répondre à la demande de l'école. Malheureusement les progrès n'étaient pas suffisants, et comme parfois elle arrivait à bien écrire, la conclusion qu'elle ne se donnait pas assez de peine était vite tirée.

Toutefois, tout le monde était d'accord sur le fait qu'en dehors des problèmes de graphisme et de comportement (hyperactivité), elle apprenait bien.

Jusque là, nous, les parents, nous étions surtout inquiétés des angoisses de Clémentine, cherchant à trouver le meilleur moyen de la rassurer. Cette année là nous avons décidé de prendre rendez-vous avec un neuropédiatre pour savoir si elle était hyperactive.

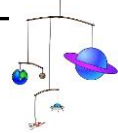
Une fois le diagnostic de dyspraxie posé, c'est avec l'ergothérapeute que nous avons découvert avec précision ce qu'était le handicap de Clémentine et que nous avons pu chercher des moyens ciblés pour la faire progresser, par exemple travailler l'orthographe à l'oral en décortiquant les sons et toutes les manières de les écrire, apprendre à utiliser un ordinateur comme un outil de travail (frappe à dix doigts, math, français, etc.).

A la maison, nous avons simplifié au maximum l'habillement (nous avons déjà renoncé aux lacets et fermetures compliquées) et nous avons mieux accepté qu'elle ne mange pas très proprement, n'arrivant pas à se servir correctement d'un couteau et d'une fourchette.

Malgré un apprentissage du vélo qui a été un peu difficile, Clémentine se débrouille bien dans différents sports, bonne skieuse, bonne nageuse, elle apprend encore le basket et fait partie d'une école de cirque depuis l'âge de quatre ans, ce qui l'a sans doute aidée dans son développement.

Elle aime grimper aux arbres, faire des photos, et nous l'encourageons dans ses multiples talents créatifs comme inventer des jeux, des histoires et faire des bricolages sans directives.

C'est encore l'ergothérapeute qui est venue en classe expliquer aux maîtresses et autres intervenants (SPS, psychologue) les difficultés de Clémentine, proposer un aménagement de sa place de travail et un système de rangement qui l'aide dans son organisation (deux bureaux au lieu d'un, une couleur par matière, une place précise et dessinée pour chaque objet etc.)

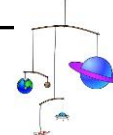


Dès ce jour, elle a été perçue différemment, mieux comprise, évaluée le plus souvent oralement, ce qui a montré clairement qu'elle avait acquis toutes les connaissances requises et, presque d'un coup, la pression est tombée, et les angoisses de Clémentine sont revenues à un niveau normal.

Depuis, elle a appris avec aisance à taper à l'aveugle et des dix doigts sur un clavier, et à la demande de l'ergothérapeute l'A.I. a financé l'achat d'un ordinateur portable pour l'école. Elle l'utilise tous les jours et de façon de plus en plus efficace, tapant ses dictées en même temps que les autres élèves. Pour d'autres évaluations écrites, nous, les parents, saisissons les documents que la maîtresse nous transmet afin que Clémentine, comme ses camarades, n'ait plus que des champs à remplir à l'ordinateur. De cette façon, Clémentine a bien réussi sa troisième année primaire.

Le travail en réseau au sein de l'école a permis au travers de la volonté de chacun (direction, enseignants, soutien pédagogique spécialisé, ergothérapeute et parents) d'aider Clémentine dans son parcours scolaire en mettant en place un cadre optimal et nous espérons que cela se poursuivra au-delà du primaire.

Catherine / [2006](#)



Loïc

Assez tôt après sa naissance, je me suis aperçue que Loïc ne faisait pas les choses comme on pouvait se l'attendre pour son âge. En tant que thérapeute, je connais le développement des premiers mois du nourrisson ainsi que ses acquisitions. Or, il m'est rapidement paru évident que le visage humain ne l'« accrochait » pas, y compris le mien, ou n'importe quel mobile ou objet brandi devant lui.

Malgré mes questionnements à notre pédiatre, personne ne s'est posé de question.

Loïc était hypotone, à quatre mois, il ne se poussait pas sur ses avant-bras pour soulever sa tête. J'avais l'impression d'avoir une poupée de chiffon dans les bras.

A 6 mois, il n'était pas assez tonique pour être assis, même dans un siège bien câlé. Il prenait les objets qu'on lui tendait mais ne les explorait pas par différents moyens. Il ne les observait même pas et finissait par les lâcher sans rien remarquer.

