



# COLLOQUE :

## Les réponses à vos questions écrites

*Réponses rédigées par l'équipe de LADAPT*

*Si vous avez d'autres informations, ou d'autres réponses à proposer à certaines de ces questions, merci de nous les faire parvenir pour compléter utilement ce document.*

### 1) LES QUESTIONS AUTOUR DU DIAGNOSTIC

#### **Quelle est la fréquence des dyspraxies ?**

C'est très difficile de répondre précisément car cela dépend des critères retenus pour affirmer le diagnostic : certains pêchent par excès (par exemple, en considérant tous les enfants qui ont un trouble graphique comme des dyspraxiques, ou en incluant des enfants déficients mentaux) et d'autres au contraire ne sont pas diagnostiqués, et méconnus...

Cependant, par analogie avec les autres « dys », on peut supposer que cela touche au moins 1% (jusqu'à 5 ou 6 % selon les études et les critères retenus) de la population des enfants d'âge scolaire : il s'agit là d'une estimation qui reste à vérifier...

Les garçons sont plus fréquemment touchés (3 à 5 fois plus selon les études, les définitions de la dyspraxie ou des TAC...)

#### **Est-ce rare ?**

Non, c'est certainement aussi fréquent que les dysphasies ou les dyslexies...

#### **A quel âge se fait le diagnostic ?**

Théoriquement, le diagnostic devrait être fait – selon l'intensité et la forme de la dyspraxie – entre 4 et 8-9 ans.

Actuellement, de nombreux jeunes font l'objet d'un diagnostic beaucoup plus tardif, par exemple vers 12-14 ans.

Enfin, certains adultes (nous l'avons vu lors du témoignage des adultes au colloque) ont découvert leur dyspraxie très récemment.

Attention, il n'est pas possible d'affirmer le diagnostic de dyspraxie *avant 4 ans*.

#### **Un enfant dyspraxique présente-t-il toujours un sur-investissement langagier ?**

Souvent, oui. Toujours ? Non. Evidemment, chaque enfant trouve ses propres voies de développement. On peut donc être un enfant dyspraxique et ne pas être hyper-compétent sur le plan langagier. Cependant, cela rend plus difficile et plus aléatoires certaines des adaptations,

rééducations, compensations, qui, souvent utilisent les capacités verbales des enfants dyspraxiques. Pour eux, il faut donc chercher d'autres voies...

Par ailleurs, certains enfants présentent des difficultés *globales*, touchant en particulier *le raisonnement et l'abstraction*. Ces retards, déficits ou immaturités intellectuelles se répercutent alors aussi bien dans le domaine praxique et visuo-spatial que dans le secteur du langage. Dans ces cas, on ne parle généralement pas de « dyspraxie », car le trouble praxique n'est pas « spécifique ». Il n'est pas *la cause des symptômes* observés. Ces derniers sont plutôt à rapporter à une immaturité globale de l'enfant.

### **Quels sont les examens indispensables pour affirmer une dyspraxie ?**

Au minimum, il faut :

- un test psychométrique (échelles de Wechsler)
- un bilan de psychomotricité (coordinations, équilibres, imitation de gestes, organisation spatiale et temporelle...)
- un bilan graphique (qualité et vitesse d'écriture), de coordination oculomotrice, d'autonomie de vie quotidienne...

Selon les cas, il faudra quelquefois compléter avec d'autres examens (en neuropédiatrie, en ophtalmologie...).

Il s'agit donc toujours d'un bilan qui s'étale dans le temps et nécessite la coordination et la synthèse d'une équipe avertie.

### **Une dissociation QIV > QIP (WISC ou WPPSI) est-elle nécessaire à un diagnostic de dyspraxie ?**

En règle générale : OUI. C'est une condition nécessaire (*mais non suffisante*) au diagnostic. Cette dissociation doit être *au minimum de 20 points* (très souvent elle atteint 30, 35, 45 voire 60 points !) *Cependant*, comme toujours en médecine, il existe quelques cas particuliers, où QIV = QIP. C'est le cas lors d'association de TSA (dysphasie + dyspraxie, ou troubles mnésiques + dyspraxie, ou troubles de l'attention avec déficit des fonctions exécutives, etc.). C'est aussi le cas lors de déficience mentale.

### **Ne peut-il y avoir des troubles du langage associés ?**

Certains enfants souffrent à la fois de troubles du développement du langage et de troubles praxiques. Dans ces cas, il convient :

- de ne pas confondre ces enfants avec des jeunes déficients mentaux, bien que le QIV et le QIP soient grossièrement homogènes et bas (pour éliminer une déficience mentale, il faut pratiquer une épreuve de raisonnement non verbale et non praxique, par exemple, les sub-tests « analyse catégorielle » des EDEI-R, ECPA éd.)
- de prendre en compte *d'abord* les problèmes de langage (oral et écrit) et de communication.

### **Vous parlez des échelles de Wechsler (WPPSI, WISC). Qu'en est-il du K-ABC ?**

Le K-ABC n'est pas du tout adapté en évaluation de première intention chez ces enfants. Il n'y a pas assez d'épreuves verbales pour mettre en évidence leurs compétences (même si l'écart entre « les devinettes » d'une part, les « triangles » d'autre part est souvent évocateur lorsqu'il existe.) Par contre, de nombreuses épreuves du K-ABC se révèlent précieuses pour compléter l'examen (subtest « reconnaissance de formes » si l'on s'interroge sur un trouble neurovisuel, etc.).

### **Comment évaluer le niveau intellectuel d'un enfant qui n'a pas les acquis de son âge ? Au test, mon fils a un niveau très faible, mais on me dit qu'il est intelligent : Pourquoi ?**

Certaines épreuves évaluent les *acquis* de l'enfant (son « niveau » dans tel ou tel domaine) et d'autres évaluent ses *potentialités*.

Ainsi, on peut proposer à l'enfant de le mettre devant une situation qui constitue pour lui un « problème » tout à fait original, qu'il rencontre pour la première fois et pour lequel il n'a pas à utiliser des choses antérieurement apprises à l'école. On évalue alors, comment il s'y prend pour résoudre ce problème, ses stratégies, ses hypothèses, ses raisonnements, etc.

Un enfant peut tout à fait se montrer « intelligent » dans ce type de tâche et très en difficultés s'il lui faut utiliser des acquis qu'il ne possède pas.

Par ailleurs, un « niveau faible » à un test peut avoir de multiples significations : ainsi, si l'on moyenne des épreuves qui testent les « acquis » (faibles chez votre fils) et celles, moins nombreuses, qui testent les « potentialités », la moyenne sera basse.

C'est pourquoi il est toujours beaucoup plus intéressant de disposer des résultats épreuve par épreuve et de vous fier aux explications du psychologue ou du médecin (le chiffre du « QI », peut recouvrir des réalités profondément différentes, et ne peut pas être considéré comme ayant une signification en tant que tel).

### **Existe-t-il plusieurs degrés dans la dyspraxie ?**

Bien sûr, il y a :

- de « petites » dyspraxies peu gênantes (et qu'il ne faut pas trop médicaliser ; qui peuvent être considérées comme les variantes « normales » des talents de chacun dans tel ou tel domaine) ;
- des dyspraxies notables et gênantes (celles qui doivent faire l'objet d'un diagnostic et d'une prise en charge : d'où l'intérêt de faire des bilans étalonnés et de ne parler de pathologie qu'en deçà de 2 déviations standard par rapport à la norme) ;
- des dyspraxies sévères, ou massives.

### **\* Très peu de pédiatres connaissent la dyspraxie. Des moyens vont-ils être mis en place ?**

### **\* Où orienter les familles lorsque, en tant que psychologue scolaire, on soupçonne une dyspraxie ?**

**\* Il y a un fossé entre vos interventions, où vous parlez de « prise en charge globale » et la réalité. Ces prises en charge coordonnées n'existent pas, et les parents naviguent entre « ce n'est pas un IMC, ce n'est pas grave » et le quotidien, tant à la maison qu'à l'école, qui lui, est « lourd » ...**

Certains neuropédiatres et quelques pédiatres ont déjà reçu une formation dans ce domaine, au titre de la formation permanente (D.U, conférences, cycles de formation).

Cependant, il est vrai que, d'une façon générale, peu de médecins (et même de services hospitaliers) sont formés à ces pathologies. Nous avons établi une liste de personnes et de services que nous connaissons, soit pour avoir déjà travaillé avec eux, soit parce qu'ils ont bénéficié de formation de notre part.

### **Les centres dits « du langage » peuvent-ils prendre en charge des enfants dyspraxiques ?**

Cela dépend des compétences et de l'expérience des professionnels du centre du langage : il faut leur poser la question. La plupart ne sont vraiment spécialisés que dans les troubles du langage (dysphasies, dyslexies), mais certains peuvent quelquefois avoir aussi l'expérience des troubles non-verbaux (dyspraxies, troubles neuro-visuels, dyscalculies, troubles attentionnels, ...). C'est donc une opportunité locale, mais non une règle.

### **Où s'adresser pour connaître le centre référent pour les TSA de notre région ?**

L'inspection spécialisée, les ex-CDES, les ex-secrétaires de CCPE, le médecin scolaire (entre autres) pourront vous renseigner. Vous pouvez aussi vous renseigner auprès de l'hôpital (CHU le plus souvent, ou CHR) le plus proche.

Ensuite, c'est auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) que vous trouverez tous les renseignements utiles.

