



DYSPRAXIE ou IMMATURITÉ PRAXIQUE ? La thérapie psychomotrice comme outil diagnostique

Jean-Marc SARTORI*

La dyspraxie est une pathologie altérant la capacité d'organisation des gestes. Comme toute pathologie, elle exige de répondre à un cadre nosologique, tant sur le plan qualitatif que quantitatif. L'auteur rappelle que les bilans chargés d'évaluer les fonctions praxiques doivent être suffisamment précis et standardisés pour s'assurer que les difficultés soient bien dans le secteur pathologique et non dans le secteur du retard d'acquisition. Il propose également une réflexion sur l'interprétation des résultats obtenus au cours de

ces bilans en invitant à replacer l'immaturation de la fonction praxique comme diagnostic différentiel de la dyspraxie et à utiliser la thérapie psychomotrice comme outil diagnostique. Des études de cas illustrent les données théoriques en montrant notamment que l'immaturation praxique est parfois suffisamment grave pour laisser

Mots clés :

Dyspraxie - Immaturation praxique
- Diagnostic différentiel - Thérapie psychomotrice - Bilans standardisés - Autonomie.

croire à la dyspraxie, et que le travail psychomoteur est alors nécessaire pour permettre à l'enfant de développer ses ressources et ainsi mettre en place une véritable et légitime autonomie.

* Jean-Marc SARTORI

Psychomotricien exerçant à temps plein en cabinet libéral dans la ville de La Rochelle (17), je reçois principalement des enfants et adolescents.

Contact mail : contact@psychomotricite-larochelle.com

Abstract:

Dyspraxia is a condition that alters the organizational capacity of gestures. Like any disease, it requires to respond to a nosological framing, both qualitatively and quantitatively. The author recalls that balances responsible for assessing the functions praxis must be sufficiently precise and standardized to ensure that problems are well in the disease and not the delay in the acquisition. It also offers a reflection on the interpretation of results obtained during these reviews, inviting place to the immaturity of the function as praxis differential diagnosis of dyspraxia and use psychomotor therapy as a diagnostic tool. Case studies illustrate the theoretical data showing that such immaturity praxis is sometimes severe enough to suggest dyspraxia, psychomotor and that work is needed to allow the child to develop its resources and implement a true and legitimate autonomy.

Key words:

Dyspraxia - Immaturity Praxis - Differential Diagnosis - Psychomotor Therapy - Standardized Assessments - Autonomy.

Resumen:

La apraxia es una patología alterando la capacidad de la organización de los movimientos. Como cualquier patología, exige la contestar a un marco nosológico cuantitativo y cualitativo. El autor recuerda que que las evaluaciones cargadas de la evaluación de la funciones paxicas deben de ser sufisamente precisas y estandarizadas para asegurarse que las dificultades se encuentran bien en el sector patológico y en el sector del retraso de adquisición. También propone una reflexión a proposito de la interpretación de los resultados obtenidos durante estas evaluaciones invitando a colocar de nuevo la inmadurez de la función praxica como diagnóstico diferencial de la apraxia y a volver a utilizar la terapia psicomotriz como instrumento diagnóstico. Estudios de casos ilustran las bases teóricas mostrando que la inmadurez praxica es a veces sufisamente grave para dejar a créer a la apraxia y que el trabajo psicomotor resulta necesario para permitir al niño un desarrollo de sus recursos y así llegar a una real y legítima autonomía.

Palabras clave:

Apraxia - Inmadurez praxica - Diagnostico diferencial - Terapia psicomotriz - Autonomia.

I l n'échappe pas aux psychomotriciens que la dyspraxie soit aujourd'hui au cœur de l'actualité et des préoccupations de nombreuses familles. Les demandes de bilans sont de plus en plus nombreuses et la question de plus en plus fréquente : mon enfant est-il dyspraxique ?

