

# Une utilisation de la méthode CO-OP en psychomotricité; complémentarité entre approches Top-Down et Bottom-Up. Étude de cas unique d'un adolescent présentant un trouble développemental de la coordination (TDC)

A use of CO-OP method in psychomotricity;  
complementarity between Top-Down and Bottom-Up  
approaches

Unique case study of a teenager presenting  
a developmental coordination disorder (DCD)

Una utilización del método CO-OP en psicomotricidad;  
complementariedad entre acercas a Top-Down y  
Bottom-Up

Estudio de caso único de un adolescente que presenta  
un trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC)

**Aurélien D'IGNAZIO**, Psychomotricien D.E., Master en psychomotricité, artiste visuel,  
enseignant à l'Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice (Paris)

**Juliette MARTIN**, Psychomotricienne D.E., danse-thérapeute, enseignante à l'Institut de  
Formation de Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière (Paris)

[aurelien.dignazio@free.fr](mailto:aurelien.dignazio@free.fr) - [martinjuliet@hotmail.fr](mailto:martinjuliet@hotmail.fr)

## Résumé

La méthode CO-OP constitue pour le psychomotricien, un outil particulièrement adapté, dans la rééducation des patients présentant un Trouble du Développement des Coordinations (TDC). En s'appuyant sur l'exemple clinique d'un adolescent, suivi en cabinet libéral, nous souhaitons montrer la possibilité d'articuler cette approche d'orientation cognitive de type Top-Down, avec une pratique plus communément exercée sur le développement des fonctions psychomotrices, de type Bottom-Up.

## Summary

CO-OP method is a particularly suitable tool for the psychomotor therapist in the rehabilitation of patients with a Developmental Coordination Disorder. Based on the clinical example of an adolescent, we wish to show that it is possible to articulate this approach of cognitive orientation (Top-Down type), with a practice more commonly exercised on the development psychomotor functions (Bottom-Up type).

## Resumen

El método CO-OP es, para el psicomotricista, un instrumento particularmente adaptado, en la reeducación de los pacientes que presenta un Trastorno del Desarrollo de las Coordinaciones (TDC). Apoyándose en el ejemplo clínico de un adolescente, seguido en gabinete liberal, deseamos mostrar la posibilidad de articular este enfoque de orientación cognitivo de tipo Top-Down, con una práctica más comúnmente ejercida sobre el desarrollo de las funciones psicomotrices, del tipo Bottom-Up.

## Mots-clés

CO-OP – psychomotricité – TDC – apprentissage moteur – Top-Down – Bottom-Up

## Key words

CO-OP – psychomotricity – DCD – Motor learning – Top-Down – Bottom-Up

## Palabras claves

CO-OP – psicomotricidad – TDC – aprendizaje motor – Top-Down – Bottom-Up

## LES APPROCHES BOTTOM-UP ET TOP-DOWN

Par sa connaissance du développement psychomoteur et sa considération inter-reliée des fonctions cognitives, affectives et motrices, le psychomotricien inscrit traditionnellement ses modèles d'intervention dans une perspective développementale; son travail rééducatif visant le renfort de domaines déficitaires ciblés lors du bilan ainsi qu'une meilleure appropriation du corps.

Outre Atlantique, le soin psychomoteur est identifié différemment mais peut trouver une résonance dans les traitements décrits comme « centrés sur le déficit » (Polatajko & Cantin, 2005) ou encore « orientés sur le processus » (Laszlo & Bairlstow, 1983). Ces interventions ciblent en effet les habiletés préalables à l'activité (Mayston, 2001), l'équipement de base de toute réalisation motrice telle que l'équilibre, la régulation tonique, les aspects sensoriels et perceptivo-moteurs... Ces approches sont rassemblées dans la littérature actuelle sous le terme de type « **Bottom-Up** » (littéralement « ascendant »).

Les thérapies sensori-motrices ou d'intégration sensorielle (Ayres, 1972) sont souvent évoquées comme relevant de cette approche. Si leur utilité est souvent décrite dans le cadre des troubles du spectre de l'autisme concernant l'atténuation des stéréotypies et des particularités de modulation sensorielle (Gorgy 2013; revue de la littérature par D'Ignazio, 2016), leur efficacité apporte néanmoins un faible niveau de preuve concernant leur impact direct sur les performances scolaires et troubles praxiques (méta-analyses de Vargas & Camilli, 1999 ainsi que Polatajko & Cantin, 2005). C'est pourquoi, nous souhaitons évoquer également l'apport des thérapies de type « **Top Down** » (littéralement « descendant »), très pragmatiques dans leurs applications, non orientées sur les soubassements moteurs et sensoriels de l'individu mais directement sur l'activité motrice ciblée dans son application quotidienne.

