



Journée
Européenne de
l'orthophonie/
logopédie
2016

6 MARCH



DYSPRAXIE



"La communication est tout.

La logopédie-orthophonie en est la clé"

Articles

- Vous avez dit « dyspraxie » ?
Dr. Michèle Mazeau
- La dyspraxie verbale expliquée en quelques mots
Line Charron

Pour plus d'informations:

<http://www.uplf.be>

uplfcontact@uplf.be

Introduction

Chaque année, le 6 mars est une journée célébrée à travers l'Europe pour souligner l'impact des différents troubles de la communication et du langage sur la vie des personnes concernées. Elle a été créée en 2004 par le CPLOL (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'UE).

Le mot-clé de cette journée est « information », information concernant les troubles du langage et de la communication, concernant le travail des orthophonistes/logopèdes et des organisations professionnelles locales.

Ces informations permettront au public et aux autorités de prendre conscience de notre travail et aux patients de connaître leurs droits ainsi que le type de rééducation qui peut leur être proposé.

En **2016**, l'accent est mis sur la **dyspraxie**.

La dyspraxie est un trouble neurologique affectant la coordination des mouvements. Certains individus sont concernés par la dyspraxie verbale qui affecte la précision et la constance de leur articulation. Par exemple, certains enfants ne peuvent prononcer le même mot de manière constante et n'arrivent pas à prononcer certains sons. La prononciation des voyelles est souvent altérée et leur langage est monotone et manque d'intonation. Environ 0,2% de tous les enfants sont concernés par ce trouble et constituent 4,3% des enfants annoncés pour des troubles du langage. La dyspraxie peut apparaître de manière isolée ou être associée à d'autres difficultés. Les garçons sont plus touchés que les filles.

Les enfants présentant une dyspraxie sont difficilement compréhensibles ce qui affecte considérablement leur communication sociale et leurs progrès scolaires.

Les orthophonistes/logopèdes sont les experts de l'évaluation et du traitement de la dyspraxie verbale. Ils peuvent également procurer les informations nécessaires aux familles qui présenteraient un risque de développer ce trouble. Les études ont montré de bons résultats lorsque la thérapie est basée sur l'accompagnement des mots et des phrases par des gestes langagiers.

Source : <http://www.cplol.eu>

Vous avez dit « dyspraxie » ?

Dr. Michèle Mazeau, médecin de rééducation, spécialiste en neuropsychologie infantile (dys et tr. des apprentissages)

Site : www.wix.com.mazeaumichele

Qu'est-ce que c'est ?

On désigne par le terme de « dyspraxies » un ensemble de troubles qui résultent, chez l'enfant, d'une *anomalie du développement gestuel*, et qui se manifestent essentiellement par une *maladresse d'une intensité inhabituelle*, qui persiste en grandissant et perturbe l'accomplissement des *activités de la vie quotidienne* ainsi que de nombreux *apprentissages scolaires*.



NB : le terme utilisé sur le plan international est « trouble d'acquisition de la coordination » (TAC), trouble classé dans les troubles du développement moteur. Le terme de dyspraxie insiste au contraire sur le fait qu'il s'agit d'un trouble « cognitif », touchant électivement la préparation mentale (intellectuelle) du geste. Beaucoup de professionnels utilisent les deux termes (dyspraxies/TAC) comme des synonymes.

Les causes de ces troubles sont encore inconnues, même si l'on remarque une plus grande fréquence des dyspraxies chez les anciens prématurés et si l'on constate quelquefois l'existence de familles de dyspraxiques.

Quels signes doivent alerter ?

Deux situations particulières peuvent inquiéter soit la famille, soit les enseignants :

- Il peut s'agir d'un enfant qui présente *un retard psychomoteur*, c'est-à-dire qui s'est toujours montré particulièrement lent dans le développement de sa motricité, qu'il s'agisse de la tenue assise, du déplacement au sol (par exemple à quatre pattes) ou de l'acquisition de la marche. Dans ces cas le médecin qui suit l'enfant a déjà alerté et proposé soit des examens complémentaires soit une stimulation via des séances de kinésithérapie et/ou de psychomotricité.
- Mais le plus souvent c'est un enfant dont le premier développement psychomoteur s'est déroulé tout à fait normalement et dans les délais habituels, et c'est à *l'école maternelle* que vont se dévoiler des difficultés tout à fait inattendues, qui surprennent tout le monde.

En effet, pour la première fois l'enfant va être confronté à des exigences « normées » sur le plan de sa motricité globale et de sa dextérité manuelle, exigences qui ne posent aucun problème aux autres enfants de son âge (colorier, début de graphisme, découper, coller, bricoler,...) : cela va révéler son incapacité dans ce domaine, alors que jusque-là ses difficultés (pour s'habiller, pour jouer aux cubes ou aux légos®, pour dessiner, etc.) ont été attribuées à son jeune âge ou bien à son manque d'intérêt pour ses activités.

