

Si dysphasie et dyslexie ont tenu le devant de la scène pendant une longue période pionnière, les dernières années ont vu se développer les connaissances, les réflexions, les analyses autour de la dyspraxie. La publication récente d'un numéro complet de la revue « Réadaptation » consacré à la dyspraxie témoigne, parmi d'autres publications et colloques, de l'intérêt et des questions suscitées par ce sujet. Rappeler aujourd'hui que la dyspraxie se définit comme un trouble spécifique des apprentissages est particulièrement important, tant dans la compréhension du trouble que dans les implications pratiques sur le suivi des enfants. La dyspraxie tient néanmoins une place particulière parmi les troubles spécifiques des apprentissages : le paradoxe apparent est qu'il s'agit d'un trouble cognitif mais qui s'exprime dans la motricité fine, le geste, la maîtrise corporelle ; voilà des symptômes avant tout « moteurs » qui retentissent sur des apprentissages scolaires essentiels comme le graphisme, l'écriture, la géométrie... alors qu'il n'y a aucune paralysie ou faiblesse de la main !

En outre, l'évolution des idées et la richesse des récents débats font apparaître une grande complexité voire une certaine confusion dans les concepts abordés. Le rappel de définitions « officielles » complété par des points de vue théoriques complémentaires est utile avant d'aborder les implications diagnostiques et thérapeutiques.

Une définition ?

Dès qu'il est question de dyspraxie, de nombreux termes sont utilisés pour décrire la symptomatologie ou invoquer les mécanismes en cause : dyspraxie visuo-spatiale, constructive, gestuelle ; idéatoire ou idéomotrice ; bucco phonatoire ; d'habillage... sans être certain que les auteurs ou interlocuteurs partagent les mêmes définitions, les mêmes acceptions.

Il faut donc revenir aux définitions qui sont partagées par le plus grand nombre.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit dans la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) à la rubrique F 82 un trouble de l'acquisition de la coordination (TAC), appelé aussi débilité motrice de l'enfant ainsi que dyspraxie de développement. Plusieurs critères sont nécessaires :

- interférence significative avec la réussite scolaire et la vie courante
- non dû à une « paralysie cérébrale » (Infirmité Motrice Cérébrale)
- non dû à un trouble psychopathologique
- non corrélé au retard mental, s'il existe.

Il est précisé que des signes d'immaturation du développement neurologique sont souvent associés (sans que leur nature soit précisée).

Cette définition est explicitement très inspirée des critères retenus par le manuel américain de classification des maladies psychiatriques (DSM IV) pour décrire le TAC.

On remarque que les troubles sont très peu décrits, sans distinction de sous-groupes aux symptômes différents contrairement à de nombreux auteurs « historiques » (Orton, De Ajuriaguerra et Stamback, Dugas et Gérard) qui tentaient d'établir une typologie tenant compte de l'hétérogénéité des tableaux rencontrés : prédominance de difficultés de traitement de l'information visuelle et spatiale ou prédominance des troubles de la programmation motrice, du contrôle attentionnel.

Les définitions de l'OMS et du DSM IV assimilent TAC et dyspraxie. Une autre approche des troubles de la motricité et du geste (Leroy-Malherbe, Mazeau) propose d'envisager trois niveaux de motricité. Le premier, lié à l'espèce, concerne la motricité « pré-cablée » et les capacités antigravitaires permettant le redressement et la posture contre la pesanteur, la station debout et la marche. Le second, fruit des interactions entre le patrimoine génétique de chaque

individu et les situations expérimentées dans son environnement correspondrait aux acquisitions des diverses coordinations, sans apprentissage explicite (courir, sauter, attraper une balle...). Le troisième niveau relève d'un apprentissage explicite et systématisé, finalisé vers un objectif très lié au contexte culturel (écrire, jouer d'un instrument, utiliser des couverts ou des baguettes, s'habiller, manier un outil...). Cette analyse pourrait permettre de différencier les enfants présentant un TAC (atteinte du deuxième niveau), de ceux présentant une dyspraxie (atteinte du troisième niveau). L'atteinte du premier niveau correspond aux troubles de la posture et du mouvement rencontrés chez l'infirmoteur cérébral (cerebral palsy) après lésion cérébrale précoce.

Des implications

Quelle que soit la définition retenue et les nuances sémiologiques et physiopathologiques apportées, reconnaître la dyspraxie comme un trouble spécifique des apprentissages implique un certain nombre de points.