### **Les CDES et les COTOREP connaissent-elles vraiment la dyspraxie ?**

Cela dépend des lieux, des équipes, et s'il y a des professionnels et/ou des centres formés dans le département.

### **Lorsque différents professionnels ne sont pas d'accord sur le diagnostic (neuropsychologue, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien), qui croire ?**

Je pense qu'il faut que, munie des bilans de ces différents professionnels, vous consultiez *un médecin spécialiste* qui pourra en faire avec vous la synthèse. Il vous aidera, non seulement à en comprendre les conclusions, mais également à mettre en œuvre les aides les mieux adaptées.

### **Existe-t-il un bilan pratique pour les enfants jeunes (moins de 6 ans) ?**

Le diagnostic peut être porté dès 4 – 5 ans, selon les cas. Il n'y a rien de « spécial » pour les moins de 6 ans : il y a des bilans adaptés à chaque classe d'âge, à partir de 4 ans.

A cet âge, comme à tous les âges, le diagnostic émerge de la confrontation de diverses évaluations (échelles de Wechsler, bilan psychomot., ergoth., etc.).

### **A partir de quel âge parle-t-on de dépistage « tardif » ?**

L'âge habituel du diagnostic, c'est entre la grande section de maternelle (5-6 ans) – avant, le diagnostic est dit précoce – et le CE2 (8-9 ans).

A partir du CM2 et surtout au collège, il s'agit de diagnostics « tardifs », qui posent les problèmes que nous avons souligné :

- long passé de difficultés scolaires inexplicables ou mal interprétées ;
- entrée dans l'adolescence, période de fragilité du jeune
- mise en place tardive des aides indispensables, avec beaucoup d'aléas en ce qui concerne leur efficacité...

### **Existe-t-il plusieurs formes de dyspraxies ?**

Oui : il y a des dyspraxies « pures », des dyspraxies avec troubles visuo-spatiaux (ou « dyspraxies visuo-spatiales, les plus fréquentes), des formes particulières qui s'appellent « syndrome de Gerstmann » (dysgraphie, dyscalculie, indistinction droite/gauche, agnosie digitale), des TAC... En outre, différents autres troubles peuvent fréquemment être associés pour particulariser le tableau de chaque enfant (présence de troubles neuro-moteurs « doux », de troubles de l'attention, de difficultés comportementales, etc.)

### **A-t-on idée du nombre d'enfants dyspraxiques qui ont des parents dyspraxiques ? Inversement, quelle est la probabilité qu'un dyspraxique ait lui-même un enfant dyspraxique ?**

Actuellement, nous n'avons aucune idée précise sur la question, car aucune recherche sur ce sujet ne peut nous donner des éléments fiables.

On note simplement, lors des consultations, qu'il arrive que des parents signalent qu'eux-mêmes souffraient du même problème, non diagnostiqué à l'époque. Cependant, on n'examine pas ces parents lors de ces consultations : il est donc difficile de savoir s'ils présentent effectivement une réelle dyspraxie...

### **Le scanner et l'IRM ont-ils un intérêt ?**

Dans le cas d'une dyspraxie développementale « ordinaire », ce n'est pas utile.

Ces examens ne mettent pas en évidence des « dysfonctionnements », mais seulement des « lésions » anatomiquement visibles, et sont normaux dans l'immense majorité des cas.

Cependant, en fonction de la présence d'autres symptômes, ou d'un contexte médical particulier, ces examens peuvent, quelquefois, participer à la recherche d'une cause (étiologie).

### **Quel est l'intérêt (la pertinence) de préciser si la dyspraxie est « idéatoire » ou « idéomotrice » ?**

La dichotomie idéatoire/idéomotrice, utilisée autrefois, est tombée en désuétude. En fait, il est surtout intéressant de repérer quelles sont les situations dans lesquelles l'enfant est en difficulté : l'utilisation d'outils ? les assemblages ? les imitations de gestes et les mimes d'action ? etc. Cela permet aussi de mieux cibler des rééducations, les situations où l'enfant a besoin d'aide, les palliatifs ou les adaptations utiles.

### **Mon fils de 12 ans vient d'être reconnu dyspraxique, mais on me dit qu'il n'est pas handicapé parce que son handicap serait inférieur à 50%. Pourtant, il est en grande difficulté dans tous les sports et à l'école, et demande un important suivi scolaire.**

L'évaluation des répercussions fonctionnelles, quotidiennes et scolaires peut être sujette à des appréciations divergentes.

C'est l'intensité de la gêne dans les activités quotidiennes (repas, habillage, toilette) et à l'école (sévérité ou non de la dysgraphie, de la dyscalculie spatiale...), mais également l'intensité des aides nécessaires (nombre et rythme des rééducations, nécessité d'aides techniques comme l'ordinateur, ou d'aide humaine...) qui permettent de juger de l'importance – ou non – de la dyspraxie et du barème appliqué pour « chiffrer » l'importance du handicap éventuel.

Si vous contestez cette décision, vous devez demander l'avis d'un expert, puis revoir le médecin qui a estimé le handicap de votre enfant à moins de 50%.

### **Mon enfant sera-t-il privé des aides qui lui seraient octroyées s' il était déclaré « handicapé » ?**

Non, l'enfant continue à bénéficier des prestations de droit commun.

Un enfant déclaré handicapé peut bénéficier d'une allocation d'éducation d'enfant handicapé (ex AES). C'est une prestation familiale notifiée et accordée par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et versée par la CAF. Cette prestation est destinée à aider les parents qui assument la charge d'un enfant handicapé, sans tenir compte de leurs ressources.

Certaines conditions sont à remplir :

- résider en France et être âgé de moins de 20 ans
- avoir un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80%, ou compris entre 50 et 80% s'il fréquente un établissement d'enseignement adapté ou s'il nécessite le recours à un dispositif d'accompagnement.

### **Peut-on parler de dyspraxie chez l'IMC ?**

Oui, et cela dans deux situations :

- soit le handicap neuro-moteur (trouble de la commande, du tonus, mouvements anormaux...) épargne les membres supérieurs (exemple : diplégie), et rien n'empêche alors de mettre en évidence une dyspraxie « manuelle » et/ou « oculomotrice » éventuelle ;
- soit le handicap neuro-moteur touche aussi les membres supérieurs (quadri-parésie, par exemple) *mais* il est modéré et ne peut rendre compte de l'intensité ou de la nature des troubles observés.

### **Comment distinguer, chez un enfant IMC, les difficultés gestuelles liées au handicap moteur (TAC) et celles liées à la dyspraxie ?**

1 – Les troubles du geste liés au handicap moteur ne sont pas des TAC, mais des troubles « neuromoteurs » : paralysies, troubles du tonus, mouvements anormaux, syndromes cérébelleux.

2 – Les TAC, comme les dyspraxies, sont des troubles du geste qui se dévoilent, lors du développement de l'enfant, sans lien avec un handicap neuro-moteur ni sensoriel ou sans que le handicap neuro-moteur ou sensoriel ne puisse rendre compte des désordres observés.

On peut distinguer les troubles neuromoteurs des troubles praxiques (TAC et/ou dyspraxies) si les troubles neuromoteurs ne sont pas trop intenses. Le médecin (médecin de rééducation, neuropédiatre) est tout à fait habitué à faire cette distinction car, cliniquement, l'expression des troubles est très différente selon qu'il s'agit des conséquences du handicap neuro-moteur ou de la dyspraxie.

### **Faut-il refaire les bilans, et à quel rythme ?**

- Les bilans qui visent à *établir le diagnostic* n'ont pas à être refaits régulièrement.

Simplement, s'ils ont été faits alors que l'enfant était très jeune (vers 4 - 5 ans), il peut être utile de les compléter vers 6-8 ans.

- Les bilans qui cherchent à évaluer *la situation actuelle* (intensité des troubles, gênes fonctionnelles, besoins en rééducations ou adaptation) ou qui cherchent à évaluer *l'évolution* de l'enfant, eux, doivent être proposés à intervalles réguliers (12-18-24 mois selon les cas et l'âge de l'enfant), de même que ceux qui cherchent à évaluer les répercussions de la dyspraxie dans les apprentissages scolaires.

### **Un enfant qui a des difficultés très importantes mais isolées en géométrie est-il dyspraxique ?**

La question ne peut pas se poser de cette façon : être dyspraxique, ce n'est pas « être mauvais » dans telle ou telle matière scolaire ou sportive. C'est un handicap qui touche gravement l'organisation gestuelle et spatiale d'un jeune, ce qui se traduit par des problèmes dans la vie quotidienne, des échecs dans la vie scolaire, puis professionnelle.

Si les difficultés sont isolées en géométrie, ce qui est très banal et très fréquent, il faut en discuter avec le professeur de maths de votre enfant et avec votre enfant lui-même.

### **Un enfant dysgraphique est-il un enfant dyspraxique ?**

Des fois, oui ; des fois, non !!

Tous les enfants dysgraphiques ne sont pas dyspraxiques, loin s'en faut. On peut être dysgraphique pour des raisons neuro-motrices, sensorielles, psychologiques, intellectuelles, etc.

Par contre, tous les enfants dyspraxiques sont dysgraphiques (plus ou moins gravement...).

### **Cela aggrave-t-il la dyspraxie d'être gaucher ?**

Non, être gaucher n'est pas un « sur-handicap ».