Selon l'intensité du trouble, les signes d'inquiétude seront plus ou moins précoces ou plus ou moins tardifs :

- l'enfant incapable de colorier, de mettre son manteau à la récréation, de jouer au ballon, etc. sera souvent signalé dès la première ou seconde année de classe gardienne ;
- au contraire celui qui dans ces activités initiales arrive plus ou moins à « se débrouiller » ne sera souvent source d'inquiétude qu'à partir de la première ou seconde année d'école primaire, en raison de son incapacité à acquérir un graphisme de qualité.

Aussi, selon les cas, c'est entre 3-4 ans et 6-8 ans que se feront jour les premières interrogations.

Comment s'assurer du diagnostic ?

Mais tous les enfants maladroits ne sont pas dyspraxiques. La maladresse peut être le signe de nombreuses autres pathologies : un trouble neuromoteur (par exemple une paralysie) ou neuromusculaire (par exemple une myopathie) ou visuel (par exemple une malvoyance), etc. Faire le diagnostic de dyspraxie c'est s'assurer :

- 1- *d'abord* que la maladresse de l'enfant est bien pathologique, que l'on est bien dans le domaine d'un trouble (et non d'un faible talent¹ ou d'exigences excessives). C'est le bilan ergothérapique ou psychomoteur qui va montrer, grâce à des tests étalonnés² (par exemple, le M-ABC³), que les performances de l'enfant se situent, en tout ou en partie (selon le type de geste demandé), bien en dessous des normes habituelles ;
- 2- *ensuite* que l'on est bien dans le domaine des pathologies « dys », ce qui signifie que :
 - l'enfant ne présente pas de *déficience intellectuelle* ; cela suppose qu'un psychologue lui ait proposé un test appelé WPPSI ou WISC (selon son âge), et que les résultats montrent de *bons scores dans une ou plusieurs épreuves de raisonnement verbal*, alors que les épreuves qui sollicitent les fonctions praxiques (cubes, puzzles, ...) sont ratées ;
 - l'enfant ne présente *pas de* troubles neuromoteurs ou neuromusculaires ou sensoriels susceptibles, à eux seuls, de rendre compte de cette maladresse ; s'il y

¹ Ne pas être parfaitement compétent dans tel ou tel domaine n'est pas une pathologie : c'est normal et ne justifie aucune démarche médicale.

² La plupart des tests sont notés de 1 à 19 et l'on octroie à l'enfant une note de 10 s'il réalise la même performance que la très grande majorité *des enfants du même âge*, la norme étant comprise entre 7 et 13. Plus rarement les scores sont exprimés en « percentiles » : le 50^{ème} percentile caractérise la moyenne des performances des enfants du même âge, et l'on parle de pathologie à partir du 5^{ème} percentile ou en dessous. Entre le 5^{ème} et le 10^{ème} percentile, ou aux alentours des notes de 6-7, il s'agit de performances faibles mais « limites » : c'est l'importance des répercussions (scolaires et ou personnelles) qui fera (ou non) parler de trouble et mettre en place aides et rééducations.

³ Les tests cités ici ne le sont qu'à titre d'exemple. D'autres tests peuvent être proposés, au choix des professionnels.

a une incertitude dans ce domaine, il faut consulter un neuropédiatre pour lever le doute ;

- l'enfant est éduqué de façon « habituelle » et dans un environnement « standard » ; cela élimine des jeunes qui seraient victimes de conditions psycho-éducatives désastreuses (n'autorisant pas les apprentissages habituels) ou arrivant de pays où les exigences sociales et l'environnement sont si différents qu'ils n'ont pas eu l'occasion d'apprendre à faire certains gestes évidents dans nos cultures (jouer avec des cubes, écrire, mettre des habits comportant des boutons ou des fermetures éclair, couper la viande, ...)

3- *enfin*, que l'on mette en évidence des signes caractéristiques des dyspraxies. En particulier, outre le trouble du geste, on note :

- *des déficits visuo-spatiaux* ; les jeunes dyspraxiques présentent des troubles de la construction des repères spatiaux et cela se manifeste dans des épreuves proposées par les psychologues ou les neuropsychologues (NEPSY)³, les ergothérapeutes (DTVP-2)³ ou les psychomotriciens, qu'il s'agisse de reproduction de figures, de constructions de cubes, de repérage sur un plan, de reproduction de gestes, d'appréciation de l'obliquité de lignes, etc.
- *et des anomalies neurovisuelles* ; les jeunes dyspraxiques ont des mouvements oculaires moins précis et plus désordonnés que les enfants standards ; ce sont les orthoptistes qui mettent en évidence et précisent ces anomalies.