Le psychomotricien est un professionnel souvent sollicité pour tenter de répondre aux questions que soulève l'hypothèse de la dyspraxie. Il est reconnu comme étant un spécialiste du mouvement, de la gestion et de l'utilisation du corps par un individu, en relation avec lui-même et avec son environnement, et le décret de compétence de 1988 lui confère le droit de rééduquer les dyspraxies.

Qu'y a-t-il derrière le terme dyspraxie ?

Avant de parler de la dyspraxie proprement dite, il convient de définir ce qu'est une praxie. Le terme « praxie » vient du grec « Praxis » qui signifie action, mouvement [1]. Il faut savoir que l'on distingue généralement le mouvement du geste :

- Le mouvement peut être réflexe ou involontaire, alors que
- Le geste est volontaire et intentionnel.

Dans la pratique, une praxie s'apparente plus à un geste qu'à un mouvement, dans le sens qu'une praxie est toujours un processus volontaire. Plus précisément, parler de geste revient à insister sur l'intentionnalité du mouvement dans son aspect relationnel, en interaction avec son environnement, alors que le terme de praxie correspond à la partie préparatoire du geste. La praxie représente la planification de l'acte moteur sur le plan cognitif, mettant en jeu une « préprogrammation automatisée et intégrée de tous les composants du geste » [2]. Le système praxique, allié au système des gnosies, permet le passage de la sensori-motricité à la perceptivo-motricité.

La dyspraxie, ou plutôt les dyspraxies, sont des « troubles cognitifs graves entraînant un trouble de la réalisation du geste, secondaire à l'impossibilité (ou l'anomalie) de programmer automatiquement et d'intégrer au niveau cérébral les différents constituants sensorimoteurs et spatio-temporels du geste volontaire » [2].

La dyspraxie est donc un trouble cognitif qui touche la planification du geste, sans qu'il y ait atteinte motrice, sensitive ou intellectuelle, ni immaturité psychomotrice en lien avec une insuffisance d'apprentissage. Par « Dys », on entend une altération, un « dys » fonctionnement de la fonction praxique, qui n'est pas totalement empêchée comme cela peut être le cas dans les apraxies.

Il faut savoir que le concept de dyspraxie est très français. En effet, si l'on prend les deux principaux types de classification des maladies que sont le CIM 10 de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et le DSM IV des Etats-Unis, on constate qu'il y a une assimilation conceptuelle du T.A.C. (Trouble de l'Acquisition de la Coordination) et de la dyspraxie.

Or, certains chercheurs français, dont le Docteur Mazeau, insistent sur la nécessité de les dissocier en s'appuyant sur la conception du geste suivante : On peut décrire deux types de coordinations

- D'une part des coordinations qui se mettent en place sans apprentissage explicite mais qui seraient le fruit des interactions entre le patrimoine génétique de l'individu et les situations expérimentées dans son environnement. Il s'agit des coordinations dynamiques générales ou statiques (marche, course, sauts, etc...).
- D'autre part, on peut également décrire des coordinations qui relèvent d'un apprentis-

sage explicite, finalisé vers un objectif lié au contexte culturel (écrire, jouer d'un instrument, s'habiller, manier un outil, etc...).

Il semble que le T.A.C. corresponde à un trouble visant la première catégorie de coordinations alors que la dyspraxie concerne la deuxième catégorie. En d'autres termes, un enfant maladroit peut ne pas être dyspraxique, et un enfant dyspraxique peut ne pas être maladroit dans ses déplacements.

Il existe plusieurs types de dyspraxies :

1) La dyspraxie idéo-motrice :

Il s'agit de l'atteinte des coordinations concernant des gestes sans objet. L'individu est en difficulté pour imiter, dire au revoir de la main, faire un salut militaire...

2) La dyspraxie idéatoire :

Elle concerne les manipulations d'objet. Par exemple, l'individu a entre les mains une allumette et la boîte, et ne sait pas comment les assembler de manière à allumer l'allumette.

3) La dyspraxie de l'habillage :

C'est spécifiquement l'habillage qui est concerné.