*Cependant*, on note une proportion supérieure de gauchers chez les enfants dyspraxiques par rapport à la population ordinaire : s'agit-il d'une coïncidence ? ou bien de « faux » gauchers, qui seraient en fait des « droitiers contrariés » par une pathologie quelconque, passée inaperçue ? Peut-être y a-t-il une autre explication...

### **Et les dyspraxies verbales ?**

Ces dyspraxies, qui touchent les organes bucco-phonateurs, peuvent exister isolément ou associées à des dyspraxies « manuelles ».

Elles se traduisent par des troubles de la parole. C'est pourquoi elles font plutôt partie intégrante des pathologies de la parole et du langage et n'ont pas été abordées lors du colloque (malheureusement, il fallait se limiter à certains thèmes clés).

### **Existe-t-il un lien entre troubles déficitaires de l'attention / hyperactivité et dyspraxies ?**

Cette association est assez fréquente. On connaît certains réseaux cérébraux, fronto-pariétaux, qui sont impliqués à la fois dans la réalisation gestuelle et visuo-spatiale (implication des régions pariétales) et dans l'attention... Mais le lien et la nature du lien est actuellement hypothétique.

Si les deux troubles sont assez nets, la prise en charge du trouble attentionnel doit habituellement être entreprise en première intention. Il faudra souvent envisager plutôt une scolarisation en milieu spécialisé, pour profiter d'apprentissages en petit groupe.

### **Que penser des traitements des troubles de l'attention (Ritaline, Oméga 3) sans hyperactivité chez les enfants dyspraxiques ?**

Les troubles de l'attention doivent être traités pour eux-mêmes (traitements médicamenteux, remédiations, aides psychologiques) et même en première intention. Ces troubles diffusent dans tous les domaines (y compris dans le domaine gestuel) et peuvent constituer une sorte d'écran qui brouille l'interprétation des troubles du geste, ou les majore, ou en perturbe la prise en charge.

Cependant, tous les enfants dyspraxiques ne présentent pas de troubles de l'attention (dans ce cas, les traitements médicamenteux seront sans effet). Par ailleurs, les enfants dyspraxiques sont très fatigables, ce qui peut donner (à tort) l'impression de troubles attentionnels...

### **Y a-t-il une occurrence particulière de dyspraxies chez les enfants épileptiques ?**

Oui, comme dans toutes les pathologies neurologiques, cérébrales (prématurité, traumatismes crâniens...), mais, à ma connaissance, sans que cela se présente avec une fréquence particulière. Ces dyspraxies n'ont pas de spécificité sur le plan clinique. Quelquefois, leur diagnostic peut être assez difficile, ou retardé, soit du fait que les crises et l'ajustement thérapeutique monopolisent les différents intervenants, soit que d'autres troubles cognitifs sont associés.

### **Comment articuler précocité intellectuelle et dyspraxie ?**

On remarque effectivement que bon nombre d'enfants dyspraxiques ont des scores nettement au dessus de la norme dans les épreuves raisonnementales et conceptuelles verbales, ce qui induit des différentiels très importants entre QIV et QIP, les QIV pouvant atteindre 140, 145 alors que les QIP stagnent aux alentours de 75 ou 80.

- Certains se refusent de parler d'enfants précoces : ils pensent que la définition de la surdouance suppose des scores élevés *dans l'ensemble des secteurs de la cognition*.

Dans cette conception, les hyper-capacités (verbales et conceptuelles) de l'enfant sont comprises comme le reflet d'une surcompensation (spontanée) dans les domaines où il n'est pas atteint par la pathologie (le trouble praxique et/ou visuo-spatial) ;

- Pour d'autres, ce sont des enfants réellement précoces, qui font preuve d'une intelligence (verbale) hors du commun et qui souffrent par ailleurs d'une dyspraxie. Depuis longtemps, de nombreux professionnels (et les familles) qui connaissent les enfants précoces ont noté, par exemple, la fréquence des difficultés graphiques dans cette population.

Donc, pour certains, ce sont des enfants dyspraxiques qui compensent sur le plan verbal, d'où des scores élevés dans ces épreuves ; pour d'autres, des enfants surdoués présentant fréquemment des troubles du graphisme (et, plus généralement, des troubles praxiques) ...

Aucun travail scientifique ne permet actuellement de décider quelle interprétation est la plus pertinente, ni d'expliquer la fréquence des dyspraxies chez ces enfants très doués verbalement.

## 2) LES QUESTIONS AUTOUR DES RÉÉDUCTIONS

### Comment se fait-il qu'actuellement, c'est la CDES qui oriente vers les SESSD ?

C'est le rôle des CDES que d'orienter les enfants et les familles vers les structures les mieux adaptées, en fonction du handicap de l'enfant.

### Un enfant dyspraxique qui a, chaque semaine, 1 séance d'ergothérapie, 1 séance de psychomotricité, 2 séances d'orthoptie, n'aurait-il pas besoin, (l'Education Nationale ne disposant pas d'AVS) que les parents soient « entraîneur développemental » ? Mais il faudrait recevoir des consignes des professionnels ...

- Il est très important, à chaque moment de la vie de l'enfant, de bien évaluer les *priorités actuelles* pour celui-ci : ainsi, à certains moments cela pourra être la rééducation orthoptique, à d'autres l'apprentissage de l'ordinateur, à d'autres encore le passage de certains diplômes, etc.

Il n'est jamais souhaitable de vouloir « tout » rééduquer tout le temps. On ne peut pas viser simultanément et raisonnablement des objectifs dans tous les domaines (les yeux, le déficit visuo-spatial, les habiletés gestuelles, le graphisme, l'ordinateur, la scolarité, l'autonomie de vie quotidienne...). L'adage « le mieux est quelquefois l'ennemi du bien » est très adapté à ces enfants qui progressent toujours mais ne sont jamais tout à fait « guéris » ...

Quelquefois, en voulant faire trop bien, on aggrave *la lenteur, la fatigue et la saturation* de l'enfant, et on compromet d'autres objectifs à moyen et long terme (par exemple, le fait que l'enfant doit apprendre à « faire avec » son trouble de la façon la plus efficiente possible, ou bien sa confiance en lui, ou encore sa capacité à se « débrouiller » et à être autonome ...);

- Il est également important, chez ces enfants qui sont compétents dans de nombreux domaines (langage, culture générale, musique, raisonnement...) de conserver un équilibre satisfaisant entre les moments qui réclament de laborieux efforts dans le but de progresser, et les moments de loisirs, de détente, de plaisir, qui sont également des moments *indispensables et très constructifs* pour la personnalité et l'avenir du jeune.

- Enfin, il est aussi important à la fois que les parents soutiennent le projet thérapeutique tel qu'il a pu être défini avec les professionnels, et qu'ils gardent *un rôle bien distinct* de celui des rééducateurs.

C'est pourquoi nous conseillons souvent :

- que le travail en lien direct avec le handicap (rééducations, adaptations et aides diverses) soit clairement du ressort des spécialistes (« c'est leur métier » !),

- et que le temps en famille soit essentiellement celui où l'on permettra au jeune d'exercer et valoriser ses capacités préservées, ses intérêts, indépendamment de tout souci rééducatif.

Ceci explique probablement votre sentiment que les professionnels ne vous donnent pas assez d'éléments pour « effectuer plusieurs fois dans la semaine des séances ».

- Enfin, toutes ces précautions étant prises, vous pouvez toujours demander aux différents professionnels qui s'occupent de votre enfant d'assister à quelques séances et qu'ils vous disent quels petits exercices ils vous conseillent de répéter à la maison entre deux séances.

### Les séances d'ergothérapie sont-elles indispensables ?

Il est indispensable que l'enfant bénéficie de rééducations

- en psychomotricité si il est très jeune (travail global à partir du corps et du vécu corporel, structuration spatiale et temporelle, ...)

- en ergothérapie

- dès que *l'ordinateur* est préconisé : seul un ergothérapeute pourra juger de la méthode à adopter pour cet apprentissage (nombre de doigt pour la frappe, installations et adaptations du clavier et/ou de la souris, logiciels spécialisés utiles, introduction du matériel en classe...);
- dès que des *adaptations* sont nécessaires, matérielles ou pédagogiques, en classe ou dans la vie quotidienne.

**Où en est la prise en charge financière des soins en ergothérapie et psychomotricité ? Cela semble très aléatoire selon les caisses et les régions. Même l'attribution de l'AES semble très variable selon les régions.**

Les séances d'ergothérapie et de psychomotricité en libéral ne sont actuellement pas prises en charge par la Sécurité Sociale.

Un financement peut être proposé aux familles dont les enfants sont déclarés à l'ex-CDES et qui touchent l'AES (allocation d'éducation spéciale). Le devis fait par l'ergothérapeute (ou la psychomotricienne) peut être, totalement ou partiellement, pris en compte au titre d'une augmentation provisoire de l'AES versée aux parents.

Certaines familles ne touchent pas l'AES (et ne peuvent donc pas bénéficier de cette aide !) :

- soit parce qu'elle ignorent les procédures à suivre (déclaration de l'enfant à l'ex-CDES) ;
- soit parce qu'elle ne souhaitent pas déclarer l'enfant à la CDES : ces familles redoutent que l'enfant soit « catalogué » handicapé et que cela le desserve ultérieurement (selon mon expérience, ce n'est pas le cas, dans la réalité ...) ; ou encore parce qu'elles ne considèrent pas qu'il s'agit d'un handicap et/ou refusent que l'on considère les difficultés de leur enfant comme un handicap ;
- soit enfin, parce que, malgré la demande des familles, certaines CDES refusent de considérer qu'il s'agit d'un handicap. On peut alors prendre rendez-vous avec le médecin de la CDES et produire les documents qui attestent d'une part du diagnostic, d'autre part de la gêne subie par l'enfant et enfin des préconisations thérapeutiques. Si le désaccord persiste avec l'ex-CDES (ou avec les prochaines Maisons Départementales de la Personne Handicapée) il faut saisir un médiateur, à titre personnel ou par l'intermédiaire d'une association de parents.