C'est donc un diagnostic long (souvent plusieurs mois, voire une année scolaire) et qui met en jeu de nombreux professionnels : tous ces examens doivent donner lieu à *des comptes-rendus écrits remis aux parents*. C'est un médecin (expérimenté en neuropsychologie infantile, formé et compétent dans les troubles dys⁴) qui doit en faire la synthèse, énoncer le diagnostic et faire les premières préconisations thérapeutiques.

Quelles conséquences pour l'enfant (quel handicap) ?

Bien sûr, toute cette longue démarche diagnostique n'a de raison d'être *que* si l'enfant souffre des conséquences péjoratives de cette maladie et des troubles spatiaux associés. Ces répercussions négatives (= handicap) doivent être précisément évaluées, et ce, dans deux domaines : d'une part la scolarité, qui constitue l'essentiel de la vie des enfants des pays occidentaux entre 4 et 16 ans, d'autre part leur vie personnelle.

1- Le handicap scolaire

La dyspraxie peut se répercuter dans de nombreux secteurs de la scolarité.

- *Le graphisme* est souvent la plainte première ou principale. Pour évaluer le handicap lié à un graphisme lent et malhabile, il faut disposer de trois éléments (bilans étalonnés) : la qualité et la vitesse d'écriture (BHK)² mais aussi son degré d'automatisation (évalué par les capacités d'accélération du graphisme). Chacun de ces trois éléments, s'il est très en dessous des

⁴ Ce peut être, *selon leur formation et leur expérience personnelle*, un médecin scolaire, un neuropédiatre, un pédopsychiatre, etc.

performances attendues, peut, à lui seul, compromettre l'ensemble de la scolarité de l'enfant si remède n'y est pas porté rapidement.

- *Le calcul* ; on peut observer, chez les enfants qui présentent des troubles visuo-spatiaux importants, une difficulté à compter et dénombrer des collections, à comprendre et utiliser la numération arabe (numération spatiale, de position). Ils sont aussi en grand échec en géométrie, et ce d'autant plus qu'ils ont des difficultés à utiliser les « outils » associés aux tracés géométriques, tels que la règle, la gomme, l'équerre, le compas, le rapporteur,...

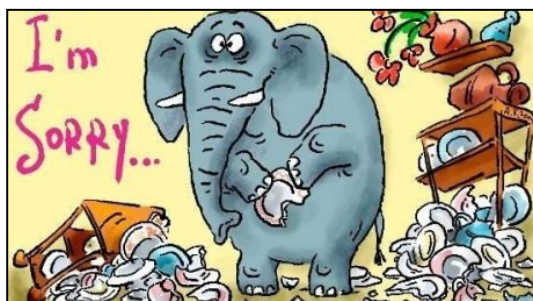
Ces troubles visuo-spatiaux les gênent aussi dans d'autres disciplines pour lire ou produire des cartes, des graphiques, des schémas.



- *La lecture* ; certains de ces enfants dyspraxiques présentent des troubles neurovisuels qui perturbent l'apprentissage de la lecture en 1^{ère} primaire ou ultérieurement (selon l'intensité des troubles) l'accès à une lecture courante fluide et efficace. En outre, ces jeunes sont gênés dans toutes les tâches de rangement et d'organisation spatiale (présentation des devoirs, rangement de la trousse, du cartable, ...) et par l'utilisation de tous les « outils » scolaires (classeur, gomme, taille-crayon, colle, ciseaux, agrafeuse, ...).
- *La lenteur* est un handicap souvent sous-estimé ou négligé, alors qu'il est au centre de l'échec scolaire. Si un retard ponctuel dans une activité peut facilement être rattrapé à la récréation ou le soir à la maison, il n'en est pas de même des retards chroniques qui mettent l'enfant *en décalage permanent* avec ce que dit l'enseignant et ce que font les autres élèves. Cela entretient en outre un perpétuel sentiment de stress et de découragement chez le jeune.

2- Les limitations dans les activités de la vie quotidienne

- *La vie courante* : leur maladresse les empêche de manipuler les boutons, les fermetures éclairs, les agrafes ; leurs troubles d'orientation spatiale les gênent pour reconnaître droite et gauche, endroit et envers, pour s'y prendre de façon habituelle pour mettre leur manteau ou passer un pull ; ils ne savent pas se moucher, mettre des gants, nettoyer leurs lunettes, sans parler de se brosser les dents, se rincer après la douche, se couper les ongles ou se coiffer ; ou encore ouvrir un yaourt, éplucher une mandarine ou couper leur viande...
- *Les loisirs et les sports*. Ces enfants sont patauds et malhabiles. Ils sont donc exclus de la plupart des jeux de récréation qu'adorent les autres enfants (football, marelles, saut à la corde, vélo, rollers, etc.). De même, ils sont particulièrement en échec dans tous les loisirs sportifs, particulièrement prisés des jeunes garçons (3 fois plus nombreux que les filles à souffrir de dyspraxie).