4) La dyspraxie visuo-constructive, ou visuo-spatiale :

Techniquement, la dyspraxie visuo-spatiale est la difficulté à intégrer sur le plan cognitif les informations essentiellement visuelles, à les comprendre pour disposer d'une perception spatiale efficiente. L'individu qui en souffre peut avoir du mal à reproduire un dessin, une lettre, ou un texte.

Parenthèse sur la dyspraxie visuo-spatiale et un trouble du regard :

Parler de dyspraxie visuo-spatiale au sens pur élimine l'hypothèse d'une pathologie

du regard puisque ce dernier serait alors en partie responsable de la difficulté gestuelle. En effet, il est intéressant de rappeler que la dyspraxie concerne spécifiquement le traitement cognitif sans qu'il y ait de soucis d'afférence. Un individu souffrant d'une pathologie du regard disposera forcément d'informations visuelles en partie erronées, et le système cognitif ne sera alors pas en mesure de mettre en place une réponse gestuelle efficace et adaptée : dans ce cas, le système cognitif peut être parfaitement intègre et il ne s'agit alors pas d'un contexte de dyspraxie.

Dans le cas d'un enfant présentant un trouble du regard entraînant des difficultés de précision visuo-motrice ou d'efficacité spatiale, il me paraît plus juste de parler de troubles pratiques (voire visuo-pratiques), plutôt que de dyspraxie visuo-spatiale.

Conséquences concrètes pour un enfant qui a des difficultés dans le domaine des pratiques visuo-spatiales

Les troubles peuvent être modérés ou sévères, et ils peuvent entraîner des difficultés dans :

- le graphisme, l'écriture, la copie
- la lecture, l'orthographe et les mathématiques
- la manipulation d'objets tels que compas, équerre ou règle
- les réalisations dans l'espace, tels que les quadrillages.

Le diagnostic en question

Depuis quelques années, l'intérêt porté à la dyspraxie par les parents, les enseignants et les professionnels de la rééducation, est en développement croissant. Certaines familles viennent en entretien avec une idée plus ou moins précise de la dyspraxie, enrichie de divers renseignements piochés dans les livres ou encore sur internet. Pris dans l'inquiétude,

ils donnent parfois l'impression de chercher une validation de ce qui leur semble donner le mieux du sens à la difficulté que vit leur enfant. Il peut être rassurant d'avoir l'impression de mieux comprendre, que soient mises en place des aides spécifiques afin de stopper ou du moins atténuer cette souffrance.

Pour beaucoup de familles, ce terme ne renvoie à rien de connu ; un terme technique, scientifique, inquiétant, qui pourrait être la cause de leur ennui, tout en étant source d'espoir. Ils comprennent juste qu'il s'agit d'une difficulté entraînant une maladresse, une écriture compliquée, des troubles de perception de l'espace, de géométrie, et qu'effectivement cela correspond bien à leur enfant.

Les écrits et les conférences se multiplient sur ce thème, indiquant que ces troubles sont « extrêmement fréquents » [2], et qu'il faut apprendre à les repérer. Cette effervescence n'est pas sans rappeler celles qui ont concerné en leur temps la dyslexie ou encore l'hyperactivité. Or, avec le recul, on peut s'apercevoir aujourd'hui des difficultés que l'on peut rencontrer à trouver un équilibre et une certaine sagesse alors même que l'effervescence bat son plein et que la découverte anime les passions. Concernant la dyspraxie, la question qui se pose est de savoir si nous sommes actuellement tout à fait justes dans notre façon de la penser et de l'encadrer. De part mon expérience professionnelle, j'ai pu rencontrer nombre d'enfants concernés par la question de la dyspraxie, voire diagnostiqués dyspraxiques, et pour lesquels l'accompagnement psychomoteur s'imposait. Tous ces enfants avaient plus ou moins le même profil : maladresse, mauvaise écriture, ou encore problèmes de repérage dans l'espace. Certains avaient passés un test d'efficacité intellectuelle mettant en évidence plus de quinze points d'écart entre les compétences verbales et celles de performance, au détri-