Parmi ces approches, fondées sur les principes de résolution de problème, nous retrouvons la méthode CO-OP<sup>1</sup> (Polatajko, 2001), spécifiquement créée pour les enfants atteints de trouble du développement des coordinations et présentant un niveau de preuve avéré de son efficacité (Polatajko & Cantin, 2005). A l'heure actuelle, cette méthode nécessite une formation spécifique, permettant d'acquérir à la fois les fondements théoriques sous-jacents (la théorie dynamique du mouvement notamment) ainsi qu'une méthodologie associée. Plus récemment nous retrouvons également les approches NTT<sup>2</sup> (Niemeijer, 2007) et l'Imagerie Motrice<sup>3</sup> (Wilson, 2002). Ces différentes approches de type Top-Down visent l'amélioration effective de la tâche ciblée, en exerçant directement l'activité après l'avoir structurée méthodiquement ou en adaptant l'environnement, si nécessaire, pour permettre sa réalisation (Coster, 1997).

De par les courants théoriques qui l'ont traversée, la psychomotricité en France est moins sensibilisée à ces approches plus récentes (1980 à aujourd'hui). Certaines terminologies, issues du jargon nord-américain, semblent, au premier abord, éloignées de nos conceptions, lorsqu'elles évoquent la recherche de « performance centrée sur la tâche » ou de « rendement occupationnel » (Bernatchez, Tétreault, & Nadeau, 2010) mais ont le mérite de proposer des protocoles opérationnels (Smits-Engelsman, 2013) et/ou facilitant l'évaluation.

## QUEL USAGE SPÉCIFIQUE DE LA MÉTHODE CO-OP PAR LE PSYCHOMOTRICIEN ?

Le décret d'acte du Diplôme d'État de psychomotricien<sup>4</sup> nous légitime dans la rééducation de la « maladresse motrice et gestuelle » sans spécifier nos différentes modalités d'interventions autre que celle, généraliste, d'« éducation gestuelle ».

Pour aider le patient à s'ajuster corporellement dans sa dimension fonctionnelle et relationnelle, nous sommes amenés à utiliser aussi bien des médiations créatives et ludiques visant l'expressivité que des approches cognitives permettant de mieux guider le fonctionnement interne du sujet. À ce titre, la méthode CO-OP semble tout à fait pouvoir s'inscrire dans notre arsenal thérapeutique auprès de personnes souffrant d'un trouble du développement des coordinations. Elle se base en effet sur la co-analyse de l'action par le sujet et le thérapeute dans la mise en place d'un projet moteur efficient, tout en favorisant l'autonomie et la généralisation des acquis.

La méthode se base sur l'utilisation d'une stratégie globale de résolution de problème :

- 1/ but (*goal*)
- 2/ stratégie (*plan*)
- 3/ exécuter le plan (*do*)
- 4/ vérifier (*check*)

Il s'agit de questionner le sujet sur la tâche à réaliser (la « découverte guidée ») dans le but de la structurer en plusieurs étapes (le plan d'action) afin qu'il puisse identifier et corriger la ou les étapes défaillantes suite à son exécution (la vérification). S'en suivront l'expérimentation de ce nouveau plan d'action ainsi que des corrections et affinements jusqu'à validation finale.

Ainsi, il ne s'agit pas d'un apprentissage unique pour tous, que la personne doit suivre de façon rigide mais d'un ajustement méthodique et dynamique de la tâche en fonction de ses difficultés

<sup>1</sup> Cognitive Orientation to daily Occupational Performance

<sup>2</sup> Neuromotor Task Training, basé sur l'analyse de la tâche et sa décomposition.

<sup>3</sup> ou Motor Imagery Training

<sup>4</sup> Décret n°88-659 du 6 mai 1988, Article R-4332 du Code de Santé Publique

spécifiques. Cette adaptation continuelle nous permet de rester centré sur la personne sans la réduire à un ensemble de déficits.

Bien qu'attachée à la finalité motrice, la méthode CO-OP insiste sur l'engagement du patient en lui proposant de choisir l'activité qu'il souhaite mener à bien, sans omettre de « rendre la situation ludique et amusante » (Madiou, 2015, pp. 402). Nous considérons ce préalable comme fondamental dans notre approche où les aspects affectif et motivationnel viennent soutenir la recherche du geste efficient.

Face au patient en difficulté motrice, « la motivation initiale » ainsi que « le caractère attractif ou novateur de la tâche » (Marquet-Doléac, Soppelsa, Albaret, 2008, pp. 21) seront autant de leviers de travail, permettant d'accroître l'implication du patient et par extension ses résultats.

Cette méthode peut ainsi trouver une concordance avec nos concepts initiaux, s'attachant à rendre le patient acteur du soin psychomoteur, tout en lui faisant vivre des expériences émotionnelles inscrites dans la relation (Boscaïni & Saint-Cast, 2010) et dans un climat sécurisant.

La verbalisation apparaît comme l'un des socles de la méthode. Le rôle régulateur du langage a été souligné à plusieurs reprises dans l'orchestration du geste (Luria, 1961, Vygotsky, 1962), et notamment dans la diminution de l'impulsivité (Meichenbaum & Goodman, 1971). Ce constat a donné lieu à des programmes d'auto-instruction verbale (ou soliloquie), le plus couramment cité étant celui de Meichenbaum (1977), notamment auprès d'enfants présentant des dysfonctions non-verbales (Albaret & Soppelsa, 2004).