Il faut donc leur proposer des loisirs dans lesquels ils trouveront un réel épanouissement : cinéma, théâtre, visites (de musées, de zoos, de pays, de châteaux, ...), photo, etc.

Le plus grand risque : les sur-handicaps cachés

Les troubles décrits ci-dessous ne sont que trop visibles et, tôt ou tard, ils finissent par alerter et donner lieu à des explorations, des rééducations, des soins, des tolérances, des aménagements censés aider l'enfant. *Mais la dyspraxie induit aussi des handicaps masqués qui, s'ils ne sont pas mis à jour, à l'insu de tous, vont saper tous les efforts (de l'enfant, des rééducateurs, de l'enseignant) et à terme compromettre gravement son avenir.*

Ces « pièges » sont de deux ordres.

1- L'interprétation des progrès de l'enfant.

L'enfant est généralement entraîné dans les domaines où ses déficits, sa maladresse et ses incapacités constituent des gênes flagrantes (rééducations en psychomotricité, ergothérapie, grapho-motricité ou graphothérapie, en logopédie, etc.). Avec l'âge, la maturité, l'entraînement et les rééducations, l'enfant progresse. Et ces progrès font penser (font croire) qu'on est sur la bonne voie, qu'ils sont le signe que l'enfant se rapproche (peu ou prou) de la norme. Mais ce qui importe (et ce qui doit être vérifié par des tests étalonnés), ce n'est pas que l'enfant progresse (tous les enfants dys- progressent !), c'est que ces progrès soient fonctionnels, rentables au regard des exigences habituelles à cet âge et à ce niveau scolaire.

Or il est fréquent que les exigences scolaires progressent *plus vite* que l'enfant : ce dernier progresse mais, paradoxalement, l'écart à la norme s'accroît, il est de plus en plus loin des performances demandées à ses camarades.

Cette situation conduit à deux conséquences graves : d'une part on continue les rééducations en cours sans prendre d'autres mesures⁵ (puisque l'enfant « progresse »), et d'autre part cela aggrave le sentiment d'incompétence de l'enfant (il est de plus en plus en difficulté, en dépit des rééducations, des efforts, des entraînements, des aides dont il bénéficie et des « progrès » pour lequel on le félicite). L'enfant s'enfonce peu à peu dans l'échec (et la dépression) sans que l'on comprenne pourquoi ...

2- La double-tâche

Un autre piège, tout aussi sournois, guette ces enfants : la situation de double-tâche. Les gestes, les actions habituelles sont *normalement automatisés*. Cela signifie que nous n'avons pas besoin de réfléchir, de contrôler nos mouvements, de faire attention à chaque étape de la réalisation du geste. C'est ainsi que nous conduisons notre voiture en « mode automatique » tout en écoutant la radio, que nous prenons des notes tout en écoutant l'orateur, que nous mettons notre manteau tout en répondant au téléphone, etc. Comme disent les enfants : « ça le fait » !

⁵ Ce que nous avons appelé, dans notre ouvrage *l'enfant dyspraxique et les apprentissages* : « toujours plus de la même chose qui ne marche pas » ...

Mais pour les jeunes dyspraxiques, embarrassés de leurs gestes, « ça ne le fait pas » ! Tous leurs gestes doivent être réfléchis, contrôlés, et *réclament toute leur attention* (d'où leur lenteur) alors même qu'ils seront finalement plus ou moins ratés ... Et le pire n'est pas dans cet échec (visible), mais dans le fait qu'ils ne peuvent pas parler, réfléchir, écouter *en même temps* qu'ils tentent maladroitement d'écrire, de souligner ou de réunir 10 bûchettes.

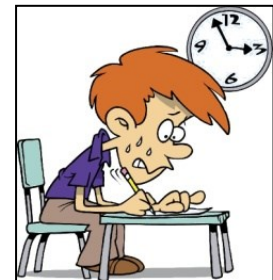
Or, en classe, à partir de la 2^{ème} ou 3^{ème} année primaire, il est fondamental de pouvoir écrire *et* réfléchir à l'orthographe, souligner *et* écouter la consigne, noter la question du problème *et* se représenter la situation mathématique, copier la récitation *et* en mémoriser un passage, prendre des notes *et* prêter attention à la signification, etc. *Cela signifie que pour être mis au service des apprentissages, le graphisme et de nombreux gestes habituels, routiniers doivent être automatisés* (c'est l'objectif des années d'entraînement, depuis l'école maternelle).

