

## Abord pragmatique des dyspraxies de l'enfant en situation d'apprentissage scolaire

Dr Alain POUHET. Médecine Physique et Réadaptation.

Mots-clés : dyspraxies - dyspraxie visuospatiale - apprentissages scolaires - graphisme

*Résumé : Au-delà des concepts qui les sous-tendent, les dyspraxies de l'enfant sont un véritable problème en situation scolaire.*

*La rééducation des troubles graves se heurte à la cause même de ce handicap, l'impossibilité d'engrammer **les praxies**, c'est-à-dire les habiletés manuelles apprises intentionnellement, culturellement déterminées.*

*Or une course contre la montre est engagée entre les progrès spontanés et/ou liés à la rééducation, et le rythme des acquisitions scolaires. Un décalage important (2-3 ans) peut rapidement s'installer, il sera alors rédhibitoire pour l'issue de la scolarité.*

*Un abord plus pragmatique consiste, dès le diagnostic, d'agir conjointement par le **contournement** des difficultés et de réfléchir d'emblée sur les orientations possibles en termes de parcours scolaire "raisonné".*

*Ces propositions nécessitent d'être étayées par un bilan précis.*

### Le contexte

Après une longue période où les difficultés d'apprentissage scolaire des enfants n'étaient abordées - quasi uniquement - que sous l'angle psychodynamique, un éclairage complémentaire, s'appuyant sur la mise en évidence d'éventuelles difficultés cognitives, offre des possibilités d'actions concrètes, au sein même de la classe.

Dans ce cadre nosologique, la dyspraxie, définie comme une incapacité à engrammer "la planification et la programmation des actions dirigées vers un but", résulte bien d'un dysfonctionnement cognitif à différencier d'une pathologie motrice.

On parle aujourd'hui de T.A.C, de dyspraxie, de dysfonctionnement non verbal... on discute et l'on s'oppose là-dessus, alors que les enfants, leurs parents et les enseignants attendent des solutions concrètes et adaptées.

Pourtant, au-delà des conceptions et des terminologies, on décrit bien les mêmes enfants :

- pathologiquement maladroits, significativement en échec aux tests étalonnés
- normalement intelligents, c'est-à-dire obtenant au moins une note au moins dans la moyenne à une épreuve de facteur G ne mettant pas en oeuvre leur pathologie spécifique (par exemple à l'épreuve "similitudes" des échelles de Weschler). Ils sont généralement brillants et très à l'aise à l'oral.

- présentant une hétérogénéité significative à ces mêmes échelles, hypothèse forte de dyspraxie qui doit être confirmée par d'autres tests complémentaires, psychologiques et/ou paramédicaux, judicieusement choisis.

Toute cette sémiologie étant en parfaite corrélation avec la symptomatologie scolaire où dominant :

- les difficultés graphiques : dessin, écriture manuelle, tracés, géométrie...
- la lenteur, la fatigabilité
- le manque de présentation et de soins
- un défaut marqué d'organisation...
- le tout résultant de la situation de double-tâche permanente consécutive aux praxies non automatisées.

Ces difficultés praxiques gestuelles et/ou constructives peuvent s'accompagner de difficultés neurovisuelles, visuoperceptives, oculomotrices, d'élaboration et de construction de la notion d'espace... rendant compte alors d'une dyspraxie visuospatiale.

Celle-ci a pour conséquence en classe, une aggravation des difficultés citées, auxquelles s'ajoutent d'éventuelles difficultés en lecture, en orthographe et surtout dans tous les secteurs des mathématiques (dénombrement, numération, pose et résolution des opérations, géométrie,...) avec des incidences possibles en résolution de problèmes.

L'existence de cette composante neurovisuelle est importante car elle entraîne une aggravation des productions à partir des modèles visuels, qui doit systématiquement être vérifiée, les conséquences en classe étant importantes (adaptations des supports pédagogiques, place de l'élève par rapport au tableau...).

### Le bilan

Pour ces enfants, l'évaluation est loin d'être un bilan systématique, exhaustif, complet... S'appuyant sur l'apport de la neuropsychologie infantile, il est plutôt raisonné, c'est à dire construit à partir des symptômes solaires et orienté par les premiers examens "de débrouillage", mais il devra surtout être spécifique à **cet enfant-là**.