Le préalable essentiel est la mise en évidence d'une dissociation dans les compétences cognitives au profit du raisonnement verbal. Le recours à la passation de tests psychométriques du type des échelles de Wechsler (WPPSI-R, WISC III, WISC IV) paraît la première étape indispensable. L'utilisation de ces échelles selon une approche neuropsychologique permet une analyse sub-test par sub-test, indispensable pour cerner le profil de compétences et de déficiences cognitives. Ce n'est pas la sommation des résultats qui traduit le niveau d'efficacité intellectuelle mais le plus souvent le résultat obtenu au sub-test des similitudes qui témoigne des capacités de raisonnement verbal. L'observation du comportement de l'enfant pendant la passation, l'analyse de ses erreurs, le repérage de ses stratégies permet d'aller au-delà du symptôme pour décrypter les mécanismes, les façons de traiter l'information. Il faut aboutir à l'élaboration d'hypothèses sur les « mécanismes » en cause dans la production des symptômes rapportés ainsi que sur les possibilités de compensation par d'autres « modules » cognitifs. D'autres explorations, orientées par ce premier examen, compléteront et enrichiront cette analyse pour aboutir à un diagnostic détaillé et étayé.

Enoncer un diagnostic de dyspraxie, trouble spécifique des apprentissages, modifie le regard porté sur l'enfant :

Regard porté par l'enfant lui-même qui jusqu'alors ne comprenait pas la cause de ses échecs répétés malgré ses efforts ; les explications fournies, adaptées à l'âge, sont souvent un premier pas vers une reprise de confiance en soi, une revalorisation de l'estime de soi.

Regard porté par sa famille qui se sent plus éclairée pour adapter exigences éducatives et aides spécifiques.

Regard porté par la communauté scolaire pour qui l'enfant apparaissait paresseux ou opposant.

Le caractère « spécifique » du trouble s'oppose clairement au diagnostic de déficience mentale ou de retard global de développement et chacun est donc plus attentif aux compétences préservées.

Reconnaître qu'un enfant dyspraxique présente un trouble spécifique des apprentissages constitue également un défi pour les professionnels de l'éducation et de la réadaptation. Il s'agit bien d'un enfant avec un potentiel d'apprentissage parfaitement normal dans certains domaines et dont les échecs tiennent peut-être en grande partie aux « façons d'enseigner » habituellement proposées et qui ne lui sont pas adaptées. C'est là que la collaboration entre équipe pédagogique et professionnels de la neuropsychologie infantile prend toute sa place. Il

est illusoire et dangereux de prescrire des « recettes » qui seraient efficaces dans « la » dyspraxie. L'analyse fine évoquée plus haut doit se confronter aux observations des enseignants pour discuter des effets de la rééducation, de l'intérêt réel des dispositifs proposés (adaptations matérielles, pédagogie différenciée).

Il n'y a pas « une » dyspraxie mais des enfants dyspraxiques aux difficultés et compétences différentes.

Certains bénéficieront de l'introduction précoce de l'outil informatique dès la grande section de maternelle ; d'autres gagneront à attendre la fin de l'école primaire pour un apprentissage bien plus rapide du clavier.

L'atteinte des capacités d'analyse visuelle et de l'oculomotricité conjuguée (troubles d'orientation et d'utilisation du regard) souvent associée doit être finement analysée pour conduire à des adaptations adéquates (choisir de grossir les énoncés et les figures ou privilégier un petit champ d'exploration visuelle ?...).

Quelle place accorder à la rééducation et à l'objectif de diminution des troubles ? A l'apprentissage d'autres stratégies ? A quel moment introduire les moyens palliatifs ? La majorité des enfants dyspraxiques parvient à écrire, parfois même avec une plus jolie écriture que d'autres enfants de la même classe. Il faut ensemble analyser au prix de quelle lenteur, de quelle consommation de ressources attentionnelles, de quelle fatigue en fin de journée cet exploit est possible. Quel en est aussi le plaisir et la fierté de l'enfant ; ou de son enseignant ; ou de son rééducateur ?...C'est dans cette réflexion, cette remise en cause de nos certitudes, ces échanges permanents que l'on se pose les bonnes questions et qu'on teste la pertinence de nos propositions.

Le diagnostic de dyspraxie en tant que trouble spécifique des apprentissages joue également un rôle de « Sésame » dans l'accès à un certain nombre de dispositions réglementaires et administratives : handiscol et l'attribution d'un outil informatique, tiers temps supplémentaire pour les examens, reconnaissance par la Commission Départementale d'Education Spéciale avec possibilité d'Allocation d'Education Spéciale, prise en charge par la sécurité sociale à 100% au titre de la liste des « affections longue durée »...

Sur le terrain, on perçoit la familiarisation des différents acteurs du fait de leurs expériences antérieures avec les troubles spécifiques du langage ; par analogie, le travail d'information et d'explication mené auparavant dans ce domaine bénéficie aux enfants dyspraxiques.

Des pièges

La récente diffusion des connaissances concernant la dyspraxie et les troubles des apprentissages est tout à fait bénéfique et doit être encouragée, développée, poursuivie. Cependant, elle peut conduire l'entourage familial ou professionnel non spécialisé à se saisir d'une piste erronée mais attirante car elle permet des interprétations physiopathologiques plus valorisantes et qu'elle offre des perspectives thérapeutiques nouvelles.