La méthode CO-OP propose également un panel de stratégies, pour assister le sujet dans sa réalisation. Citons quelques exemples que beaucoup utilisent déjà quotidiennement dans leurs pratiques mais qui s'inscrivent ici dans un protocole structuré. L'une des stratégies dites spécifiques appelée « *position du corps* » consiste à focaliser l'attention du patient sur sa posture globale, ses points d'appuis, ses zones corporelles statiques ou mobilisées pour réaliser la tâche. La stratégie « *sentir le mouvement* » peut permettre de questionner le patient sur ses sensations de confort ou d'inconfort, de tonicité ou de rapidité dans l'exécution de la tâche. La stratégie « *mnémotrixe* » fait appel à l'imagination de nos patients puisqu'elle consiste à associer à un mouvement ou une posture une représentation mentale.

## ÉTUDES DE CAS UNIQUE : RÉMI

Nous développerons notre pratique de l'approche CO-OP en cabinet libéral auprès d'un jeune adolescent présentant un TDC et discuterons de la complémentarité entre les différents types d'approches Top-Down/Bottom-Up dans notre pratique de psychomotricien.

Le TDC peut affecter une large étendue d'habiletés motrices globales, fines, ou les deux à la fois (Cermak, Gubbay, & Larkin, 2002; Sugden & Wright, 1998; Visser, 2003). Il est caractérisé par une lenteur générale des mouvements (Missiuna, 1994) et un déficit au niveau de la qualité du mouvement (Polatajko & Fox, 1995). D'autres déficits peuvent être associés comme une atteinte des compétences sensori-motrices, de l'équilibre et du maintien postural, de la force musculaire, une variabilité des performances, des difficultés d'écriture manuscrite ainsi que des troubles associés (visuo-spatiaux, neuro-visuels, mnésiques, attentionnels...) (Geuze, 2001).

## Présentation

Rémi, adolescent de 13 ans, scolarisé en 4<sup>ème</sup>, nous est adressé par son médecin généraliste, pour une maladresse ainsi qu'une mauvaise estime de soi.

Actuellement, il bénéficie d'un suivi pédopsychiatrique bimensuel. Les résultats du WISC IV réalisé dans l'année (QIV 142, QIP 124, MT 121, VT 81), font état de performances intellectuelles remarquables mais d'une vitesse de traitement chutée du fait de difficultés graphomotrices et de traitement visuel.

L'entretien parental révèle un manque d'aisance motrice (lors de la course, la descente des escaliers, les pratiques du roller et du ski), des difficultés dans la réalisation des gestes de la vie quotidienne (lacets...) et l'écriture, le gênant dans ses apprentissages et son autonomie. Rémi est en grande difficulté pour s'inscrire dans les jeux collectifs au point d'être dispensé d'EPS et bénéficie d'adaptations pédagogiques (classe de petit effectif).

## Bilan

Rémi se présente comme jeune garçon introverti et d'allure longiligne, qui semble ne pas s'approprier son corps, comme encombré de ses longs segments corporels. Au cours du bilan, il fait régulièrement tomber ses affaires et se cogne plusieurs fois. Il se montre également facilement déstabilisé par le regard d'autrui avec une recrudescence de réactions de prestance (tremblements, vasodilatation au niveau du visage).

Le questionnaire sur le trouble de l'acquisition de la coordination, appelé QTAC (Martini & Wilson, 2011)<sup>5</sup>, est un outil de dépistage fiable, proposé aux parents de Rémi aux vues des suspicions de TDC / TAC. Rémi obtient un score (32) qui objective ce risque avec une dégradation dans les trois domaines évalués (contrôle du mouvement, motricité fine/écriture, coordination globale), et implique la passation de tests spécifiques pour affiner ces premières observations.

Ci-dessous les résultats interprétés et étalonnés au regard de la norme d'âge de Rémi.

### Traitement visuo-moteur et visuo-constructif

Tests utilisés	Cotation	Interprétation des résultats
Subtest Précision visuo-motrice de NEPSY	NS: 7	Performance inférieure à son âge. Son rythme est trop lent par rapport à la précision de son geste. Ses appuis corporels sont défaillants.
Test Beery-VMI	NS: 6	Cotation en-deçà des capacités grapho-perceptives de son âge. La maîtrise du tracé est déficitaire. Les relations spatiales ne sont pas respectées entre les différents éléments.
Test de Figure de Rey A	copie : - 1, 4 D.S	Organisation sans perception globale, dans un pièce-à-pièce peu efficace, en multipliant les contrôles visuels sur le modèle au détriment de la réalisation.
	mémoire : - 0,9 D.S	La reproduction de mémoire est mieux organisée (commence par la structure rectangulaire mais ne trace que les éléments dont il est certain).
Subtest Cubes de NEPSY	NS: 11	Beaucoup d'appréhension face à l'épreuve. Les résultats sont néanmoins conformes à sa tranche d'âge.