Il doit cependant comporter au minimum :

- un examen neuropédiatrique pour différencier la dyspraxie de difficultés motrices. L'origine neuromotrice à la maladresse pouvant avoir des conséquences thérapeutiques différentes. Mais les enfants handicapés moteurs, en particulier en cas de paralysie cérébrale, présentent bel et bien d'authentiques dyspraxies. En pratique : construction d'une tour de cubes, marche pieds nus (sur la pointe, sur les talons, en suivant une ligne droite), vérification des réflexes, recherche d'un Babinski ...
- un bilan "psychométrique" de débrouillage, idéalement une échelle de Weschler qui comporte des épreuves de facteur G en verbal et en performance. La dissociation "classique" verbale/performance peut parfois être masquée par une comorbidité fréquente (association dyspraxie + dysphasie, présence d'un trouble des fonctions exécutives...).
- un bilan ciblé en ergothérapie (praxies, fonctions neurovisuelles, gnosies visuelles et digitales...), psychomotricité (praxies, schéma corporel, latéralité...) et orthoptie (acuité, champ visuel, vision fonctionnelle, motilité oculaire, motricité oculaire conjuguée : vergences, poursuite, saccades...).
- un bilan orthophonique peut s'avérer utile (dyslexie mixte).
- une évaluation scolaire : lecture, écriture manuscrite, bilan mathématique...
- l'analyse du retentissement dans les activités du quotidien à l'école (s'habiller, manger à la cantine...) ainsi qu'en sport.

### La prise en charge

Malgré une exposition normale aux apprentissages en classe, les réalisations ne seront jamais véritablement automatisées et le décalage avec les pairs va aller s'aggravant.

Concrètement en classe, les formes très sévères, avec impossibilité de réalisation (de l'écriture manuelle, des opérations...) rendent assez facile et consensuel le recours à des contournements, nécessaires et salutaires, ce qui est malheureusement plus difficile à mettre en œuvre pour les formes moins graves.

La dysgraphie est un bon exemple de cette réalité trop quotidienne.

Dans la dysgraphie dyspraxique, l'écriture manuelle est réalisée en permanence en situation de saturation cognitive, réalisant cette "double tâche" ne permettant pas à l'élève de se concentrer sur les aspects raisonnements et conceptuels des apprentissages. L'enfant capable d'une production à peu près lisible, donc "en progrès", est sommé de toujours et encore progresser. On ne prend pas en compte le décalage allant croissant entre les progrès de l'enfant et ceux de ses camarades. Les exigences scolaires, elles mêmes croissant à un rythme rapide, aggravent ce décalage non pris en compte, faisant le lit d'un échec scolaire inéluctable. Il est donc urgent de statuer sur le caractère non rentable, scolairement parlant, d'une écriture manuelle non automatisée, en double tâche, pour y renoncer précocement en situation d'apprentissage scolaire. On peut continuer d'écrire à la main quand la calligraphie n'est plus un outil au service de la scolarité.

De même, l'échec massif dans tous les secteurs des mathématiques devrait être pris en considération pour mettre en place des facilitations (calculatrice, tables de multiplication à disposition, logiciel de géométrie...) mais surtout pour relativiser la place de cette matière dans le cursus scolaire d'enfants qui sont, dès le départ, exclus des filières scientifiques en raison même de leur pathologie.

On peut faire faire "plus" de maths, aider à faire "mieux" les maths, mais pour quelle utilité in fine ?

**→ En Rééducation Fonctionnelle, on apprend à ne pas rééduquer ce qui n'est pas réeducable, ou ne plus rééduquer ce qui l'est à un coût exorbitant.**

C'est vers les aptitudes préservées (normales ou supérieures) qu'il faudrait orienter tous les efforts, surtout en cas de comorbidité de troubles. Par exemple, optimiser la structuration du langage oral, la pragmatique du discours ou de la narration en cas de syndrome dysexécutif associé.

Il convient de doper ce qui est bon mais perfectible. Cette rééducation là est très utile.

De même, l'orientation, sans diagnostic, de ces enfants vers des filières techniques ou manuelles, où dans des classes qui accueillent des enfants déficients intellectuels est une aberration encore trop souvent constatée.

Il conviendrait de considérer différemment :

- les enfants très petits (Maternelle, CP) pour lesquels un bilan diagnostic précis permet d'énoncer un pronostic probable avec des conséquences scolaires qu'il est possible - et surtout souhaitable - d'**anticiper**.
- les enfants en CE1-CE2, déjà entrés dans des apprentissages, mais qui ne progressent pas au rythme normal dans les secteurs concernés par la pathologie, pour lesquels l'école doit cesser de croire en une normalisation, impossible ou trop coûteuse. Cette prise de conscience s'avère très difficile au quotidien.
- pour les enfants plus grands, dès le CM mais surtout au collège, il faut adapter la scolarité à ce qu'ils sont réellement. L'heure n'est plus forcément aux rééducations mais à statuer sur la rentabilité des outils scolaires, faire des choix stratégiques dans les matières qui engagent l'avenir à long terme, penser des orientations scolaires et professionnelles accessibles.

Dans cette optique, la responsabilité du médecin ou du neuropsychologue est importante dans le suivi au long cours de ces enfants et nécessite une intervention pertinente aux réunions de Projet Personnalisé de Scolarisation auxquelles il faut participer.

Il faut jongler avec le niveau d'intelligence générale de l'enfant, l'intensité des troubles praxiques et/ou visuospatiaux, l'exact retentissement scolaire, les attentes des parents, la souffrance et l'investissement scolaire... connaître précisément ce qui est mis en place... et tout cela est épuisant !