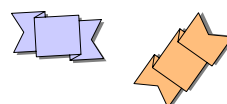
Il existe des structures médico-sociales au sein desquelles ces rééducations sont prises en charge :

- En ce qui concerne les psychomotriciens : CMP, CMPP, hôpitaux, SESSAD et SESSD ;
- En ce qui concerne les ergothérapeutes : hôpitaux et SESSD.

Cette situation contribue à surcharger énormément ces structures, pour lesquelles il y a désormais des longues listes d'attente ...

**Comment peut-on améliorer les images mentales ?**

Le plus souvent, on demande au sujet d'imaginer (visualiser « dans sa tête ») tel ou tel mouvement, ou on l'entraîne à pratiquer des rotations mentales (ex : décider si ces 2 dessins peuvent se superposer par rotation de l'un des deux, ou non



On peut aussi lui demander d'observer un geste, ou une composante d'un geste et lui demander si ce geste est correct ou non (« tu vois, ce monsieur veut se verser à boire ; est-ce que tu crois qu'il va bien réussir, ou est-ce que tu crois qu'il va en renverser... »). On peut aussi demander à l'enfant, sans qu'il bouge, s'il pense qu'il pourrait attraper (toucher) tel objet placé à différentes distances et positions par rapport à lui, ...

Mais il faut bien savoir que si, imaginer une action participe à améliorer la réalisation gestuelle (c'est très employé par les sportifs), l'image mentale d'un geste est, en retour, très dépendante ... de la qualité de sa réalisation par le sujet.

Il est donc difficile actuellement de savoir si les enfants dyspraxiques ne réalisent pas bien leurs gestes parce qu'ils ne construisent pas une image mentale efficace ... ou si ils ne construisent pas une image mentale efficace parce qu'ils ne réalisent pas bien leurs gestes !

**Les recherches du STAPS (recherches sur les activités physiques et sportives) concernent l'entraînement des sportifs via l'image mentale, mais aussi les mouvements liés à des pathologies neurologiques (style « parkinson »). N'y a-t-il pas intérêt à développer une collaboration ?**

Nous connaissons bien certains des travaux du STAPS et l'intérêt est évident, tant pour mieux comprendre ce qu'est la dyspraxie que pour améliorer les propositions thérapeutiques faites aux enfants.

Nous sommes donc très intéressés et donnerons suite à tout contact en ce sens.

**Quel lien entre les troubles d'orientation du regard et la perception de l'espace ?**

Je vous propose de vous référer aux ouvrages, notamment le mien, « Neuropsychologie et troubles des apprentissages », Masson éditeur, plus spécifiquement pages 30 à 43.

**Pouvez-vous préciser quelle différence entre l'espace plan et l'espace à 3 dimensions ?**

Dans l'espace à trois dimensions, nous disposons de multiples possibilités d'analyse et de traitement de l'information spatiale (distance, orientation, emplacement de tel ou tel objet ou stimulus) : traitements visuels, labyrinthiques, kinesthésiques, proprioceptifs, éventuellement tactiles, thermiques, etc. Les traitements visuels eux-mêmes sont souvent multiples, liés au flux visuel (en cas de déplacement du sujet et/ou de l'objet) et à l'image fovéale de l'objet.

Au contraire, dans l'espace à 2 dimensions, dans le plan (le tableau, la page, la feuille, l'écran), *seuls* les mouvements des yeux (oculomotricité, stratégie d'exploration du regard) vont être à l'origine des traitements spatiaux (situer un élément par rapport à un autre, évaluer son orientation) pris en charge par les voies occipito-pariétales. Or, ce sont souvent ces traitements (dits visuo-spatiaux) qui sont déficitaires chez les enfants dyspraxiques. Ils seront donc nettement plus gênés dans l'espace plan que dans l'espace à 3 dimensions dans lesquels ils peuvent se déplacer ou constater l'effet spatial de leurs gestes.

**En cas de trouble visuo-spatial associé à une myopie évolutive, les lentilles sont-elles recommandées ? et les lunettes à prismes ?**

S'il existe un trouble de la réfraction (myopie, hypermétropie...), l'ophtalmologiste prescrit des verres correcteurs ou des lentilles. Il est très important de suivre les conseils et avis de l'ophtalmologiste et de corriger au mieux le défaut optique. Il faut consulter votre ophtalmologiste au moins une fois par an (le rythme est à décider avec votre médecin habituel) pour suivre l'évolution.

En ce qui concerne les lunettes à prismes : il faut absolument suivre les prescriptions si c'est une prescription de l'ophtalmologiste qui suit votre enfant (attention à d'éventuels essais, actuellement très en vogue, qui vous seraient conseillés par d'autres professionnels...).

**Quelle est la place de la rééducation visuelle ? Vous ne parlez pas des orthoptistes !**

Mme le Dr Dalens en a parlé lors de son intervention : ce colloque ne pouvait se passer de présenter les problèmes visuels (troubles oculomoteurs et de stratégie du regard), dont les répercussions sont très importantes (structuration spatiale, lecture).

La place des orthoptistes dépend :

- du diagnostic porté par l'ophtalmologiste, qui est prescripteur des séances de rééducations,
- *de leur formation*, en lien avec ces problèmes neurologiques, encore souvent mal connus,
- de la composition de la structure de soins qui prend en charge l'enfant dyspraxique.

En effet, dans les institutions spécialisées, en particulier les Services qui reçoivent des IMC et connaissent bien ces troubles visuels, c'était initialement les ergothérapeutes qui, s'intéressant aux

troubles spatiaux, avaient pris en charge certains des aspect fonctionnels secondaires aux troubles du regard.

Ces dernières années, la situation a sensiblement évolué. De plus en plus d'orthoptistes s'intéressent à ces troubles et y sont formés. De ce fait, beaucoup de jeunes enfants leur sont maintenant référés, en rééducation en libéral, après un bilan orthoptique.

### **Pourquoi n'y a-t-il pas d'ophtalmologiste et d'orthoptiste à LADAPT, quand on sait les problèmes neurovisuels qui entrent dans la dyspraxie ?**

D'une part, ce sont les troubles *visuo-spatiaux* qui sont le plus fréquemment associés à la dyspraxie. Ces derniers sont habituellement pris en charge, dans les SESSD comme celui de LADAPT (SESSD pour enfants « handicapés moteurs ») par les ergothérapeutes et les psychomotriciens.

Lorsqu'il y a des troubles *oculomoteurs*, les enfants consultent (souvent sur nos conseils) et sont rééduqués en libéral (souvent sur nos recommandations), généralement pour de courtes séries de 10 à 20 séances, renouvelables 2 à 5 fois en moyenne.

Il n'est ni possible ni forcément souhaitable de disposer dans l'équipe, de *tous* les rééducateurs potentiellement existants. Nous essayons, chaque fois que possible, de travailler en collaboration avec les orthoptistes et les ophtalmologistes, hospitaliers ou libéraux.

Surtout, au sein des SESSD, les séances de rééducation (ergothérapie, orthophonie, psychomotricité) et le travail éducatif proposés aux enfants *prennent toujours en compte les troubles oculomoteurs, neuro-visuels et visuo-spatiaux des enfants*, afin de consolider les résultats éventuellement obtenus en orthoptie, et surtout de *les intégrer dans des activités* fonctionnelles (vie quotidienne, *lecture*, ...)

### **Que peut apporter la kinésithérapie à un enfant dyspraxique ?**

Beaucoup de ces enfants dyspraxiques présentent aussi des troubles neuromoteurs, soit francs (IMC) soit discrets (signes « doux ») : la place du kinésithérapeute est alors claire, au sein de l'ensemble des autres thérapeutes qui vont intervenir.

Mais, si les signes moteurs sont négligeables ou absents, il n'y a pas d'indication particulière de la kinésithérapie. Ce sont plutôt les psychomotriciens (travail global à partir du corps, de la coordination, de la gestuelle, en lien avec l'image mentale et le vécu corporel, travail de la structuration spatiale et temporelle) ou de l'ergothérapeute (travail de l'autonomie, de l'ordinateur, conception et mise en place des palliatifs et adaptations, ...) qui vont assurer la prise en charge.

En outre, il faut veiller à ne pas surcharger le programme rééducatif de ces enfants déjà très sollicités (orthoptie, aides à la scolarité et aux apprentissages...).

### **Je suis ergothérapeute : quelles activités demander à un enfant lors d'un bilan d'1 heure pour détecter une dyspraxie (je dispose de beaucoup de tests et ne sais lesquels choisir) ?**

C'est une question très fréquente, qui touche l'ensemble des professionnels de ce domaine. Cela demande une bonne *formation* et ne peut pas faire l'objet d'une réponse courte.

Je vous propose de vous référer à mon livre, «La conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant », 2003, Masson éditeur.

Le Département formation continue de L'ADAPT vous propose également des formations.