<sup>5</sup> Traduit de la version canadienne DCDQ (Wilson, 2007)

### Praxies et coordination - M-ABC 2

	Note de composante	Note standard	Percentile	Interprétation des résultats
Dextérité Manuelle	21	5	centile 5 difficulté motrice avérée	Retournement lent et imprécis des chevilles. Construction plus aisée du triangle avec les boulons et les écrous. La réalisation du trajet au crayon manque de continuité.
Viser et attraper	12	6	centile 9 fragilité motrice	Les épreuves avec les balles sont peu fluides. Difficulté à se positionner correctement et à réguler sa force.
Equilibre	25	7	centile 16 fragilité motrice	L'équilibre sur la planche n'est pas maîtrisé, tout comme la marche talons-pointe. L'enchaînement des 5 sauts à cloche-pied est mal contrôlé au niveau de l'impulsion et de l'équilibration.
Total	58	5	centile 5 difficulté motrice avérée	Ce test met en exergue un niveau de développement moteur déficitaire pour son âge.

### Écriture

Tests utilisés	Cotation	Interprétation des résultats
Test BHK	vitesse - 2,5 D.S	Malgré une prise d'informations efficace (plusieurs mots à la fois), la vitesse d'écriture est limitée. Les nombreux levers de crayons, ainsi que les ratures et retouches lui font perdre beaucoup de temps.
	qualité - 2,2 D.S	La qualité est très déficitaire. Les points de fragilité portent sur les points suivants: variation des lettres tronc, les lettres 'a' et 't' sont déformées et peu stables.
Test de Gobineau	vitesse normale 106 caractères contre 117 attendus	La vitesse est en-deçà de celle attendue pour un élève de 4 <sup>ème</sup> alors qu'il a écrit au maximum de ses possibilités.
	vitesse maximale 95 caractères contre 147 attendus	Ne parvient absolument pas à accélérer son rythme d'écriture et, au contraire, se fatigue rapidement et obtient de moins bonnes performances de vitesse. L'écriture se détériore grandement.

### Organisation praxique

Tests utilisés	Cotation	Interprétation des résultats
Subtest Séquences Motrices Manuelles NEPSY	centile < 25 %	Difficultés pour orienter ses mains et respecter l'ordre des positions.
Test de Berges-Lézine (bras)		Les mouvements sont réalisés spontanément en réversibilité mais nécessitent encore un effort de décentration. La perception visuo-spatiale est variable avec une reproduction des angles souvent approximative.
Test EMG (mains et doigts)	21/26	Nous observons un déliement digital correct mais l'orientation des mains est une nouvelle fois inconstante

### Traitement visuo-perceptif et visuo-spatial

Tests utilisés	Cotation	Interprétation des résultats
Figure-fond DTVP A	NS: 7	Les capacités visuo-perceptives sont homogènes mais légèrement inférieures à son âge.
Closure visuelle DTVP A	NS: 8	
Subtest Flèches NEPSY	NS: 8 <sup>a</sup>	

Une consultation auprès d'un neuropédiatre en libéral a permis, à la lumière de ces différents bilans, de poser le diagnostic de TDC et dysgraphie associée.

### Projet thérapeutique

Le premier objectif du suivi est de définir avec Rémi les activités motrices suscitant de la gêne au quotidien dans les domaines tels que le sport, les loisirs, l'école ou les soins corporels, et dans lesquelles il souhaite progresser. Inspiré de l'outil PACS<sup>6</sup> nous établissons une liste de propositions au sein de laquelle Rémi cible cinq activités à perfectionner (voir tableau).

L'échelle de Rendement Occupationnel MCRO<sup>7</sup> est ensuite proposée à Rémi afin de l'aider à auto-évaluer l'importance de cette activité et son niveau actuel de réalisation, sur une graduation de 1 à 10.

L'échelle PQRS<sup>8</sup> nous permet, quant à elle, d'établir une évaluation de la performance de départ (sans accompagnement de notre part), en établissant une note entre 1 et 10 (de 1 = aucun critère de l'activité n'est réussi, à 10 = tous les critères sont réussis) et d'établir nos stratégies d'intervention. A titre d'exemple, pour l'action choisie de *mélanger les cartes*, Rémi obtient une note de 3. Le paquet de carte est tenu verticalement, avec une prise tonique du bout des doigts. Le mélange, réalisé en force, est inefficace, pliant les cartes et les laissant s'échapper.

**Récapitulatif des actions choisies par Rémi, associé aux auto et hétéro-évaluations avant rééducation** (qui seront par la suite comparées aux évaluations post-rééducation) :

Actions choisies par Rémi	MCRO (auto-évaluation par le sujet)		PQRS (évaluation par le professionnel)
	Importance portée à l'action désirée	Qualité de sa performance	Qualité de sa performance
jouer au foot	6	4	4
viser une cible avec une balle	7	3	2
faire ses lacets rapidement	4	7	8
descendre les escaliers rapidement	10	4	5
mélanger des cartes	8	2	3

<sup>6</sup> Pediatric Activity Card Sort, 2004, non traduit en français à l'heure actuelle

<sup>7</sup> MCRO – Mesure canadienne du rendement occupationnel (5e éd.) par M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M.A. McColl, H. Polatajko (2014).