Avec peine, il a pu s'asseoir vers 8-9 mois mais dès qu'il était déséquilibré, il tombait d'une masse sans réactions de protection.

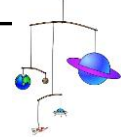
Loïc progressait tout de même mais à son rythme et avec un certain retard.

Au niveau de la communication, il n'y avait pas eu de production, de babillage jusqu'à passé 2 ans ½. Il montrait du doigt les objets et n'avait pas une symbolique qui puisse l'aider à communiquer. Il ne savait pas faire au revoir de la main à 3 ans, ni bravo en frappant des mains, ... Le plus clair du temps, s'il voulait quelque chose de précis, il nous amenait devant l'objet désiré en nous tirant par la main et regardait ce qu'il convoitait jusqu'à ce qu'on le lui donne.

A la garderie d'enfants, on me rapportait qu'il y avait peu d'interaction avec les autres et qu'il « jouait » tranquillement et solitaire la plupart du temps. C'était un contemplatif, peut-être un intellectuel ; enfin, rien d'inquiétant pour un enfant de son âge.

Lorsqu'il a commencé à ébaucher des mots, nous les avons répétés afin qu'il les apprenne. Nous avons remarqué que la première production du mot était approchante mais qu'elle se détériorait au fil des répétitions. De plus, notre « modèle » ne l'aidait pas à corriger le mot. C'est seulement vers 4 ans ½ que nous avons pu comprendre notre fils.

Entre temps, vu mon insistance auprès du pédiatre, nous avons été adressés au SUPEA lorsque Loïc a eu 2 ans. Rapidement, il a été admis au centre psychopédagogique de l'Hôpital de l'Enfance. Bien que notre fils ait



été le premier de cet âge à être pris en charge, nous restions sur notre fin car les troubles neuro-développementaux n'étaient pas investigués.

La prise en charge n'était que psychiatrique. Toutefois, à la longue, nous avons obtenu un rendez-vous en neuro-pédiatrie avec la dresse E. Roulet qui a été la première à prononcer le mot de dyspraxie. On ne s'imagine pas le « soulagement » de l'entendre.

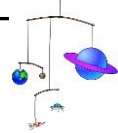
Malgré cela, le bilan neuro-psychologique a mis en évidence un QI de 68. Cela nous a déstabilisé et nous avons, nous aussi, commencé à croire que les troubles psychiques de notre fils expliquaient ses difficultés. C'est quand même suite à notre entrevue en neuro-pédiatrie que Loïc a commencé un traitement en ergothérapie. Il avait pratiquement 4 ans.

Nous avons des entretiens mensuels au centre de jour où nous avons fait part de notre souhait d'intégrer notre enfant à l'école du village. Vu qu'il ne parlait pas encore, nous avons décidé d'un commun accord de retarder d'une année l'entrée au cycle initial. Pendant ce laps de temps, il a bénéficié de logopédie.

Tous les choix que nous avons faits quant à sa scolarité ont été difficiles car nous avons des intervenants autour de lui dont la grille de lecture et d'interprétation du comportement était orientée sur le psychique. Lors des entrevues à l'école du village, nous avons buté devant le même problème : certaines personnes voyaient l'inadéquation comportementale de Loïc, lui empêchant de suivre une scolarité normale, d'autres proposaient la mise en place de stratégies de contournement des difficultés d'apprentissage. A la fin du cycle initial, personne ne croyait à la réussite scolaire de notre enfant en milieu public, sauf les maîtresses. Loïc a été inscrit en école spécialisée et la prise en charge en ergothérapie suspendue car beaucoup de traitements sont proposés dans ces écoles (mais pas l'ergothérapie !...)

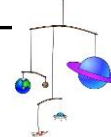
Nous reconnaissons l'excellent travail accompli par les maîtres de Loïc, mais l'enseignement spécialisé n'est pas forcément adapté aux enfants dyspraxiques et dépend beaucoup du bon sens de chacun. Nous avons dû négocier et avoir des entretiens avec les enseignants pour que des aménagements puissent être mis en place.

Notre fils n'a fait qu'une année en école spécialisée. Vu qu'il ne présentait pas un réel problème de comportement, il a pu suivre une classe d'intégration spécialisée en milieu scolaire, les 2 années suivantes. Arrivé à 10 ans, il a fallu trouver une nouvelle structure d'accueil, car celle où il se trouvait avait un mandat jusqu'à concurrence des 10 ans de l'enfant. Loïc a continué à progresser, il est actuellement dans une autre classe d'intégration en milieu scolaire.