Chaque année, avec chaque nouvel enseignant, tout peut être remis en cause !

D'autant que répéter, à chaque réunion d'équipe, les mêmes "évidences", par exemple sur le contournement de l'écriture manuelle ou l'utilisation de la calculette à des enseignants, dont la formation ne prépare absolument pas à ce qu'ils vivent comme des "renoncements", fait poser la question d'un travail "en amont" avec l'Education Nationale.

Le même travail épuisant est à faire avec les MDPH, car certaines aides (AVS, ordinateur, logiciels...) nécessitent la reconnaissance d'un handicap. Cette notion de "handicap" et l'obligation d'un "diagnostic" sont très diversement appréciées sur le territoire. Souvent, nous ne demandons qu'une compensation d'une situation inéquitable, rapidement, en l'attente d'un diagnostic, et cela n'est pas compris. Des enjeux financiers importants brouillent parfois les cartes.

La présence d'un AVS (auxiliaire de vie scolaire) est souvent une aide précieuse, indispensable en cas de syndrome dysexécutif associé. L'AVS sert de "cortex frontal" à l'enfant. Hors, confondant autonomie et indépendance, l'Education Nationale demande aujourd'hui à tous les enfants de devenir autonomes ("*tu dois te débrouiller seul*") alors que certains doivent continuer à bénéficier d'aides.

L'autonomie c'est être capable de demander et de se servir de l'aide à bon escient.

C'est le rôle et la responsabilité des médecins, des neuropsychologues, des équipes de SESSAD de renseigner l'AVS et l'enseignant qui doivent savoir :

- ce que l'enfant peut faire - et doit - faire seul,
- ce qu'il ne peut faire qu'avec aide, bien explicitée,
- ce qu'il ne peut - et ne pourra jamais ou de façon insuffisamment rentable - faire seul.

Les paramédicaux participent au diagnostic, assurent des prises en charges, sont en lien avec les parents et l'école.

Ils doivent adapter leurs exigences au niveau de développement de l'enfant et transférer ce point fondamental du statut de l'enfant "apprenant" auprès des équipes pédagogiques : il ne faut ni saturer, ni dégoûter un enfant des apprentissages en raison d'exigences scolaires inatteignables.

L'orthoptiste prend évidemment toute sa place dans l'investigation des fonctions neurovisuelles, particulièrement en cas de DVS dans l'évaluation de l'oculomotricité avec la mise en relation de l'aspect fonctionnel du regard face aux exigences scolaires. Les aspects de spatialisation et de fonction gnosique visuelle doivent faire partie intégrante du bilan orthoptique.

Le compte-rendu doit être délivré aux parents et au médecin prescripteur de façon LISIBLE afin d'être exploité de façon optimum en terme de fonction visuelle, de qualité du regard et de l'exploration visuelle rapportée aux tâches scolaires.

Il devrait être un descriptif des aptitudes neurovisuelles permettant de comprendre le pourquoi des difficultés d'apprentissages.

On pense ici à l'analyse des saccades mais aussi aux conseils par exemple en terme de traitement : l'orthoptiste à une place de choix pour expliciter le rôle néfaste des verres pénalisants alternés dans le développement de la vision de l'enfant en situation scolaire, et ceci dès la GS de maternelle, dès l'abord de la lecture en CP...

### **En conclusion**

Les dyspraxies de l'enfant sont une réalité méconnue alors qu'elles réfèrent à des symptômes scolaires fréquents.

Toute plainte scolaire en rapport aux symptômes classiques n'est pas obligatoirement une dyspraxie, mais beaucoup d'enfants dyspraxiques ne sont toujours pas diagnostiqués.

Dans ces situations, la souffrance de l'enfant est parfois bruyante. Elle est la conséquence directe de la dyspraxie non reconnue.

Ces difficultés, conduisant à un échec scolaire programmé et prévisible, nécessitent un bilan pluridisciplinaire précis, long et exigeant.

**L'urgence en 2009 serait d'ouvrir des centres de diagnostic et des structures de soins compétentes pour l'ensemble des DYS - en raison des comorbidités fréquentes - et de promouvoir la nécessaire collaboration avec l'Education Nationale.**

En effet, informé et convaincu, l'enseignant a le pouvoir de diminuer la souffrance liée à l'échec en s'adaptant concrètement aux difficultés repérées et explicitées de l'enfant. Cela a une répercussion directe en classe et constitue un véritable effet **thérapeutique**. Mais cela passe par un travail en commun encore très difficile à mettre en œuvre, qui devrait être soutenu par un plan d'action généralisé à tout le territoire.

Bibliographie :

- M. MAZEAU : Neuropsychologie et troubles des apprentissages. 2005. Masson.
- M. MAZEAU : L'enfant dyspraxique et les apprentissages. 2010. Masson
- Troubles spécifiques des apprentissages. L'Etat des connaissances : Tome 5. Signes Editions.