<sup>8</sup> Performance Quality Rating Scale (PQRS) par Martini R1, Rios J, Polatajko H, Wolf T, McEwen S (2014)

## Outils d'intervention, associant les principes de la méthode CO-OP (mise en situation Top-Down) associés à des expérimentations de type Bottom-Up

Au cours du suivi, nous avons régulièrement effectué des aller-retours entre les propositions de type Bottom-Up et Top-Down; les deux approches nous semblant complémentaires et ciblant chacune des objectifs spécifiques. En effet, nous ne pouvons envisager une finalité gestuelle sans un équipement sensori-moteur efficient. À contrario, ne se focaliser que sur les soubassements sans évoquer de finalité fonctionnelle manquerait d'opérationnalité et d'un certain aspect motivationnel.

De plus, l'utilisation de la méthode CO-OP, dans sa forme stricte, semblait entraîner une forme de lassitude chez notre patient, et la *découverte guidée*, ne nous permettait pas de pouvoir renforcer spécifiquement certains prérequis lorsque ceux-ci étaient trop éloignés de la tâche finale. En effet, après avoir défini un plan d'action efficace grâce à la stratégie globale de la méthode CO-OP, nous avons fréquemment vu resurgir des difficultés particulières, tels qu'un manque de tonicité ou une préhension inefficace de l'objet, impactant grandement sur la qualité de la performance. Nous proposons alors des exercices annexes de type Bottom-Up, qui viennent mettre au travail et pallier ces défaillances, ce complément venant ainsi ré-alimenter l'approche Top-Down.

(Voir «schéma illustrant la complémentarité de nos dispositifs entre approches Top-Down et Bottom-Up, sur l'exemple de deux tâches cibles».)

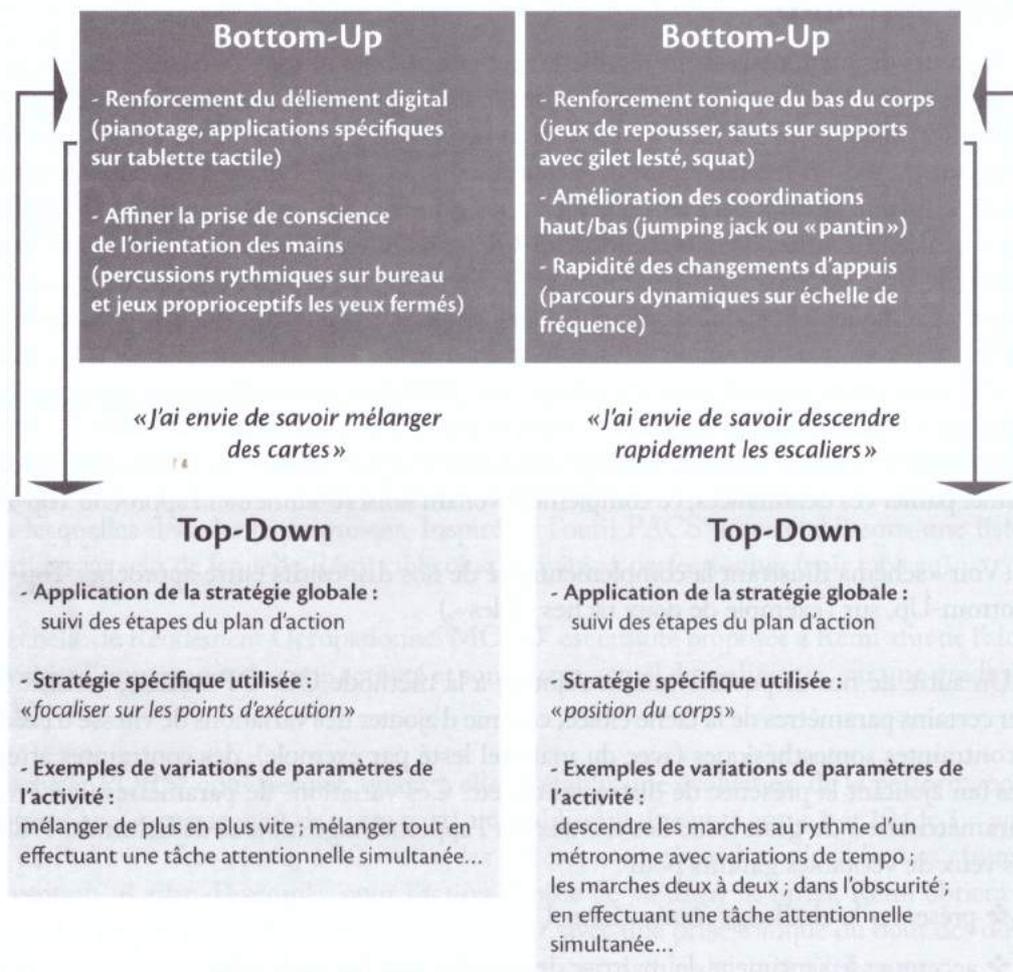
Un autre de nos dispositifs venant s'ajouter à la méthode CO-OP initiale, consiste à faire varier certains paramètres de la tâche ciblée, comme d'ajouter des variations de vitesse d'exécution, des contraintes somesthésiques (avec du matériel lesté par exemple), des contraintes attentionnelles (en ajoutant la présence de distracteurs), etc. Ces variations de paramètres (qui évoquent la paramétrisation du geste issue des travaux sur l'apprentissage moteur de Schmidt, 1988) sont à nos yeux de véritables garants pour :