Le problème de la formation à ces diagnostics concerne l'ensemble des acteurs de ce domaine : médecins, psychologues, rééducateurs, enseignants et AVS. C'est aussi un des objectifs de ce colloque que de définir maintenant les axes prioritaires en matières de formation et d'en discuter avec les ministères concernés ...

**\* Quels sont les bilans spécifiques à faire passer en ergothérapie ? Quelles aides visuelles pour aider l'enfant à structurer l'espace ?**

**\*Quelles formations existe-t-il pour les psychomotriciens ?**

Pour tous, il existe :

- Des formations universitaires (D.U)
- Des formations prodiguées par des organismes de formation. LADAPT propose des formations de ce type.
- Des formations « sur site » destinées aux équipes pluri-disciplinaires, qui prennent en charge les jeunes atteints de troubles spécifiques des apprentissages (TSA), souvent des CAMSP, des SESSD, des SESSAD, des IEM, et quelques CMPP. (Dr. M. Mazeau, Mme C. Le Lostec, ...)

Enfin, il existe des publications, de nombreux écrits accessibles aux différents professionnels. Nous citons, entre autres, parce qu'ils nous semblent les plus accessibles et les plus cliniques :

- C. Billard et M. Touzain : *Les troubles spécifiques des apprentissages*, l'état des connaissances, Signes éditions, 2004.
- F. Lussier et J. Flessas : *neuropsychologie de l'enfant ; troubles développementaux et de l'apprentissage*, Dunod, 2001.
- M. Mazeau : *neuropsychologie et troubles des apprentissages*, Masson éditeur, 2005.
- M. Mazeau : *Conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant*, Masson éditeur, 2003.

**La coordination des différents thérapeutes peut-elle être réalisée par le médecin scolaire ?**

NON : le médecin scolaire ne peut pas coordonner les thérapeutes extérieurs à l'école, qu'ils soient « libéraux », qu'ils exercent au sein d'un SESSAD ou d'un service hospitalier. C'est au médecin *qui a prescrit* les différentes interventions thérapeutiques de coordonner les thérapeutes, afin qu'ils agissent en complémentarité, au sein d'un projet cohérent et évolutif.

*Mais* le médecin scolaire peut, lui, coordonner les aides et la mise en œuvre de toutes les actions et adaptations *au sein de l'école ou du collège*, en lien avec les enseignants, l'AVS, le psychologue scolaire, le directeur, etc.

**Peut-on espérer une stabilisation voire des progrès chez un enfant dyspraxique de 14 ans, rééduqué depuis l'âge de 6 ans ?**

Une stabilisation et des progrès sont certainement possibles *tout au long de la vie*.

Par contre, des rééducations ne sont pas nécessairement indispensables tout le temps : à partir d'un certain âge et/ou d'un certain niveau d'efficacité, les jeunes trouvent *eux-mêmes* les stratégies qui leur sont utiles et les développent de plus en plus efficacement avec le temps.

### 3) LES QUESTIONS AUTOUR DES APPRENTISSAGES ET DE LA SCOLARITÉ

#### **Comment faire pour obtenir des aides à l'école ?**

Pour obtenir des aides, adaptations, aménagements à l'école vous devez :

- contacter le médecin scolaire
- déclarer votre enfant à l'ex-CDES : la reconnaissance du trouble par cette commission est un préalable à l'ensemble des démarches ultérieures (demande d'AVS, demande d'ordinateur, demande d'aménagements des horaires ou des méthodes pédagogiques, signature d'un Projet Personnalisé de Scolarisation, AES pour financer des rééducations en libéral...).

#### **Quelles aides peuvent être proposées ?**

En fonction du projet de chaque enfant (PIIS, Projet Personnalisé de Scolarisation), il pourra être proposé :

- des aménagements d'emploi du temps : dispense de certains cours (EPS ou arts plastiques par exemple) pour permettre les rééducations sur le temps scolaire (importance de ne pas trop surcharger les journées de ces enfants, déjà lents et fatigables) ;
- des aménagements pédagogiques : fourniture de photocopies (pour limiter les écrits), contrôle oral, recours précoce à la calculette...
- des aides techniques : usage de l'ordinateur, de logiciels spécialisés ;
- des aides humaines (AVS, EVS)
- un tiers temps supplémentaire pour les contrôles (ou des exercices plus courts, aménagés en fonction de la lenteur de l'enfant)
- toute mesure susceptible d'améliorer la scolarisation et les apprentissages de l'enfant peuvent être envisagées *avec le médecin scolaire et l'équipe éducative*.

#### **Comment adapter l'enseignement pour un jeune à la fois dyspraxique et précoce (QIV = 156 et QIP = 75) ?**

Il s'agit là de cas particuliers qui illustrent, à l'extrême, le surinvestissement verbal de ces enfants dyspraxiques.

Il faut bien sûr faire, avec vous, l'équipe éducative et l'équipe de rééducation, un projet très individualisé, en essayant de tirer le meilleur parti des capacités d'abstraction, de mémoire, de raisonnement et de langage de votre enfant.

#### **La mémoire doit-elle pallier les difficultés en maths ou en orthographe ?**

Oui. Malheureusement, « la mémoire » est souvent dévalorisée et considérée comme un apprentissage sans compréhension. Or, ce ne doit pas être le cas. Il faut que ces enfants apprennent par cœur (les tables d'addition, de multiplication, les compléments à 10, les « trucs » de calcul mental, ...) ou des listes de mots qui présentent la même particularité orthographique. Ils utiliseront ensuite ces savoirs pour résoudre des problèmes ou faire de l'expression écrite. Ces apprentissages mémorisés seront pour eux *des outils* qu'ils pourront ensuite utiliser de multiples façons dans des activités réfléchies.

Ainsi, l'orthographe n'est pas apprise en faisant écrire (ni copier) les mots, mais en insistant oralement sur les particularités orthographiques du mot, ceux de la même famille, et par la pratique (à partir du CE2) de la « lecture flash » (➤ les orthophonistes).

### **Quel est le rapport et/ou la différence entre dyslexie et dyspraxie de la lecture ?**

Le terme de « dyspraxie de la lecture » n'est pas le terme habituel ni « officiel » (quoique je le trouve très évocateur !).

Le terme de « dyslexie » désigne toutes sortes de difficultés de lecture (chez des enfants d'intelligence normale, scolarisés normalement) :

- certaines sont liées à des problèmes dits « phonologiques » ; comme ce sont, de loin, les plus fréquents, certains assimilent (à tort) « dyslexie » et « dyslexie phonologique » ...

- d'autres sont liées à des problèmes visuels (ou encore, selon certains « visuo-attentionnels »). Les enfants qui présentent des dyspraxies d'utilisation des gestes *appris* avec les yeux (par exemple, automatisation de l'organisation des saccades durant la lecture) sont très gênés en lecture : leur difficulté concerne la prise d'information visuelle (oublis de mots, sauts de lignes, fatigabilité intense) et non la « conscience phonologique ».

Bien sûr, la rééducation et les aides proposées aux jeunes dyslexiques doivent tenir compte de la nature de leurs difficultés et les jeunes présentant des « dyslexies visuelles » ne doivent pas du tout être rééduqués comme des « dyslexiques phonologiques ».

### **La dyspraxie entraîne-t-elle un blocage intellectuel à partir du collège, notamment en maths ?**

Il ne s'agit pas d'un « blocage intellectuel », mais d'une difficulté particulière à accéder à certains concepts, ou à certains éléments constitutifs des apprentissages et des programmes mathématiques. Ce sont les troubles visuo-spatiaux qui sont à l'origine de ces « dyscalculies » (il s'agit de dyscalculies spatiales) assorties d'échecs en géométrie, qui peuvent, selon leur intensité se manifester bruyamment dès l'école primaire, ou, dans les cas moins sévères, se dévoiler au collège.

Par ailleurs, ces dyscalculies se combinent avec des difficultés en géométrie, ce qui aggrave l'échec en mathématiques.

### **Quels conseils donner à un enseignant qui a un enfant dyspraxique dans sa classe ?**

Le guide pratique « comment permettre ou favoriser la scolarité de l'enfant dyspraxique » a été rédigé dans cet esprit. D'une façon plus générale, il serait souhaitable qu'il y ait une information sur ces pathologies dans tous les IUFM.

Les médecins scolaires, les psychologues scolaires, et, quelquefois, les personnels des RASED, peuvent avoir eu une formation sur ce sujet et servir de « personne-ressource » au sein d'une école. C'est cependant loin d'être systématique ...

### **Faut-il tout dire à l'école lors d'un changement d'établissement au sujet des problèmes de l'enfant ?**

« Tout », ce n'est pas sûr ! Mais il certainement aussi très dangereux de ne « rien » dire : les difficultés de l'enfant ne vont pas disparaître par magie lors du changement d'établissement. Les échecs, anomalies, difficultés qu'il présente risquent, dès leurs premières manifestations, d'être interprétés comme un manque de travail, de motivation, de soin, une opposition, une incompréhension, etc.

### **Les enseignants sont très seuls, très démunis, ce qui peut favoriser des comportements inadéquats vis-à-vis de l'enfant dyspraxique. Pourquoi ne pas prévoir un accompagnement de l'enseignant, ou au moins une information ?**

Si l'enfant est suivi par un SESSAD ou un SESSD, l'équipe de soins fait habituellement cet accompagnement, d'autant que les différents rééducateurs se rendent sur place, à l'école. Ils peuvent ainsi rencontrer très fréquemment l'enseignant et échanger avec lui sur les difficultés qu'il rencontre et les moyens d'y remédier.