Si le graphisme n'est *pas* automatisé (dyspraxie), il ne peut ni comprendre, ni mémoriser, ni apprendre *en même temps qu'il écrit*, car toute son attention est absorbée par le dessin des lettres. C'est l'effet « double-tâche ».

Ainsi, au fil des heures, des mois et des années, plus il écrit, plus il perd d'informations, moins il peut accorder d'attention à l'orthographe, à la grammaire, aux explications de l'enseignant. Ainsi, se constitue à bas bruit *un retard scolaire cumulatif* qui finira par être rédhibitoire. Or, cet enfant aurait été très capable de faire ces apprentissages en temps utile (comme ses camarades de classe) *si on l'avait libéré de la tâche praxique qui le parasite* (le graphisme manuel par exemple).

Donc pour ces enfants, en situation d'apprentissage (à l'école), il faut choisir : *ou bien* transformer les heures de classe en un entraînement graphique intensif (plusieurs heures par jour !) ce qui *perturbe* leurs apprentissages, *ou bien* leur permettre d'apprendre et de faire les progrès scolaires auxquels ils peuvent prétendre vu leur niveau intellectuel, leurs capacités verbales et mnésiques.

Pour permettre une scolarité satisfaisante, *on limitera donc le plus possible les manipulations et la production d'écrits* : réponses orales, phrases « à trous », réponses par « vrai/faux », dispense de recopier la question du problème ; on donnera la photocopie (de la récitation, du résumé d'histoire, du cours) ou bien le cours sur clé USB ; on écrira à sa place (pour noter les devoirs à faire) ou sous sa dictée (pour la production de textes), etc.



Comment aider l'enfant ?

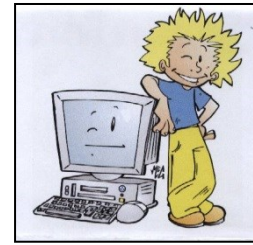
Il faut prévoir un projet en trois parties.

1- Rééduquer *un peu*

On peut entraîner l'enfant (de préférence par des stratégies verbales) à réaliser un ou deux gestes du quotidien qui lui tiennent particulièrement à cœur ou une action qui le met en situation délicate devant ses camarades, rééduquer un peu le graphisme si l'enfant est très jeune (avant 6-7 ans), ...

2- Simultanément, compenser et pallier

C'est indispensable *en situation scolaire* et lors de tous les apprentissages durant lesquels l'enfant doit être libéré au maximum de toute réalisation gestuelle. Par exemple, on lui proposera un ordinateur et une écriture au clavier pour compenser son graphisme défaillant.



Cependant, si l'on veut qu'il ne soit pas en « double-tâche » aussi à l'ordinateur, il faudra veiller à proposer un apprentissage adéquat du clavier qu'il devra (au moins en partie) automatiser. Cela signifie que cet apprentissage du clavier doit être mené par un professionnel connaissant bien les dyspraxies et leur rééducation.

D'une façon générale, il faut repérer les situations de double-tâche à l'école et chercher avec l'enseignant comment les contourner, tout en préservant les savoirs, les notions, les concepts visés par l'activité.

3- Renoncer, éviter

Certaines choses ne sont possibles qu'au prix d'efforts démesurés, ou bien sont cause d'humiliation, de déceptions. Chaque fois que possible, il faut soit faire à sa place (l'aider à mettre son manteau, à ranger son classeur, etc.) soit en dispenser l'enfant (certains sports, certaines activités manuelles, ...).

La prise en charge de ces jeunes réclame donc une importante collaboration entre la famille, l'école et les rééducateurs, ce qui n'est pas toujours facile à réaliser.

NB : il ne s'agit ici que de grandes lignes générales qui doivent non seulement être adaptées au cas par cas, mais encore être ajustées et révisées régulièrement pour chaque enfant, au fil de son évolution et des besoins qui se font jour.

Quel sera son avenir ?

L'avenir des enfants dys en général et des jeunes dyspraxiques en particulier dépend de plusieurs facteurs.

1- Leur niveau scolaire en fin d'études

C'est l'élément déterminant, et c'est la raison pour laquelle *préserver au mieux la scolarité de ces jeunes doit être la préoccupation principale* des parents, des enseignants et des rééducateurs tout au long de l'enfance.

Si leurs capacités raisonnementales, verbales et mnésiques le permettent, il faut viser une scolarité diplômante. En raison de leurs difficultés habituelles en mathématiques et en sciences, ces jeunes s'orientent souvent vers des filières littéraires, le droit, les langues, les métiers de la vente, du commerce, de l'accueil, du tourisme, etc.