- ❖ préserver le challenge motivationnel
- ❖ accentuer le sentiment de maîtrise de la tâche initiale par le sujet
- ❖ nous assurer de la qualité d'automatisation de la tâche cible

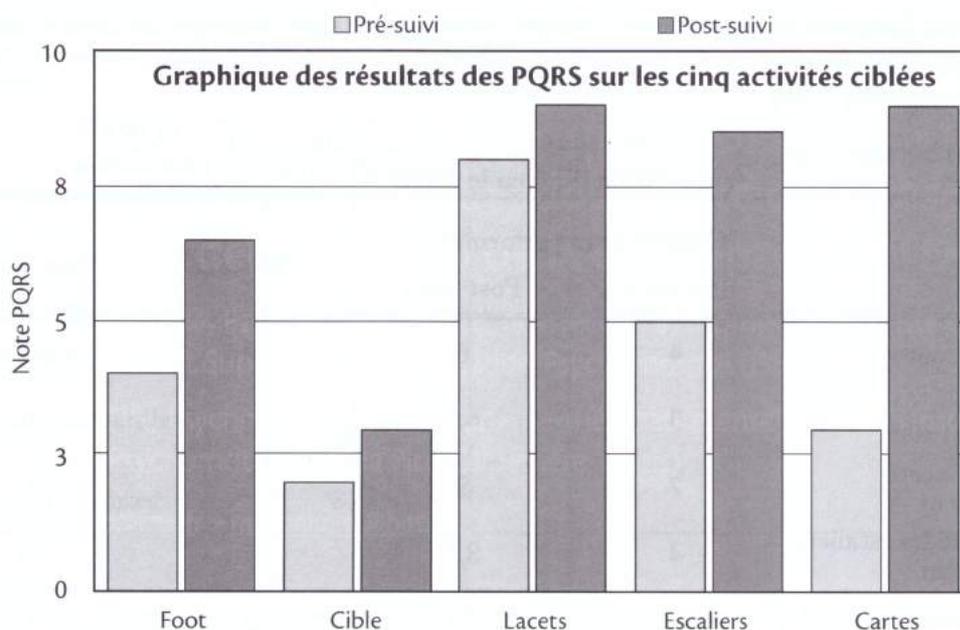
Ci-dessous, une visualisation synthétisée de nos dispositifs de rééducation établis sur six séances, sur l'exemple de deux actions motrices choisies par le sujet : *mélanger des cartes* et *descendre rapidement les escaliers*.

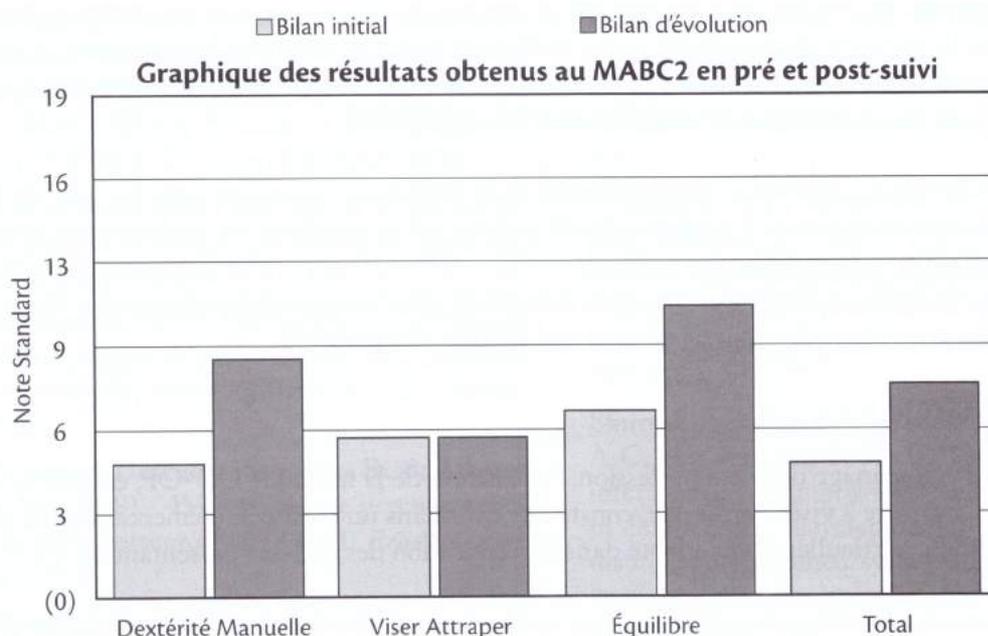
Actions choisies par Rémi	MCRO (auto-évaluation par le sujet)		PQRS (évaluation par le professionnel)	
	Qualité de sa performance		Pré-suivi	Post-suivi
	Pré-suivi	Post-suivi		
jouer au foot	4	6	4	6,5
viser une cible avec une balle	3	6,5	2	3
faire ses lacets rapidement	7	9	8	9
descendre les escaliers rapidement	4	8,5	5	8,5
mélanger des cartes	2	7,5	3	9