ment des dernières. Certains de ces enfants se sont avérés présenter des troubles praxiques graves, avec la nécessité d'une thérapie psychomotrice au long cours, de l'aide complémentaire de l'ergothérapie et de la mise en place d'outils adaptés tel que l'ordinateur. Pourtant, une très grande majorité de ces enfants ont pu voir une très nette amélioration voire une résolution de leur trouble en quelques mois, voire quelques semaines grâce à leur travail en séances de psychomotricité. Certains avaient même un ordinateur en classe et ont pu le rendre pour réutiliser leur stylo. Les soins en psychomotricité ne sont évidemment pas magiques mais ces situations un peu trop fréquemment rencontrées montrent à quel point il est fondamental et urgent de reposer les concepts qui définissent et encadrent le diagnostic d'une dyspraxie.

Ce dernier ne peut bien évidemment pas se limiter à une simple symptomatologie, car « le symptôme lui-même n'est que ce qui se donne à voir, la traduction manifeste, de surface, d'un dysfonctionnement qui peut ressortir de nombreux mécanismes » [2]. A partir de la symptomatologie, la recherche d'éventuelles dissociations dans les domaines cognitifs peut être réalisée à travers la WISC ou la WPPSI. La présence d'une discordance ainsi que de faibles résultats obtenus dans les domaines mettant en jeu les aspects praxiques et visuo-spatiaux peuvent laisser évoquer une dyspraxie. Il est important de noter ici que ces tests ne peuvent servir que d'indicateurs, et qu'un diagnostic de dyspraxie ne peut et ne doit se poser à la seule lecture de leurs résultats.

Afin d'explorer plus avant les compétences motrices et praxiques, le bilan psychomoteur doit être proposé : « les principaux outils à la disposition du psychomotricien sont : la batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant (M-ABC), l'Echelle du développement psycho-

moteur de Lincoln-Oseretsky, le Purdue Peg-board, l'Echelle d'évaluation rapide de l'écriture chez l'enfant (BHK) et différents items de la NEPSY » [3].

Pour affirmer la pathologie dans le domaine pratique, il est important de rappeler les critères quantitatifs : Selon Michèle Mazeau, « il paraît raisonnable de situer à partir de 2 écarts-types et au-delà la frontière qui sépare l'acquisition tardive de la pathologie » [2]. Certains tests neuro-psychologiques, tel la NEPSY, proposent de convertir les données statistiques brutes en notes standard, allant de 1 à 19, 10 correspondant à la moyenne. La dispersion autour de la moyenne se situe donc entre 7/19 et 13/19, l'acquisition tardive entre 4/19 et 7/19, et la pathologie peut être évoquée lorsque la note est située entre 1/19 et 4/19.

Vincent :

Vincent est âgé de 10 ans et 8 mois lorsqu'il m'est adressé par son neuro-pédiatre en mai 2008. Scolarisé en CM2, il souffre alors d'un manque d'aisance corporelle et de difficultés en géométrie ainsi qu'en écriture. Un WISC III réalisé en janvier 2008 met en évidence un fonctionnement cognitif dysharmonique, avec un QI global de 111, un domaine verbal à 129 et un domaine de performance à 90, soit 39 points d'écart. Il est à noter qu'aucune note standard ne se situe en dessous de 6, ne plaçant aucun domaine de compétence cognitif à un niveau pathologique. Le psychologue conclue à d'importantes difficultés au niveau des praxies.