Les médecins scolaires peuvent également quelquefois, s'ils sont informés, servir de relais et aider l'enseignant ; mais ce ne peut être que très ponctuel car ils ont en charge un nombre très important d'enfants et de classes.

Le problème de l'information et de la formation, pour tous les acteurs autour de l'enfant dyspraxique, reste fondamental.

### **Le redoublement peut-il être utile aux enfants dyscalculiques et dysorthographiques ?**

Cela est affaire de cas particulier :

- le redoublement, en lui-même, ne réglera pas le problème ni de la dyscalculie, ni de la dysorthographe : ces troubles sont du ressort de rééducations, souvent associés à des adaptations (logiciels adaptés, tolérance accrue de l'enseignant, ...). Il peut donc ne pas être judicieux de proposer un redoublement, qui peut accentuer chez l'enfant le sentiment de son incapacité, le coupera de ses camarades, peut être vécu comme une humiliation ... surtout si, dans les autres secteurs des apprentissages, il a fait les acquis de sa classe d'âge (histoire, SVT, culture générale, lecture, raisonnement et logique...);

- Mais si, dans tous les secteurs, dans toutes les matières (lenteur, aides insuffisantes pour pallier efficacement sa dyspraxie) l'enfant est en décalage net par rapport à sa classe, il peut alors être bénéfique de proposer un redoublement (assorti des aides adaptées), redoublement qui lui permettra de reprendre pied.

### **Quelle est l'efficacité de l'accompagnement AVS, et jusqu'à quel niveau scolaire peut-on y recourir ?**

Tout d'abord, il faut définir clairement le rôle de l'AVS auprès de l'enfant : dans quelles activités elle doit « faire pour lui », à *sa place* (ex : copier la poésie, inscrire les devoirs sur le cahier de textes, installer et brancher l'ordinateur, ...), ou bien faire *sur ses instructions verbales* (découper, coller des gommettes, dessiner ou tracer, colorier selon les consignes, ou encore écrire sous sa dictée : rôle de secrétaire, ...), ou bien *l'aider à faire lui-même*, ou bien *s'effacer* et l'inciter à faire seul. Ceci se discute en équipe éducative, et dépend aussi, bien sûr, de *la formation des AVS* ...

Par ailleurs, toute une partie du travail de l'AVS ne se réalise *pas directement auprès de l'enfant* : importance de lui fournir des photocopies (datées, numérotées, classées), de scanner certains textes pour les remettre en forme et en permettre ensuite l'exploitation par l'enfant, imprimer les documents produits par l'enfant à l'ordinateur, etc.

Les jeunes peuvent théoriquement bénéficier d'un AVS (après accord de l'ex-CDES) durant toute la scolarité obligatoire. Cependant, en raison de la pénurie chronique de personnel, il y a peu d'AVS en poste à l'école maternelle (certains estiment que la présence de personnel ATSEM suffit...) ou alors seulement en grande section et le plus souvent à temps partiel.

Enfin, du fait de la non reconnaissance « officielle » de la dyspraxie (et des autres troubles spécifiques des apprentissages) au niveau de l'Education Nationale, les enfants souffrant d'un handicap reconnu (déficients visuels, déficients auditifs, troubles mentaux et handicap moteur) sont, de fait, prioritaires pour l'obtention des AVS ...

**Est-ce que la dyspraxie donne droit à du temps supplémentaire lors des examens, comme les dyslexies ?**

Tout à fait : les élèves peuvent disposer *d'un tiers temps* supplémentaire lors des contrôles et examens. La demande doit être justifiée médicalement (voir le médecin scolaire).

**Ces enfants ont-ils en outre, des problèmes à l'apprentissage d'une langue étrangère, anglais ou allemand ?**

Ce n'est pas systématique, mais cela peut arriver, en particulier pour ceux qui souffrent de troubles de l'oculomotricité et de la stratégie du regard : ils peuvent avoir du mal à « photographier » les nouveaux mots, en mémoriser la forme écrite et l'orthographe.

**Que faire lorsque l'enfant dyspraxique (diagnostic établi à 10 ans) est dans un IMpro où on ne tient pas compte de ses difficultés : on ne lui propose que des stages manuels ?**

Il faut rencontrer le médecin et l'équipe médicale de l'IMpro. Vous pouvez aussi vous adresser au médecin de l'ex-CDES et voir si une autre orientation peut être proposée à votre enfant.

**Notre enfant est dyslexique + dyspraxique ; il ne pourra pas rentrer dans une 6<sup>ème</sup> normale : quelles sont les possibilités ?**

Votre enfant peut peut-être bénéficier d'un UPI, par exemple une UPI « langage », qui accueille des enfants dysphasiques et/ou dyslexiques. Ensuite, des aménagements seront proposés à l'équipe éducative pour tenir compte de sa dyspraxie ...

**Comment, dans un IME, faire reconnaître la dyspraxie de mon enfant ? Par exemple, on lui refuse un ordinateur car le plus important pour cette institution, c'est de lui apprendre à écrire à la main ...**

Pour généraliser le problème particulier que vous soulevez, il faut évoquer plusieurs cas :

1 - L'enfant présente une déficience mentale (ce qui fait supposer l'admission en IME).

L'ordinateur peut alors être un outil pédagogique, au même titre que beaucoup d'autres. Son utilisation en tant que palliatif aux difficultés graphiques dépend surtout du niveau et des besoins du jeune *en langage écrit* (niveau de *lecture* +++, capacité à épeler des mots simples, etc.)

2 – Au sein d'une déficience mentale modérée (qui a justifié l'admission en IME), l'enfant présente des difficultés praxiques et/ou visuo-spatiales très importantes, *beaucoup plus sévères que la déficience mentale ne la laisse attendre.*

Si il sait lire et écrire (épellation de mots simples, utilisation de mots-étiquettes ou de lettres mobiles) et si il dispose d'une mémoire spatiale suffisante (à vérifier auparavant : évaluation par le médecin, le psychologue, le psychomotricien ou l'ergothérapeute), il peut en effet être judicieux de ne pas surajouter les problèmes de réalisation manuelle du dessin des lettres à l'ensemble de ses difficultés. On a en effet intérêt, dans ces cas, à ne pas proposer des tâches où toutes les difficultés s'accumulent (ce qui freine l'apprentissage de la notion visée), mais à les dissocier pour permettre des apprentissages dans les meilleures conditions. Exemple : dissocier l'apprentissage de la calligraphie (dessin des lettres et leur enchaînement) de celui de l'apprentissage des correspondances entre les sons et les lettres ou groupes de lettres (et là, on préférera le clavier de l'ordinateur), etc.

3- Le jeune n'est pas vraiment déficient mental, mais présente une dyspraxie sans que ses capacités verbales (normales ou justes à la limite inférieure de la norme) ne soient suffisantes pour lui permettre de « compenser » le trouble praxique ou practo-spatial.

Il convient alors de favoriser toutes les techniques, méthodes et stratégies utilisées chez le jeune dyspraxique. *Mais* il lui faudra plus de temps pour faire les acquisitions, ce qui se traduira par un décalage, plus ou moins important, dans ses acquisitions et justifie une scolarité à un rythme adapté (CLIS, UPI ou IME, selon les cas).

En ce qui concerne l'orientation ou la ré-orientation d'un jeune dans telle ou telle structure, il faut s'adresser aux ex-CDES de votre département, qui vous indiqueront s'il existe – ou non – d'autres structures mieux adaptées à votre enfant.

### **Quelle orientation proposer si, en fin de CM2, le jeune dyspraxique ne peut poursuivre au collège ?**

Il faut envisager soit une EREA (établissement régional d'enseignement adapté, Education Nationale), soit une UPI (selon les lieux et les équipes, UPI pour jeunes « handicapés moteurs » ou pour jeunes « handicapés mentaux »), soit une SEGPA (cf. question ci-après).

### **Le proviseur du collège nous demande de faire une liste de ce qu'il faudra prévoir pour notre enfant : c'est très difficile pour nous d'y répondre, d'autant que nous ne connaissons pas le fonctionnement du collège, ni ce qui est possible ...**

C'est une intention louable, de la part du proviseur, que de s'enquérir des besoins particuliers de votre enfant. Cependant, ce n'est pas à vous de répondre à cette demande. D'une part, sur le plan médical vous n'avez pas toutes les compétences requises, d'autre part, comme vous le signalez, vous ne connaissez pas le fonctionnement du collège ; enfin, vos demandes peuvent être mal interprétées, par exemple, comme un souci de surprotection de votre enfant.

Aussi, vous devez d'abord demander un rendez-vous au médecin scolaire, discuter avec lui des difficultés et capacités de votre enfant, lui faire part des rééducations et aides dont il bénéficie déjà, des mesures mises en place ou préconisées durant sa scolarité primaire (produisez tous les documents en votre possession, résultats d'examens, conclusions de consultations, bilans des divers rééducateurs), des mesures qui, à votre avis, sont indispensables pour le collège.

Eventuellement, le médecin scolaire se mettra en contact avec l'école primaire, les médecins et/ou les rééducateurs qui suivent votre enfant, puis il provoquera une réunion de l'équipe éducative (où vous serez conviés) où le proviseur, le professeur principal ... seront informés des problèmes de votre enfant et des mesures à mettre en place (aménagements d'emploi du temps, aides techniques et/ou humaines, aménagements pédagogiques, tiers temps supplémentaire, etc.). Si un SESSD ou un SESSAD suit déjà votre enfant, une réunion tripartite (Service de Soins, famille, collège) sera des plus utiles.