*Schéma illustrant la complémentarité de nos dispositifs entre approches Top-Down et Bottom-Up, sur l'exemple de deux tâches cibles*



*Bilan d'évolution après 3 mois de suivi*





Au regard de ces résultats, Rémi a progressé de façon significative dans quatre activités sur cinq, traitées simultanément en Top-Down/Bottom-Up à l'issue des six séances. Ces progrès se sont également généralisés avec une amélioration des résultats pour la plupart des domaines évalués par le test MABC-2, après trois mois, révélant une meilleure efficacité motrice.

### « TROP PEU REEDUCATIF OU PAS ASSEZ RELATIONNEL ? »

Nous souhaitons discuter de cette question, certes caricaturale, mais qui apparaît parfois divisante au sein de notre profession. Nous savons que la mise en avant d'outils d'influence cognitivo-comportementaliste est susceptible d'aviver ce débat.

Une de nos préoccupations est d'éviter l'écueil de la pensée simpliste, considérant par exemple que l'évaluation standardisée serait susceptible de nuire à la considération globale du sujet. Nous conseillons de mettre à distance cette forme de pensée dichotomique du « tout ou rien » et sans nuance intermédiaire.

Pour notre part, les tâches chronométrées, les consignes standardisées ainsi que l'utilisation du matériel de passation, ne concernant d'ailleurs qu'une infime partie du soin psychomoteur, ne sauraient se détacher d'empathie, d'humour, de bienveillance et d'encouragements. De même que la notation étalonnée ne peut occulter l'aspect clinique qualitatif du fonctionnement du sujet pour arriver à un résultat quel qu'il soit.

Loin d'être considérée à elle seule comme gage de qualité du soin, l'évaluation reste cependant le moyen actuel de montrer l'efficacité et la crédibilité de notre impact thérapeutique. En effet, nous ne pourrions mettre en forme un projet de soin nous guidant vers l'amélioration du sujet sans une évaluation psychomotrice préalable, mettant en exergue ses fragilités et potentialités, au regard d'une norme. C'est la confrontation de notre évaluation de départ avec notre bilan d'évolution qui permettra d'objectiver rigoureusement l'impact de notre pratique. Nous allons jusqu'à penser que c'est justement ce passage obligé par la rigueur qui permettra de s'en détacher par la suite.

Il est également possible de considérer les protocoles de rééducation comme austères, dans la mesure où ils semblent dicter une ligne de conduite et priver de créativité le thérapeute. Si un protocole est par définition, rigoureux et structuré, cela ne signifie en aucun cas qu'il doit être vécu comme tel par le patient et en déshumaniser son application.

Prenons garde aux situations où c'est l'aversion du thérapeute lui-même pour les tests qu'il aura insidieusement tendance à projeter sur ses patients en se justifiant de vouloir « conserver le relationnel ». Dans la pratique, les méthodes comme CO-OP, apportent justement un cadre structuré et structurant à l'intérieur duquel le thérapeute peut imaginer, et aménager des dispositifs ludiques et porteurs de progrès, garants de l'alliance thérapeutique.

## CONCLUSION

Loin d'être l'apanage de notre profession, l'utilisation de la méthode CO-OP, en tant que remédiation cognitive à visée corporelle, constitue néanmoins un outil complémentaire pour le psychomotricien, particulièrement adapté dans la rééducation des patients présentant un TDC.

Bien entendu, des études complémentaires seraient nécessaires afin de pouvoir bénéficier de recueil de données sur une cohorte importante, de groupes contrôles randomisés et davantage de re-tests pour nous informer sur la stabilité des progrès dans le temps. Nous espérons néanmoins avoir illustré la possibilité d'articuler cette approche d'orientation cognitive avec une pratique plus communément exercée sur le développement des fonctions psychomotrices, avec créativité, sans en dénaturer les principes.

Outre les progrès fonctionnels constatés, nous souhaitons souligner le plaisir exprimé par Remi de se sentir moins maladroit et l'utilité pour lui de pouvoir généraliser un modèle stratégique aux actions motrices de sa vie quotidienne lorsque celles-ci s'avèrent complexes.

Ainsi, lorsque notre approche rééducative permet de restaurer une image de soi dévalorisée par l'accomplissement d'expériences motrices réussies, nous considérons être au cœur de la conception de la psychomotricité.