Un bilan ergothérapeutique est réalisé en mai 2008. Il confirme le diagnostic de dyspraxie, et les conclusions préconisent une réadaptation graphique, un tiers temps ainsi que la mise en place de l'outil informatique. Le bilan psychomoteur quant à lui met en évidence une organisation pataude des

coordinations, un équilibre précaire et une immaturité de la perceptivo-motricité. La régulation des tonus d'action et de fond est par ailleurs efficiente. Certaines épreuves de la NEPSY sont réalisées et donnent les résultats suivants :

Tapping (motricité digitale) : **14/19**, Coordination visuo-motrice : **7/19**, Imitation de positionnement de mains : **13/19**, Copie de figures : **10/19**, Flèches : **5/19**, Cubes : **8/19**.

Le BHK met en évidence une vitesse de copie correspondant au CM2, avec un graphisme perfectible mais relativement harmonieux.

Tout comme pour le test d'efficacité intellectuelle, aucune note ne situe les compétences de Vincent dans la pathologie ; même sa performance au BHK le situe à un niveau tout à fait normal d'écriture, tant qualitativement que quantitativement.

Pour autant, Vincent présente alors un retard psychomoteur qu'un accompagnement en thérapie psychomotrice prend en charge. Celui-ci consiste à travailler sur les bases psychomotrices que sont le schéma corporel, la conscience du geste, notamment à travers la maîtrise de la régulation tonique, ainsi que l'approfondissement des perceptions temporo-spatiales. En étant mis en situation, Vincent peut expérimenter son corps dans un contexte structurant, en réunissant tous les éléments permettant la maîtrise du geste, y compris l'aspect de son élaboration, la praxie. Fin septembre 2008, un bilan de contrôle fait état des résultats suivants :

Coordination visuo-motrice : **9/19**, Flèches : **8/19**, Cubes : **11/19**.

Les compétences psychomotrices sont à présent normales et l'écriture est devenue plus harmonieuse. Le travail en thérapie psychomotrice continue cependant encore quelques temps afin qu'il se sente suffisamment à l'aise dans la gestion de ses ressources psychomo-

trices et qu'il reprenne confiance en ses capacités. L'ordinateur a pu être rapidement rendu et le dossier MDPH définitivement clos.

L'exemple de Vincent n'est malheureusement pas rare. La volonté d'aider et d'adapter ne doit pas écarter les médecins et les thérapeutes de la nécessité de s'assurer que les aides mises en place sont justifiées, et que, dans le cadre de la dyspraxie, l'aspect pathologique a bien été validé par des épreuves cliniques standardisées.

L'immaturation praxique

La barrière des deux écarts-types sépare en théorie le retard d'acquisition et la pathologie. Au-delà de ce stade, seuls 2,27 % de la population sont concernés et la compétence testée montre un niveau d'efficacité tellement faible qu'il convient de se questionner sur la qualité des mécanismes d'intégration. Pourtant, est-il possible d'envisager que le retard d'acquisition puisse dépasser le seuil des deux écarts-types ? Qu'un patient dont les résultats aux épreuves standardisées indiquent une dyspraxie souffre en fait d'immaturation praxique ?

Comme le précisent Bruno de Lièvre et Lucie Staes, « l'homme est un être psychomoteur. Chacun de ses actes témoigne de la manifestation conjointe de ses fonctions intellectuelles, affectives et motrices » [4]. Or, avant de pouvoir profiter pleinement de son potentiel psychomoteur, un individu doit suivre un développement permettant « l'intégration des fonctions motrices et mentales sous l'effet de l'éducation et du développement du système nerveux » [5]. Un enfant se développant normalement utilise son environnement pour expérimenter, et il intègre ces expériences pour apprendre à utiliser son corps de manière adaptée. L'intelligence de l'enfant va se servir de ces expériences corporelles pour se développer elle-même,

transformant la sensation en perception. De ce fait peut-on dire que la réussite dans les apprentissages scolaires dépend en partie du degré de maturité du système psychomoteur. L'intégration de la lecture, de l'écriture ou des mathématiques s'appuie entre autres sur un schéma corporel structuré, une latéralité intégrée, une perception temporo-spatiale efficace et un système praxique suffisamment mature. S'il y a une immaturation ou une altération d'une seule de ces compétences, il y a des répercussions dans le domaine scolaire, soit dans le résultat, soit dans le surcoût d'efforts compensatoires engendrés.