Au contraire, en cas d'échec scolaire consommé, l'enfant sera orienté « par défaut » vers des filières inadaptées dans son cas (métiers manuels).

Mais faire une scolarité satisfaisante suppose aussi d'accepter ses limites et les aides proposées, ce qui peut être psychologiquement difficile : certains enfants peuvent avoir besoin d'un soutien psychologique, particulièrement à l'adolescence.

2- Le fait que la dyspraxie soit isolée, ou non

Si la dyspraxie s'accompagne d'autres troubles cognitifs (déficit de la mémoire de travail auditivo-verbale, trouble de l'attention, trouble du langage oral, ...) ou de faibles capacités raisonnements, ou encore d'importants troubles du comportement, il faut alors prévoir plus de temps pour les apprentissages, plus d'aides individualisées, être moins ambitieux sur le plan scolaire et s'orienter plutôt vers un projet d'autonomie sociale et d'épanouissement personnel.

Au total

La dyspraxie est source de difficultés scolaires, mais aussi de limitations dans les activités quotidiennes et de loisirs, *impactant l'ensemble de la vie de l'enfant*. Lorsque la dyspraxie est isolée, diagnostiquée tôt (5-8 ans) et bien prise en charge (collaboration efficace entre parents, enfant, école et rééducateurs) ; lorsque des mesures adaptées sont mises en place *préservant la scolarité* de l'enfant, autorisant des réussites et contribuant à se forger *une bonne estime de soi*, le pronostic en est alors tout à fait rassurant.

Des ressources utiles

Les indications ci-dessus ont évidemment très schématiques.

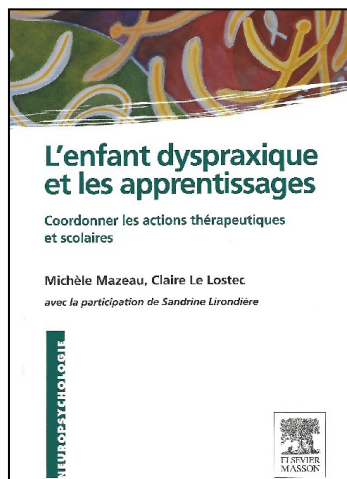
Certains sites peuvent aider les enseignants et les parents. Citons, *entre autres* :

- Sur le plan des adaptations scolaires : www.cartablefantastique.fr – www.intergrascal.fr – www.lecolepourtous.education.fr

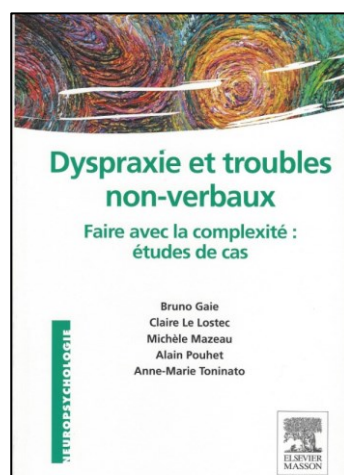
- Le site du Dr. A. Pouhet, contient une mine d'informations :

<https://sites.google.com/site/dralainpouhet/>

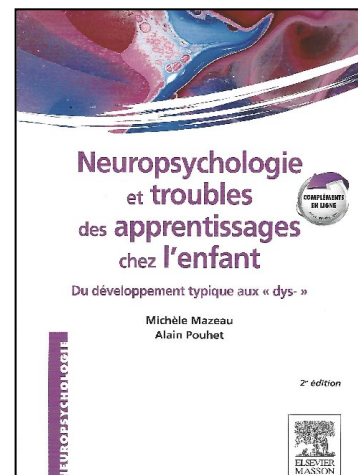
► **Les ouvrages suivants** dispensent des informations plus précises et détaillées :



Un ouvrage pour tous :
rééducateurs, enseignants
(et parents).
*Nouvelle édition en 2016



Un ouvrage pour les professionnels : médecins, psychologues et neuropsych., rééducateurs.



Un ouvrage complet sur l'ensemble des dys : leur diagnostic, leurs répercussions, leur prise en charge, ...

La dyspraxie verbale expliquée en quelques mots

Line Charron, MOA, orthophoniste, CIUSSS de la Capitale Nationale, Québec (IRDPO)

Pour la majorité des enfants, apprendre à parler semble si facile et naturel et ce l'est. Des mécanismes naturels font en sorte que les bébés apprennent tôt à reconnaître les sons de la parole, puis à en produire, au départ au hasard, selon la langue à laquelle ils sont exposés. À force d'imiter, l'enfant apprend à dire de façon volontaire des sons et des mots. Pour certains, dès cette étape très précoce et essentielle *d'imiter les mots* pour apprendre à les dire, des difficultés sont présentes et entravent sérieusement leur capacité d'apprendre à parler.