---

## Références bibliographiques

- Albaret J.-M., Soppelsa R.** (2004). Utilisation des programmes d'auto-instructions auprès des enfants présentant des dysfonctions non verbales. In J. Flessas, & F. Lussier (Eds.), *Actes du Symposium sur les dysfonctions non verbales: les défis du diagnostic et de l'intervention* (pp. 135-142). Montréal: CENOP-FL.
- Bernatchez, Tétreault, & Nadeau.** (2010). Déficience motrice cérébrale et performance occupationnelle: Application exploratoire d'une approche cognitive. *ErgoThérapie*, 37; 53-59.
- Boscaini F., Saint-Cast A.** (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice, *Enfances & Psy* 2010/4 (n° 49), p. 78-88.
- Cermak, S. A., Gubbay, S. S. & Larkin, D.** (2002). What is developmental coordination disorder. Dans S.A. Cermak & D. Larkin (dir.), *Developmental coordination disorder* (p. 2-22). Albany, NY: Delmar Thomson Learning.
- D'Ignazio A.** (201?). Quels champs d'action du psychomotricien entre pratiques recommandées et programmes globaux? *Evolutions Psychomotrices*, 102, ?-?.
- Geuze, R.H., Jongmans, M.J., Schoemaker, M.M., & Smits-Engelsman, B.C.M.** (2001). Clinical and research diagnostic criteria for developmental coordination disorder: a review and discussion. *Human Movement Science*, 20(1-2), 7-47.

- Gorgy O.** (2013). Intégration sensorielle: concept et application en psychomotricité auprès de l'enfant avec autisme. In J Perrin, T Maffre (Eds.), *Autisme et psychomotricité* (pp.403-424). Bruxelles: De Boeck-Solal.
- Luria, A.R.** (1961). *The Rôle of Speech in the Régulation of Normal and Abnormal Behavior*. Pergamon, Oxford.
- Madieu M.** (2015). Méthode CO-OP. *Manuel d'enseignement de psychomotricité Vol. 2 Méthodes et techniques*, 398-405, Bruxelles: De Boeck-Solal.
- Marquet-Doléac J., Soppelsa R. & Albaret J-M.** (2008). Prise en charge psychomotrice du sujet porteur d'un TDAH. *Réadaptation*, n° 547.
- Martini, R., St-Pierre, M., Wilson, B. N.** (2011). French Canadian cross-cultural adaptation of the Developmental Coordination Disorder Questionnaire '07: DCDQ-FC. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78, 318-327.
- Meichenbaum, D.H., Goodman J.** (1971). Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control. *J.Abnormal Psychol*, 77:115-26.
- Missiuna, C.** (1994). Motor skill acquisition in children with developmental coordination disorder. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11, 214-235.
- Niemeijer Bouwien C.M. , Anuschka S., Smits-Engelsman B.C., Marina M., Schoemaker M.M.** (2007). *Developmental Medicine & Child Neurology*; Chapter 3 - Neuromotor Task Training for children with developmental coordination disorder: a controlled trial 49: 406-411.
- Polatajko & Cantin.** (2005). « La prise en charge des enfants atteints d'un trouble de l'acquisition de la coordination: approches thérapeutiques et niveau de preuve », in R. H. Geuze (Éd.), *Trouble de l'acquisition de la coordination: évaluation et rééducation de la maladresse chez l'enfant*, Marseille, Solal, 2005, pp. 147-195.
- Polatajko & Cantin.** (2006). Developmental Coordination Disorder (Dyspraxia): An overview of the State of the Art. (E. I. reserved., Éd.) *Seminars in Pediatric Neurology*, 12:250-258.
- Polatajko, H.J., Fox, A.M., & Miussiuna, C.** (1995). An international consensus on children with Developmental Coordination Disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62, 3-6.
- Polatajko, H.J., Mandlich, A.D., Miller, L.T., Macnab, J.J.** (2001). Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP): Part III: The protocole in brief, in *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 20, 107 – 123.
- Smits-Engelsman Bouwien C.M., R. Blank., A.C. Van der Kaay & Al.** (2013). Efficacy of interventions to improve motor performance in children with developmental coordination disorder: a combined systematic review and meta-analysis, *developmental medicine & child neurology* (p.229-237).
- Schmidt, R.A.** (1988). *Motor Control and Learning: A Behavioral Emphasis*. 2<sup>nd</sup> ed. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Sugden, D.A., & Wright, H.C.** (1998). *Motor coordination disorders in children*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Vargas S., Camilli G.** (1999). «A meta-analysis of research on sensory integration treatment», *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 53, p. 189-198.
- Visser, J.** (2003). Developmental coordination disorder: a review of research on subtypes and comorbidities. *Human Movement Science*, 22, 479-493.
- Vygotsky, G.F.** (1962). *Thought and Language*. M.I.T. Cambridge, Mass.
- Wilson, P.H., Thomas, P.R., Maruff, P.** (2002). Motor imagery training ameliorates motor clumsiness in children. *Journal of Child Neurology*, 17, 491-498.
- Wilson B.N, M.Sc., OT(C) and S.G. Crawford, M.Sc.** Calgary (2007). *The developmental Coordination Disorder Questionnaire (2007). Administration manual for the DCDQ'07 with psychometric properties*, Alberta, Canada.