#### **\* Qu'est-ce qu'une CLIS ?**

#### **\* Est-ce vraiment « un plus » de regrouper les enfants au sein d'une même classe (CLIS « spécialisée ») ?**

La plupart des enfants dyspraxiques n'ont pas besoin de classe « spécialisée ». Ils ont besoin que le diagnostic soit porté en temps utile, que les mesures adéquates leur soient proposées, que les enseignants qui les reçoivent, dans leur classe « ordinaire », soient informés. Pour la grande majorité des enfants dyspraxiques, cette question ne se pose donc pas.

*Pour quelques uns*, la poursuite de la scolarité en classe banale n'est pas possible, soit momentanément, soit définitivement (association de « Dys -> », lenteur très importante, présence de troubles neuro-visuels sévères tels une agnosie visuelle, etc.). Ces enfants doivent alors bénéficier d'un enseignement adapté, avec un enseignant bien averti de leurs problèmes, en petit groupe, avec un ajustement des exigences, des méthodes et du rythme des acquisitions. C'est le rôle des CLIS (scolarité primaire) et des UPI (niveau collège).

Il n'y a pas d'intérêt particulier à regrouper les enfants en fonction du diagnostic médical.

Par contre, il y a un grand intérêt à les regrouper en fonction des adaptations pédagogiques imposées par le handicap, ce qui représente deux grandes options :

→ Les enfants dysphasiques, dyslexiques (troubles du langage, oral ou écrit) ont besoin d'aides visuelles (schémas, dessins, vidéos, ...) et d'une adaptation du langage de l'enseignant (phrases courtes et simples, ...);

→ Les enfants dyspraxiques (mais aussi neuro-visuels, cf. « troubles « non-verbaux »), ont au contraire besoin d'un recours systématique au séquentiel, au verbal, à la mémorisation, alors que les références visuelles et visuo-spatiales sont contre-indiquées.

On voit donc mal comment concilier les deux approches (opposées) au sein d'une même classe, sinon à proposer à chaque enfant un quasi-préceptorat. Par ailleurs, il convient de former les enseignants spécialisés, qui ne peuvent être « spécialisés en tout » (!).

Enfin, ces CLIS (et UPI) sont au sein d'établissements scolaires banals et les enfants de ces classes sont également intégrés dans une classe ordinaire (en fonction de leur projet individuel). Ils participent aux récréations, à la cantine et aux sorties, avec l'ensemble des camarades de leur classe.

### **Il n'y a pas assez de classes (CLIS et UPI) adaptées aux dyspraxies sévères ...**

Les associations de parents et nous-mêmes cherchons à travailler avec les structures de l'Education Nationale pour *faire remonter les besoins*.

Actuellement, c'est le plus grand problème : *les besoins ne sont pas répertoriés* et donc, les moyens ne peuvent être ajustés, ni en ce qui concerne les classes spécialisées, ni en ce qui concerne les AVS.

C'est la raison pour laquelle il faut signaler systématiquement toutes les difficultés aux médecins scolaires, à l'académie et au rectorat (pour le secondaire)

### **Les SEGPA sont-elles adaptées à la dyspraxie ?**

Généralement, les deux premières années de SEGPA sont consacrées à la poursuite des apprentissages en lecture, écriture et calcul. Cela peut donc bien convenir lorsqu'un jeune n'a pas la possibilité de faire une 6<sup>ème</sup> et se trouve avoir grossièrement un « niveau » de CE2 en fin de primaire.

Durant les deux années suivantes, sont introduits des temps d'ateliers, dans le but d'aider le jeune à faire un projet pré-professionnel : certains de ces ateliers sont tout à fait inaccessibles aux jeunes dyspraxiques (couture, bois, électricité, ...).

Il faut donc se renseigner sur les ateliers proposés localement, dans les SEGPA, et décider au cas par cas.

### **Quelle orientation proposer si, en fin de 3<sup>ème</sup>, le jeune dyspraxique ne peut poursuivre au lycée?**

Il faut demander à rencontrer le conseiller d'éducation, provoquer une consultation au CIO (centre d'information et d'orientation), se renseigner sur les formations pré-professionnelles possibles dans votre région et adaptées au niveau scolaire et à la dyspraxie du jeune.

Les métiers concernant les soins aux animaux, l'accueil et les relations publiques, l'utilisation de l'ordinateur (reprographie...) sont, entre autres et selon les intérêts du jeune, des voies possibles.

### **Les écoles sont souvent peu informées et beaucoup d'enseignants ne connaissent pas la dyspraxie. Comment trouver une école adaptée, notamment pour le secondaire ?**

L'information et la formation des personnels enseignants sont en effet encore assez variables selon les régions.

Il existe, dans certains départements, quelques CLIS où les enfants dyspraxiques sont accueillis par des enseignants spécialisés (souvent des CLIS « handicap moteur » dites aussi CLIS 4, quelquefois

rebaptisées « CLIS troubles cognitifs »). C'est la même chose en ce qui concerne certaines UPI « handicap moteur » (niveau collège), qui acceptent quelques enfants dyspraxiques. Sinon, c'est au cas par cas qu'il faut mettre sur pied un projet individuel de scolarisation avec l'aide d'une équipe de soins qui connaît les dyspraxies et pourra être un interlocuteur valable pour l'équipe éducative. Mais ces équipes de soins elles-mêmes sont rares et inégalement réparties sur le plan géographique.

Il faut toujours d'abord rencontrer le médecin scolaire et le médecin de l'ex-CDES, et leur demander de coordonner au mieux la scolarisation de votre enfant...

**Ne pourrait-on pas créer un livret ou un carnet de liaison pour les « dys ->, afin que chaque enseignant soit au courant des troubles de l'enfant ?**

C'est une excellente suggestion.

Beaucoup de parents et de professionnels ont en effet l'impression d'une grande dépense d'énergie et d'une importante déperdition d'informations du fait du changement de classe et d'enseignant, chaque année. Il faut expliquer le problème en général, puis celui particulier de l'enfant. Il faut souvent plusieurs mois pour que l'enseignant (et/ou l'AVS) réalise vraiment quels sont les troubles de l'enfant, mais aussi quelles sont ses capacités, ce qu'on peut légitimement exiger ou non de lui, et comment gérer ceci au sein de l'ensemble de la classe. Il faut tout recommencer à la rentrée suivante.

Il y a aussi bien sûr, fondamentalement, un problème de formation et d'information des membres de l'équipe éducative. Si le contexte général des « dys -> était connu, il suffirait de particulariser les informations pour chaque enfant. Par ailleurs, chaque enseignant serait moins démuni, moins obligé de réinventer des stratégies spécifiques et donc l'ajustement réciproque de l'enfant, de l'enseignant et du groupe classe serait plus rapide et moins « coûteuse ».

**Mon enfant est en CM2. Il n'est pas aidé par des spécialistes. Il est lent, fatigable et a beaucoup de mal à se concentrer sur l'écriture. Comment préparer l'entrée en 6<sup>ème</sup> ?**

Il est très important qu'un diagnostic soit porté. Beaucoup d'enfants sont lents ou fatigables, sans être dyspraxiques : ce sont alors d'autres aides qui seront adaptées. Tant qu'un diagnostic n'est pas établi, il n'est pas possible de vous conseiller utilement.

**Mon fils a 14 ½ ans. Il a été diagnostiqué dyspraxique à 9 ans mais n'a aucun suivi, sauf de la rééducation orthophonique. Il est actuellement en 4<sup>ème</sup> « aide et soutien » : quels projets professionnels peut-on définir ?**

Il est impossible de vous répondre sans connaître davantage les difficultés, mais aussi les « points forts » de votre enfant.

Il est certainement urgent :

- de revoir le médecin (ou l'équipe) qui a porté le diagnostic, pour voir avec eux si un bilan peut être fait *ainsi que des propositions* de prise en charge ou d'aides ...
- d'en parler avec le médecin scolaire
- de rencontrer le conseiller d'orientation.

Par ailleurs, pourquoi votre enfant est-il suivi en orthophonie ? A-t-il un problème de langage oral ? de dyslexie ? autre ?

Evidemment, c'est l'ensemble des difficultés de votre fils qui doit être pris en compte pour réfléchir à son avenir, ainsi que ses goûts et ses intérêts...

## 4) ET POUR LES PLUS GRANDS ?

### Et la formation professionnelle ?

A ce niveau, rien n'est encore en place... Comme le signalent plusieurs parents dans leurs questions, plusieurs problèmes se posent :

- SEGPA localement inadaptées du fait des ateliers proposés ;
- Impossibilité de mettre en place un CFA, car aucun employeur ne veut s'engager ;

Finalement, les jeunes en difficulté scolaire se trouvent « embarqués » dans des formations qui ne leur conviennent pas, du fait de leur dyspraxie : ils ont des notes médiocres, des appréciations de stage désobligeantes et pas de réel avenir professionnel...

Actuellement, les filières Education Nationale réservées aux élèves en difficulté scolaire, avec un faible niveau par rapport à leur âge, étaient essentiellement conçues pour des enfants « en retard », à savoir des jeunes déficients mentaux. Des activités « pratiques », concrètes, manuelles avaient donc été mises en place pour répondre, légitimement, à leurs besoins.