Toute maladresse ou tout trouble de l'écriture n'est pas une dyspraxie. C'est une démarche diagnostique approfondie qui recherche d'abord une atteinte de la motricité ou de la sensibilité, un dysfonctionnement dans le contrôle cérébelleux, des troubles psychoaffectifs ou envahissants du développement.

Une fois ces causes écartées, l'évaluation de l'ensemble des compétences cognitives est, on l'a dit, indispensable et primordiale. Ainsi, un enfant qui a un retard cognitif global est souvent perçu, avant 4 ou 5 ans, comme présentant un trouble du langage car les compétences sollicitées en vie quotidienne et pendant la première année de maternelle sont avant tout langagières. Imaginons que cet enfant, arrivé en moyenne puis grande section, présente un âge de développement, homogène, de 3 ans : son langage lui permet alors de communiquer oralement de façon efficace avec son entourage tout comme en classe ; mais comme les

apprentissages de fin de maternelle sollicitent de plus en plus les compétences visuo-spatiales et praxiques, l'enseignant remarque surtout sa gêne dans ce domaine et, sensibilisé depuis peu à la dyspraxie, croit déceler un trouble spécifique...

Lorsque le diagnostic est établi de façon certaine, on peut tomber dans d'autres pièges quant aux préconisations thérapeutiques :

- « courir » après l'acquisition de certaines compétences (comme une écriture lisible) qui sont privilégiées au prix d'efforts, d'énergie et de temps consacrés alors que l'enfant n'atteindra jamais l'automatisation, la « liberté » attentionnelle qui en découle et la rapidité « naturelle » des autres élèves.

- croire qu'attribuer un ordinateur (ou toute autre aide technique) à un enfant dyspraxique suffit à résoudre les problèmes de lenteur de prise de note. Il faut guider l'apprentissage puis les modalités d'utilisation de l'outil informatique en fonction de l'évaluation neuropsychologique, des contraintes scolaires et des souhaits de l'élève.

- figer les conclusions diagnostiques et les propositions de rééducation et d'adaptation ; c'est toujours une démarche difficile que d'analyser les productions, réussites, erreurs pour en déduire quels sont les « modules » cognitifs déficitaires et sur quels processus efficaces s'appuyer. Il faut donc régulièrement remettre en cause ses hypothèses diagnostiques et thérapeutiques en fonction des observations des rééducateurs, des pédagogues, de la famille, de l'enfant. La qualité des échanges entre les différents partenaires et leur durée prolongée dans le temps est un gage d'efficacité dans le suivi après bilan diagnostique.

Conclusion

Reconnaître la dyspraxie comme un trouble spécifique des apprentissages constitue un énorme progrès pour de nombreux enfants qui n'étaient pas identifiés auparavant. De multiples questions restent encore à éclaircir, tant dans les définitions et les aspects théoriques que dans l'approche diagnostique et le partenariat pédagogie - thérapeutique. La richesse des débats contribue à la prise de conscience des besoins spécifiques des enfants dyspraxiques pour lesquels l'ensemble des partenaires doit se mobiliser : familles, professionnels de l'école, de la neuropsychologie, en évaluation comme en rééducation et réadaptation.

Bibliographie

Albaret JM, De Castelneau P. Démarches diagnostiques pour le trouble de l'acquisition de la coordination (TAC) in : Geuze RH. Trouble de l'acquisition de la coordination : revue des approches actuelles. Solal, Marseille, 2005

American Psychiatric Association. DSM IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition. Traduction française par J.D. Guelfi. Masson, Paris, 1995

Billard C, Touzin M. Troubles spécifiques des apprentissages : l'état des connaissances. Signes Editions, Paris, 2004

Gérard CL, Dugas M. les dyspraxies de développement : un essai de typologie à partir de 51 cas. Ann. Réad. Méd. Phys., 1991 ; 34 : 325-352

Leroy-Malherbe V, Billard C. La dyspraxie de l'enfant. Médecine clinique pour les pédiatres, 2004, n°3

Marchal F. Aménagements scolaires et dyspraxie. In Gérard CL, Brun V. Les dyspraxies de l'enfant. Masson, Paris, 2005

Mazeau M. Neuropsychologie et troubles des apprentissages. Du symptôme à la rééducation. Masson, Paris, 2005

Organisation Mondiale de la Santé. CIM 10/ICD 10. Classification Internationale des maladies. 10^{ème} révision. Chapitre V (F). Troubles mentaux et du comportement. Description clinique et directives pour le diagnostic. Traduction de l'anglais par C.B. Pull. Masson, Paris, 1994.

Réadaptation n°522/juillet/août 2005

Stambak M, L'Hériteau D, Auzias M, Berges J, De Ajuriaguerra J. Les dyspraxies chez l'enfant. La psychiatrie de l'enfant, 1964 ; 7 : 381-497.