Notre enfant a maintenant 11 ans et il a appris à contourner ses difficultés de planification motrice, d'apprentissages, et de coordinations par des moyens propres et souvent inattendus. Par exemple, il avait une telle énergie et envie de savoir nouer les lacets qu'il s'y est acharné. Ses nœuds étaient pour le moins tarabiscottés mais cela finissait par tenir. Aujourd'hui, nous avons découvert qu'il existe différents moyens de facilitation des nœuds de lacets. Cela nous aurait été utile en son temps de les connaître, d'où l'importance du rôle de l'Association pour les enfants dyspraxiques.

Dounia / 2006



16. Références bibliographiques

Voici quelques ouvrages que nous vous conseillons :

Livres :



Breton.S, Léger. F, (2007), « Mon cerveau ne m'écoute pas : comprendre et aider l'enfant dyspraxique », Ed. CHU St-Justine, collection pour les parents.
Ce livre est adressé à tous mais plus particulièrement aux parents, il est très clair et très complet.



Pannetier. E, (2007), « La dyspraxie : une approche clinique et pratique », Ed. CHU St-Justine, collection Intervenir.
Ce livre est adressé plutôt aux médecins et au corps médical, mais il est clair et succinct.



Kirby. A, Peters. L, (2010), « 100 idées pour aider les élèves dyspraxiques », Ed. Tom Pousse, Paris.
Ce livre est adressé plutôt aux médecins et au corps médical, mais il est clair et succinct.



Claudine Huron (2011), « L'enfant dyspraxique, mieux l'aider à la maison et à l'école », Ed. Odile Jacob.



Guilloux Roselyne (2009), « L'effet domino « DYS » : limiter l'enchaînement des difficultés en repérant les troubles spécifiques des apprentissages... », Ed. Chenelière éducation, France.



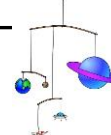
Teruel. C, Eugène. J, (2008), « Et encore à l'envers : L'autre histoire de Dagobert », Ed. Arphilvolis.
Un livre très ludique pour les enfants qui décrit l'enfance de Dagobert, qui comme chacun le sait est dyspraxique.



Mazeau, M., (1995), « Déficits visuo-spatiaux et dyspraxies de l'enfant : du trouble à la rééducation », Ed. Masson, Paris.
Ce livre dans un chapitre parle de la dyspraxie et des troubles scolaires, il se lit facilement.



Mazeau, M., (2003), « Diagnostic des troubles visuo-spatiaux , dans conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant », Ed. Masson, Paris.



Mazeau, M., (2010), « L'enfant dyspraxique et les apprentissages, coordonner les actions thérapeutiques et scolaires », Ed. Masson, Paris.
Ce livre, illustré de beaucoup d'exemples, détaille bien tous les apprentissages scolaires en lien avec la dyspraxie.



Béliveau, M-C., (2004), « Au retour de l'école... La place des parents dans l'apprentissage scolaire », Ed. Hôpital Sainte-Justine (Québec)
Ce livre n'est pas dédié à la dyspraxique, mais il fourmille d'idées astucieuses pour aider les enfants lors des devoirs



Béliveau, M-C., (2009), « Les devoirs et les leçons », Ed. Hôpital Sainte-Justine (Québec)
Ce livre n'est pas dédié à la dyspraxique, mais il fourmille d'idées astucieuses pour aider les enfants lors des devoirs



Crouail, A., (2008), « Rééduquer dyscalculie et dyspraxie, méthode pratique pour l'enseignement des mathématiques », Ed. Elsevier Masson, collection orthophonie, Paris.



Lussier, F., Flessas, J., (2001), « Neuropsychologie de l'enfant, Troubles développementaux et de l'apprentissage » Ed. Dunod, Paris.
Ce livre comporte un chapitre sur la dyspraxie et un chapitre sur la dyscalculie, ouvrage plutôt théorique.



Sous la direction de Reint H. Geuze, (2005), « Troubles du développement psychologiques et des apprentissages : le trouble de l'acquisition de la coordination, évaluation et rééducation de la maladresse chez l'enfant », Ed. Solal,
Ce livre est le recueil d'un ensemble d'articles d'auteurs divers, il est conseiller pour les professionnels.



Sous la direction de Gérard, C.L., Brun, V., (2005), « Les dyspraxies de l'enfant » Ed. Masson.
Ce livre est le recueil d'un ensemble d'articles d'auteurs divers, il est conseiller pour les professionnels.

Notre rubrique « bibliographie » sur notre site www.dyspraquoi.ch est complétée régulièrement, n'hésitez pas à la consulter !