Se développer sur le plan psychomoteur implique la réunion de trois facteurs fondamentaux : l'expérience vécue, une disponibilité psycho-émotionnelle, ainsi qu'une intégrité des mécanismes neurologiques permettant l'intégration de ces vécus. Or, la dyspraxie est « un trouble cognitif grave » [2], remettant en cause l'intégrité des mécanismes neurologiques impliqués sans qu'il y ait d'« insuffisance d'apprentissage » [2]. Parler de dyspraxie implique donc qu'un individu qui en souffre ne peut organiser de praxies efficaces alors qu'il a pu bénéficier d'un environnement suffisamment enrichissant pour le bon développement de ces mêmes praxies. Le concept de dyspraxie doit exclure celui de retard de développement selon Michelle Mazeau, et l'enfant atteint de dyspraxie « montre par ses difficultés qu'il ne peut franchir ce pallier parce qu'il n'est pas équipé » [2].

La thérapie psychomotrice propose à un patient un espace d'expérimentation porteur et adapté lui permettant de développer la conscience et la maîtrise de son corps, en situation de relation, dans le but d'apporter un plus grand équilibre psycho-corporel. Le bilan psychomoteur quant à lui permet d'observer le degré d'efficacité de toutes les fonctions psychomotrices de manière instantanée, tel

un cliché photographique. Or, lorsqu'un patient échoue de manière significative à des tests évaluant le degré d'intégration des praxies, comment distinguer l'individu dont les mécanismes cognitifs sont à la base de l'échec, de celui qui est en retard d'acquisition ? Est-ce qu'un cliché à un instant T des compétences sur le plan praxique permet de rendre compte de l'état des mécanismes d'intégration ? Ou faut-il placer cet individu dans des conditions d'expérimentation spécifiques visant à faire se développer la conscience et la maîtrise du corps, y compris dans le domaine praxique, afin d'observer si à l'instant T+1, ses compétences sur le plan praxique sont devenues efficaces ?

Martin :

Martin, 7 ans, scolarisé en CE1, m'est adressé par un psychologue scolaire en septembre 2007. Suivi depuis la petite section dans le cadre du CAMPS, il a toujours présenté de grandes difficultés dans le domaine visuo-spatial et un WPPSI-III passé en 2006 fait état d'un « trouble visuo-constructif sévère ». Martin est diagnostiqué dyspraxique et bénéficie d'un projet personnalisé de scolarisation. Le bilan psychomoteur montre un enfant peu confiant et crispé. Le schéma corporel est peu structuré, le tonus très mal régulé et les épreuves de graphisme mettent en évidence une grande immaturité des praxies graphiques. L'écriture est chaotique, peu lisible et Martin est pénalisé par une grande lenteur. Les épreuves de la NEPSY donnent les résultats suivants :

Tapping : **10/19**, Précision visuo-motrice : **5/19**, Imitation de positionnement de mains : **9/19**, Copie de figures : **4/19**, Cubes : **6/19** et Flèches : **8/19**.

Un travail orthoptique se met en place de manière conjointe, et le travail en thérapie psychomotrice commence. Tout comme pour

Vincent, le travail s'applique tout d'abord à permettre à Martin de trouver une bonne disponibilité psycho-affective, basée sur une meilleure confiance en soi et la conscience des moyens à mobiliser pour agir correctement. Les exercices sont à sa portée puis complexifiés au fur et à mesure de sa progression. Les gestes s'optimisent petit à petit, me permettant de me rendre compte plus précisément de ses véritables capacités praxiques. En mars 2008, un bilan de contrôle met en évidence les progrès de Martin :

Précision visuo-motrice : **7/19**, Copie de figures : **6/19**, Cubes : **10/19** et Flèches : **11/19**. Le travail se prolonge, et en novembre 2009, un nouveau bilan psychomoteur de contrôle montre que le niveau de précision visuo-motrice est passé à **12/19** et celui de la copie de figures à **10/19**. L'écriture est passée d'un état dysgraphique à celui d'une écriture soignée, harmonieuse et rapide. Son diagnostic a été révisé et Martin n'est aujourd'hui plus reconnu comme étant dyspraxique.