La **dyspraxie verbale** (en anglais CAS childhood apraxia of speech) est un trouble neuromoteur des sons de la parole, plutôt rare qui touche 1 à 2 enfant(s) /1000 parmi la population générale et autour de 4% des enfants présentant des difficultés à produire les sons de la parole. Ce trouble est caractérisé par une difficulté importante à planifier et programmer les mouvements de la bouche (lèvres, langue, joues, mâchoires, voile du palais, cordes vocales, etc.) pour coordonner les mouvements nécessaires pour parler. *Parler* exige un très haut niveau de complexité dans la coordination des mouvements. Par exemple en disant une courte phrase comme "*je lis un article*" essayez d'imaginer tous les mouvements à produire, les déplacements de la langue à l'intérieur de la bouche, le dos de la langue s'élève dans le fond de la bouche pour faire le 'R' de *article*, puis la pointe de la langue revient s'appuyer vers l'avant pour le 't', les arrondissements et étirements des lèvres, la gestion du flot d'air continue pour produire un 'J' puis plus explosif pour produire un 't'. Et imaginez ces mouvements à une vitesse aussi rapide que quand on parle en continu. Normalement, un enfant n'a pas besoin de penser pour réaliser les mouvements, car son cerveau fait naturellement tout le travail grâce aux habiletés praxiques (habiletés pour planifier et ajuster les mouvements). L'enfant présentant une dyspraxie verbale ne peut réaliser ces mouvements de façon fluide et volontaire, il doit les apprendre avec de l'aide.

L'enfant présentant une dyspraxie verbale même s'il a les mots dans sa tête, a des difficultés (plus ou moins sévères) à réaliser les bons mouvements avec sa bouche et ses articulateurs pour les produire de façon correcte, et pour lui, plus il y a de mots, donc de mouvements à faire, plus c'est difficile. Un enfant présentant cette atteinte pourra être capable de dire certains petits mots clairement (ex.: bas- ton- mou), mais lorsqu'il doit faire des mots plus longs et combiner ensemble des syllabes, les mots comportent plus d'erreurs, ex. : *mou.ton* pourra devenir "mouMon" et BA.teau, "ta.teau" même si de façon isolée ces syllabes sont réussies. On peut retrouver toutes sortes d'erreurs dans les mots, soit des transformations de sons (ex couper => tupper), des omissions de consonnes ou de syllabes (ex animaux => mimaux), ou des sons produits de façon très imprécise. Tout ceci fait en sorte que cet enfant n'est pas toujours compris, qu'il vit souvent des échecs et des frustrations dans ses communications avec ses amis et avec les adultes de son entourage. Voici l'exemple d'Alice qui, à 4 ans 1/2, veut simplement dire le mot 'papa'. Pour y parvenir, elle a besoin d'aide, elle doit regarder les mouvements sur la bouche de sa logopède et tenter de faire pareil en imitant les bons mouvements. Alice, malgré sa volonté et ses bonnes capacités

intellectuelles et de compréhension, doit faire beaucoup d'efforts pour parvenir à le dire par elle-même. Elle a de la difficulté à bien fermer les lèvres pour faire les 'p', puis son mot est un peu saccadé et elle le prononce très lentement 'p.a.p.a'. Avec la pratique et des interventions appropriées en logopédie, Alice finira par dire facilement ce mot. Mais imaginez tout ce qui devra lui être enseigné, après l'apprentissage des voyelles et des consonnes produites avec les lèvres /p,b,m/, Alice a dû apprendre les consonnes réalisées avec la pointe de la langue /t,d,n,l/ , et il en sera ainsi pour toutes les consonnes à apprendre par exemple /k,g,f,v,s,z,ch,j,R/ etc. Et tous ces mots, elle aura aussi à apprendre à les combiner pour faire des phrases pour parler. Alice a une dyspraxie verbale très sévère et avec de l'intervention, elle parviendra probablement à avoir une parole compréhensible pour les autres, mais loin d'égaliser la parole fluide de ses parents. D'autres enfants présentent des dyspraxies verbales moins sévères, ils pourront présenter par exemple une acquisition tardive et laborieuse des sons, mais avec un travail soutenu en logopédie et des pratiques à la maison et en garderie ou à la maternelle, leur parole pourra devenir très fonctionnelle et compréhensible, se rapprochant beaucoup de la normale. Plus l'intervention est précoce, meilleures sont les chances d'améliorations en bas âge et moindres sont les impacts sur le reste des apprentissages langagiers et scolaires.

