



## LA DYSPRAXIE ET SA PRISE EN CHARGE EN ERGOTHERAPIE

La dyspraxie est connue depuis fort longtemps dans le cadre des enfants **infirmes moteurs cérébraux** ou dans celui des grands **prématurés**. Depuis quelques années on repère les mêmes difficultés chez des enfants en dehors de toute **pathologie néonatale**.

On connaît aussi maintenant le risque de troubles praxiques chez les **enfants** présentant un **trouble envahissant du développement** ou les **enfants précoces**.

Cette dyspraxie est souvent associée à d'autres troubles tels que la dyslexie, dyscalculie, troubles de l'attention... On parle de la « constellation des dys » et les dernières recherches font état de probables causes communes à ces différents éléments de la constellation.

La dyspraxie est donc un domaine en pleine recherche.

### DÉFINITION

- La dyspraxie est un trouble qui touche la mise en place des **habiletés motrices et gestuelles**.

L'apprentissage puis la réalisation d'un geste implique :

- de bonnes compétences motrices,
- un système sensoriel intègre et performant,
- La bonne planification du geste à accomplir : Elle va devenir efficiente par l'apprentissage et va aussi se moduler à chaque nouvelle expérience par le feedback.

Il existe deux phases lors d'un apprentissage du geste :

- Une phase intentionnelle, où le sujet exerce un contrôle volontaire sur l'ensemble des processus de régulations nécessaires ;
- Une phase d'automatisation où le système consolide les programmes nouvellement élaborés puis les exécute à moindre coût attentionnel.

On peut normalement s'attendre à ce que les praxies soient fonctionnelles dans l'ensemble des Activités de la vie quotidienne et scolaires vers l'âge de 11 ans. Les enfants dyspraxiques ne passent pas à la phase d'automatisation, ils exercent donc toujours un contrôle volontaire extrêmement coûteux entraînant une fatigue qui n'est pas toujours reconnue.

## LES DIFFÉRENTS TYPES DE DYSPRAXIE

Elles sont le plus souvent imbriquées les unes entre les autres et on retiendra comme terme pour le diagnostic celle qui est la plus marquée.

- dyspraxie **gestuelle**, Elle peut toucher les gestes globaux (marche, vélo, natation..) ou fins (ustensiles de cuisine, ciseaux, collage, trombone...).

- La dyspraxie bucco-faciale qui ne permet pas l'imitation ou l'exécution d'un geste de la bouche ou du visage. Ces enfants mangeront salement, auront des difficultés à se moucher...

-La dyspraxie **constructive** qui concerne les activités où l'on doit assembler plusieurs éléments en 3 D (construction avec des cubes mais aussi remonter un mixer, monter un meuble en kit...).

- On parle de dyspraxie **visuo spatiale** avec ou sans trouble du regard. L'enfant aura du mal dans les reproductions des relations spatiales en 2 D (puzzles, dessins, géométrie, coloriage puis graphisme).

- Dyspraxie **oculo-motrice** : l'enfant présente des troubles de la fixation, des poursuites oculaires...

- Dyspraxie de **l'habillement** que l'on retrouve rarement isolée. L'enfant est lent pour s'habiller, il n'arrive pas à ajuster correctement ses vêtements. L'utilisation des boutons, des fermetures à glissière et le laçage est un calvaire.

## PRISE EN CHARGE EN ERGOTHERAPIE

Les OBJECTIFS peuvent être les suivants :

- favoriser **l'autonomie dans les AVQ** en utilisant des techniques particulières d'apprentissage ou des mises en place de moyen de compensation,
- mettre en place de nouvelles **stratégies fiables tout particulièrement dans le traitement des informations spatiales**,
- **revaloriser** l'enfant et sa famille,
- **rôle de guidance**.

Les séances sont basées sur l'utilisation de **jeux ou d'activités** sollicitant tout particulièrement les manipulations, les préhensions fines, les notions spatiales et le regard. Le travail est verbalisé+++

En fonction des demandes du patient nous réalisons des mises en situation de la vie quotidienne (lacer, éplucher un fruit, plier un vêtement, balayer, conduire, repasser...)

Dans le cas des dysgraphies dyspraxiques nous pouvons être amenés à proposer des **moyens de compensation** tel que l'apprentissage du clavier informatique. C'est un outil uniquement **palliatif** qui ne résout pas tous les problèmes et loin de là. On ne peut pas le considérer comme une baguette magique et tout particulièrement dans le cas des TED car l'intensité des autres paramètres peut remettre en cause son utilisation. De toute façon l'écriture manuelle n'est jamais totalement abandonnée et la mise en place de photocopies ou l'intervention d'une AVS sont néanmoins souvent nécessaires.

De plus le **rôle de guidance** prend une place primordiale dans notre prise en charge. Guidance aussi bien au niveau de la famille que des enseignants ou des AVS.

On doit **pointer et expliquer** les difficultés et **décomposer** et ce à chaque rentrée scolaire, les différentes adaptations pédagogiques possibles.

## **CONCLUSION**

La dyspraxie est un véritable handicap qui vient éventuellement se rajouter aux autres difficultés du syndrome d'Asperger. La dyspraxie vient compliquer le syndrome et le syndrome vient compliquer la prise en charge de la dyspraxie.

En fonction de l'intensité du trouble, et des moyens de compensation mis en place spontanément par l'enfant, les répercussions fonctionnelles et psychologiques seront plus ou moins visibles.

Les prises en charge proposées ne font pas disparaître le trouble mais permettent à l'enfant de mettre en place des **stratégies** de compensation. En outre le rôle de **guidance** tant au niveau familial que scolaire est indispensable pour adapter les exigences et proposer des aménagements pédagogiques ou dans la vie quotidienne qui limiteront la souffrance de l'enfant.

**Par Claudine Dejean ergothérapeute dans le Var que nous remercions.**