Il semble bien que Martin possédait les ressources psychomotrices pour s'adapter à son quotidien, notamment scolaire, mais qu'elles ne s'étaient pas développées et encore moins exprimées. Comment aurait-il pu progresser de cette manière s'il avait souffert de dyspraxie ? Son exemple doit nous rappeler qu'il faut rester prudent à l'égard des résultats d'un bilan.

Lorsque celui-ci met en évidence des difficultés dans le domaine de la praxie, comme dans n'importe quel autre domaine, il paraît difficile de savoir s'il s'agit d'une immaturité, consécutive à un manque d'expériences dans le domaine psychomoteur, ou d'un trouble plus sérieux, plus neurologique, plus lié à un handicap.

Quand un enfant présente des difficultés de perception spatiale, de graphisme ou de précision visuo-motrice, s'agit-il d'un trouble de

la fonction praxique ou d'une immaturité psychomotrice dans le domaine de la praxie ?

Voilà un point soulevé fondamental car si l'on va trop vite dans l'interprétation des troubles d'un enfant, on peut commettre la grave erreur de se tromper de diagnostic et de ne pas proposer les outils adaptés.

La thérapie psychomotrice comme outil diagnostic

Mon expérience en cabinet libéral de psychomotricité m'a montré que le psychomotricien n'était pas toujours considéré comme indispensable dans la recherche diagnostique ou même la rééducation de la dyspraxie. Le schéma classique de parcours de soin est souvent le suivant : les soucis d'un enfant maladroite, en difficulté d'écriture ou en géométrie laissent évoquer l'hypothèse de la dypraxie. Des batteries de tests confirment que cet enfant est bien en difficulté dans le domaine de l'intégration praxique, de la perception spatiale et de la grapho-motricité. Le médecin oriente alors vers le thérapeute qui lui semble le mieux indiqué dans la prise en charge de la dyspraxie, à savoir l'ergothérapeute, puisque qu'ils « *peuvent contribuer aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle* » [7]. Nous sommes bien dans une logique d'accompagnement d'un individu faisant face à l'altération d'une fonction. Dans le cas de la dyspraxie visuo-spatiale, il peut y avoir la mise en place d'un ordinateur et d'un apprentissage spécifique de cet outil. Le rôle du psychomotricien apparaît là plus complémentaire, secondaire dans l'accompagnement de ces patients.

Un enfant placé dans un tel schéma d'accompagnement est donc pris dans un système où l'on a considéré que les difficultés qu'il présentait dans le domaine praxique, notamment en bilan, étaient le reflet de ses compétences, et qu'il convenait de mettre en place l'adaptation rapide de son environnement quotidien ainsi que la mise à disposition d'outils palliatifs.

Or, il y a un grand danger à penser que l'observation et la constatation des difficultés d'un enfant, couplées à des résultats échoués au cours de bilans spécialisés, soient représentatives de ses compétences absolues. Les bilans ne sont que des « états des lieux » [6] à un instant T dans un contexte particulier, et les considérer plus prédictifs serait une erreur.

Lorsqu'un enfant présente des difficultés sur le plan praxique, le bilan permet une relève des indices allant dans le sens de cette hypothèse ainsi qu'une observation précise des aspects qualitatifs et quantitatifs des troubles. En aucune façon le bilan ne permet de savoir si les troubles sont consécutifs à une déficience des mécanismes d'intégration, ou à un retard dans le développement. Seule une période de rééducation et de mise en situation de l'enfant dans un cadre stimulant et adapté me semble permettre un diagnostic fiable :

- S'il s'agit d'une immaturité praxique, les troubles dans ce domaine se résorbent en quelques mois, voir moins ;
- S'il s'agit d'une dyspraxie, les difficultés persistent malgré une rééducation de quelques mois. Dans ce cas, l'enfant présente un trouble fonctionnel et l'on peut rentrer dans la notion de handicap.