La *dyspraxie verbale* est plus présente chez les garçons que chez les filles, elle se retrouve rarement seule, mais fréquemment dans des atteintes génétiques notamment dans certains cas d'atteinte chromosomique (ex 22q11, syndrome X fragile, etc.) ou neuro-développementale (ex atteinte au niveau du cervelet, épilepsie). La dyspraxie verbale peut aussi se retrouver en présence d'autres atteintes, par exemple dans des tableaux de déficience intellectuelle et de trouble sur le spectre de l'autisme (TSA). La recherche a aussi tendance à montrer que la boucle de rétroaction sensorielle nécessaire pour apprendre à produire avec précision les sons de la parole pourrait ne pas fonctionner de façon optimale chez l'enfant présentant une dyspraxie verbale. D'une part, l'enfant doit bien percevoir les sons (feedback auditif) pour associer ce qu'il entend avec les mouvements qu'il produit et perçoit à l'intérieur de sa bouche. D'autre part, il doit aussi bien ressentir les mouvements de ses articulateurs, sa bouche, ses lèvres, sa langue, son palais, etc. (feedback kinesthésique et proprioceptif) pour les localiser les uns par rapport aux autres et ainsi bien les produire pendant qu'il parle. Ces deux mécanismes de feedback sensoriel sont essentiels à l'apprentissage des sons de la parole.

Depuis quelques années, la recherche a démontré l'efficacité de l'application des principes d'apprentissage moteur dans la rééducation logopédique auprès des enfants présentant ce type de trouble moteur affectant les sons de la parole. Ces principes proposent entre autres la mise en place de pratique semblable à ceux que l'on retrouve pour améliorer les performances sportives : beaucoup de pratiques de mouvements, l'aide de multiples indices sensoriels pour faciliter l'apprentissage des mouvements, un ajustement précis du niveau de difficulté, l'utilisation de feedback extérieur pour montrer les réussites. L'application de ces principes à la thérapie logopédique exige entre autres, de la rigueur dans l'intervention, la planification d'objectifs très précis et microgradés et une forte intensité dans le travail des mots, sons, syllabes à apprendre. L'enfant a beaucoup à apprendre et a aussi beaucoup d'efforts à fournir. Ce type « d'entraînement » peut tout de même se faire dans un contexte de plaisir et de jeu, de préférence ceux que l'enfant aime. Avec le temps et tous les moyens mis en place, les réussites et les progrès réalisés par l'enfant deviennent un renforçateur

naturel pour lui, lui donnant accès à tout ce que le pouvoir de se faire entendre et comprendre peut lui apporter.

La dyspraxie verbale est un trouble développemental des sons de la parole (TDSP) encore peu connu. Avec les interventions appropriées les chances d'amélioration pour ces enfants sont significatives et favorables, en tenant compte, évidemment, de multiples facteurs dont ses capacités globales et la sévérité de l'atteinte. Il ne faut donc pas hésiter à consulter tôt. La logopède peut vous aider à mieux comprendre ce trouble, elle est la professionnelle toute désignée pour bien l'évaluer et le traiter.

Bibliographie

1. Lignes directrices et rapport technique de l'Association américaine des orthophonistes et audiologistes ASHA (American Speech-Language-Hearing Association)
<http://www.asha.org/policy/PS2007-00277/>
2. Charron, L. ; Systématisation des interventions en dyspraxie verbale : proposition d'un modèle intégratif. Rééducation Orthophonique - N° 261 - mars 2015
3. Charron, L. (2015); Réflexions sur les défis dans le diagnostic et la rééducation de la dyspraxie verbale. Rééducation Orthophonique - N° 263 - septembre 2015
4. Mass et al; Principles of motor learning in treatment of Motor speech disorders; American Journal of Speech-Language Pathology • Vol. 17 • 277–298 • August 2008 • A American Speech-
<http://ajslp.asha.org/cgi/reprint/17/3/277>
5. Shriberg LD, Aram DM, Kwiatkowski J. (1997). Developmental apraxia of speech: I. Descriptive and theoretical perspectives. J Speech Lang Hear Res. 1997;40:273–85.
6. Shriberg, L. D., Lohmeier, H. L., Strand, E. A., & Jakielski, K. J. (2012). Encoding, memory, and transcoding deficits in Childhood Apraxia of Speech. Clinical linguistics & phonetics, 26(5), 445-482.
7. Strand E. What is childhood apraxia of speech? site web consulté en février 2016;
<http://www.apraxia-kids.org/guides/family-start-guide/what-is-childhood-apraxia-of-speech/>
8. Strand et McCauley; Differential diagnosis of severe speech impairment in young children, The asha leader 2008
<http://www.asha.org/Publications/leader/2008/080812/f080812a.htm>

SITE WEB

- www.paroleetdyspraxie.com
- <http://www.apraxia-kids.org>