C'est à ce moment là que le bilan ergothérapeutique me semble devoir intervenir : il sert alors à quantifier le handicap et à mettre en place un accompagnement adapté pour optimiser l'autonomie au quotidien. L'ordinateur peut faire partie des stratégies d'adaptation

en permettant le contournement des difficultés praxiques et un suivi plus aisé de l'enseignement scolaire.

Rappelons d'ailleurs qu'il existe d'autres solutions intermédiaires et progressives telles que l'allègement du travail, notamment écrit, ou encore le tiers temps.

Conclusion

La dyspraxie est un sujet complexe, vaste et aux multiples facettes. Mieux la comprendre, la repérer et la rééduquer est l'un des enjeux actuels qui s'offrent à nous tous, acteurs de la santé de l'enfant. L'utilisation de tests cliniques standardisés est indispensable pour évaluer avec précision le degré d'efficacité psychomotrice ; « (les) dyspraxies de développement et leur impact dévastateur sur le devenir des enfants qui en sont porteurs nécessitent de la part du psychomotricien une technicité dans l'évaluation qui ne peut s'accommoder de l'approximation offerte par la plupart des « bilans psychomoteurs » reconstruits, année après année, par des générations d'étudiants et de professionnels sans aucun souci de validation » [3].

La dyspraxie est une pathologie et son diagnostic doit pouvoir faire état d'épreuves significativement échouées au cours de bilans standardisés adaptés, avec des résultats se situant dans la zone pathologique. Au-delà, et surtout lorsque les désordres praxiques seront associés à un syndrome plus global, il conviendra de parler de troubles praxiques. L'immaturation praxique peut être à la base d'un trouble praxique et se montrer dans certains cas tellement importante qu'elle est capable de faire chuter des épreuves jusque dans le secteur de la pathologie. La rééducation de la fonction praxique doit donc être entreprise de manière systématique en thérapie psychomotrice afin d'écarter ce diagnostic différentiel.

Il est fondamental que les psychomotriciens, en tant que spécialistes du développement psychomoteur de l'enfant, ainsi que tous les autres partenaires de soins, comprennent à quel point l'outil psychomoteur est important et doit être engagé automatiquement dans le processus même du diagnostic de la dyspraxie.

Il est un maillon fondamental dans la chaîne d'action thérapeutique qui, en mettant en place la rééducation de la fonction praxique, permet de faire la différence entre la vraie dyspraxie et la très fréquente immaturité praxique. ■

BIBLIOGRAPHIE

[1] ROBERT (P.)

Le Nouveau Petit Robert de la langue française, Paris : Dictionnaires Le Robert, 2007.

[2] MAZEAU (M.)

Déficits visuo-spatiaux et dyspraxies de l'enfant, Paris : Masson, 1995.

[3] ALBARET (J.-M.)

Place de l'examen psychomoteur dans l'évaluation neuropsychologique de l'enfant, Evolutions Psychomotrices, 2009, Vol 21 n°83, 45-54.

Évaluation psychomotrice des dyspraxies de développement, Evolutions Psychomotrices, 1995, Vol 7 n°28, 1-11.

[4] DE LIEVRE (B.) & STAES (L.)

La psychomotricité au service de l'enfant, Bruxelles : De Boeck & Belin, 2000.

[5] CARRIC (J.-C.)

Lexique du psychomotricien, Paris : Vernazobres-Greco, 1995.

[6] DUPONT (R.)

Introduction à la psychomotricité, Paris : Vernazobres-Greco, 1992, modifié 1995.

[7] Décret de compétence des Ergothérapeutes

N°2004-802 du 29 juillet 2004, Site internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&dateTexte=>