Cette nouvelle catégorie de jeunes dyspraxiques, en échec scolaire mais également en difficulté gestuelle et spatiale, devrait donner lieu à une nouvelle réflexion. C'est aussi un des objectifs du colloque : discuter de ces orientations avec les responsables de l'Education...

**Même avec un certain niveau scolaire (Bac pro de comptabilité), il est impossible de trouver un emploi en milieu ordinaire du fait de la lenteur. Mais, en CAT, ils sont malhabiles et dans un environnement social de jeunes handicapés mentaux ....**

Même constat, malheureusement, que pour la question précédente ...

**Où s'adresser pour un jeune qui a maintenant plus de 20 ans (diagnostic de dyspraxie fait par un centre référent à 16 ans) ?**

Il faut d'abord demander au centre référent qui a fait le diagnostic s'il accepte de continuer le suivi et jusqu'à quel âge. Sinon, il faut s'adresser au *service de neuropsychologie adulte* (il y en a dans tous les services de neurologie adulte) : le centre référent de votre région pourra vous en indiquer les coordonnées.

**Ma fille a plus de 19 ans. Dyspraxique, elle est dans un CAT. Peut-on encore l'aider, et si oui, comment ? Par exemple, lui apprendre à s'orienter, ou à avoir plus d'autonomie (cuisine, gestion financière, etc..)**

Oui, mais l'aide doit plutôt venir maintenant des éducateurs qui vont envisager avec elle les différentes situations dans lesquelles elle peut se trouver en difficultés et essayer de trouver les solutions les mieux adaptées. Un ergothérapeute (soit libéral, soit au sein d'un service de neurologie *adulte*) pourrait intervenir comme « personne ressource » pour envisager, avec l'équipe du CAT et votre fille, les adaptations les plus pertinentes.

**Le permis de conduire est-il possible ?**

Oui, pour un grand nombre de jeunes dyspraxiques. Pour certains, il faudra prévoir une boîte automatique, et/ou un plus grand nombre de leçons de conduite.

Pour d'autres ce sera impossible, en particulier pour ceux qui ont d'importants troubles oculomoteurs ou une grande lenteur motrice qui entraverait les réactions d'urgence au volant.

Dans tous les cas, c'est le médecin de la préfecture qui décide si le jeune est dans l'incapacité de conduire, pour des raisons de sécurité (en parler avec l'auto-école, qui vous indiquera la marche à suivre).

## 5) LES QUESTIONS AUTOUR DU GRAPHISME ET DE L'ORDINATEUR

### Doit-on continuer les exercices de graphisme en maternelle ?

L'enfant qui fréquente la classe maternelle de son secteur est forcément sollicité pour réaliser des exercices de graphisme. Cela fait partie de sa scolarisation et ce n'est pas du tout contre-indiqué.

Par contre, si l'on sait qu'il est dyspraxique, *on modulera les exigences* (en terme de précision, de vitesse, de taille des lettres, de choix de la typographie – lettres bâton ou « attachées » –) sans le décourager *mais* également sans le leurrer sur ses performances, sans le féliciter de façon disproportionnée pour ses progrès en dessin ou en graphisme, afin d'éviter de la focaliser excessivement sur ces activités et de préparer ainsi progressivement mais positivement l'introduction d'un autre outil scripteur (ordinateur, le plus souvent).

### A quel moment l'utilisation de l'ordinateur est-elle judicieuse ?

1 - Dès qu'il y a une indication :

- chez les plus jeunes (de la grande section de maternelle au CP) : on jugera de leur production en terme de lisibilité *et d'effort graphique investi* par rapport au résultat obtenu. Surtout, on jugera *de l'évolution* à une épreuve graphique étalonnée (en âge graphique) en 4 ou 6 mois. Si l'enfant a progressé à un bon rythme, on peut attendre ... Si, au contraire, en 6 mois, l'enfant ne progresse (à une épreuve étalonnée, type VMI par exemple) que d'1 ou 2 mois, on voit que l'écart avec les autres enfants ne cessera de se creuser. C'est un argument fort pour proposer l'ordinateur.

- chez les plus grands (à partir du CE1), on dispose, outre les épreuves qui jugent de la qualité du graphisme, d'épreuves qui jugent de la vitesse d'écriture. Là encore, si l'enfant se situe à plus d'1 année de décalage négatif par rapport à ses pairs, et/ou si l'évolution en 6 mois montre que ce décalage s'accroît régulièrement, il faut préconiser l'usage d'un palliatif (ordinateur).

2 – L'usage de l'ordinateur *en classe* est judicieux dès que l'enfant est au moins aussi performant à l'ordinateur qu'à la main, DONC *après* une période d'apprentissage, en individuel (variable : de 6 à 10-12 mois environ, selon l'âge et les troubles).

S'y ajoutent bien évidemment des considérations concernant l'acceptation de l'ordinateur par l'enseignant, la famille et l'enfant lui-même...

Vous pouvez vous reporter aux guides pratiques LADAPT :

- Permettre ou faciliter la scolarité de l'enfant dyspraxique (Dr. M.Mazeau)
- Permettre ou faciliter la scolarité grâce à l'ordinateur (Mme C. Le Lostec)

### Mon fils (CE2) écrit de mieux en mieux, mais reste lent : faut-il tout de même proposer l'ordinateur ?

Il faut d'abord *évaluer* sa vitesse d'écriture. Mais il faut bien savoir que la lenteur est un véritable « sur-handicap » au niveau scolaire. L'enfant n'est jamais en phase avec les autres, avec ce que dit ou ce qu'explique la maîtresse. Par ailleurs, il s'épuise, injecte toute son attention dans son graphisme, et il perd ainsi beaucoup d'informations, tous les jours, chaque fois qu'il écrit ... C'est donc l'ensemble de ces paramètres qui peut inciter à favoriser une écriture clavier, pour protéger son avenir scolaire.

## Pouvez vous nous donner des conseils sur des aides informatiques ?

Sociétés éditrices de logiciels

- **Association Idée** ouverte à tous ceux qui recherchent des logiciels simples adaptés : les programmes produits par l'association ne sont pas vendus, c'est l'adhésion à l'association qui permet de se les procurer.

Association idée

10, rue des Sables 85540 Moutiers les Mauxfaits

tél : 02.51.31.48.51

mail : [contact@association-idee.org](mailto:contact@association-idee.org)

web : <http://association-idee.org>

- **Bayard** : [www.bayardpresse.fr](http://www.bayardpresse.fr)
- **Club Pom** : <http://clubpom.fr>
- **Calibration** : Cabri géomètre
- **Hachette multimédia** : [www.hachette-multimedia.com](http://www.hachette-multimedia.com)
- **Intégral Média** : [www.galswin.com](http://www.galswin.com)
- **Retz** :

Editions Retz

151, rue Saint-Honoré 75044 Paris cedex 01

Tél : 01.43.16.45.00 Fax : 01.43.16.45.45

Web : [www.editions-retz.com](http://www.editions-retz.com)

- **The Learning Company** : [www.learningco.com](http://www.learningco.com)
- **TLC-Edusoft** (TLC : Toute La Connaissance)

Mindscape France

122, avenue du Général Leclerc

92514 Boulogne-Billancourt Cedex

tél : 01.55.38.48.00

Mail : [supportfr@learningco.com](mailto:supportfr@learningco.com)

Web : [www.mindscape.com](http://www.mindscape.com)

- **Ubisoft**

## **Logiciels d'aide à la scolarité**

### **Aides à la lecture :**

- speak back : synthèse vocale Elan, disponible chez Mysoft.
- Iris Pen 2 : stylo laser + logiciel pour scanner et entendre du texte.

### **Aides à l'écriture :**

- Dragon Naturally Speaking : logiciel de dictée vocale, disponible en grande surface ou magasin d'informatique.
- Skippy : logiciel prédictif : disponible sur internet.

### **Aides à la géométrie :**

- Cabri géomètre II plus (disponible en grande surfaces)  
[www.cabri.com](http://www.cabri.com) ou [www.cabrolog.com](http://www.cabrolog.com)

### **Aides scolaires en général :**

- Pictop 2 : aide à l'apprentissage de la lecture et de l'écriture avec retour vocal, réalisé par le CNEFEI.
- Scientific Work Place : logiciel d'écriture mathématique : site internet

#### Adresses :

Cnefei : 58/60 avenue des Landes 92150 Suresnes  
[www.cnefei.fr](http://www.cnefei.fr)

Vocalisis : 7 rue Hoche 78000 Versailles tél : 01 39 53 00 63  
[www.vocalisis.com](http://www.vocalisis.com)

Mysoft : 129 boulevard de Sébastopol 75002 Paris tél : 01 40 13 07 28  
[www.mysoft.fr](http://www.mysoft.fr)

Suppléance : 13 avenue de la Gare 78180 Montigny le Bretonneux  
tél : 01 39 44 96 00

[www.suppleance.fr](http://www.suppleance.fr)

Téléchargement : [www.aiaca.org](http://www.aiaca.org)

## **Nous privilégions l'ordinateur avec mon fils, mais il a beaucoup de plaisir à écrire à la main...**

Il faut bien distinguer

- *l'écriture plaisir*, et toutes les circonstances où l'écriture n'est soumise à d'autres contraintes que celles que le scripteur s'impose : envoi d'invitations aux copains pour un anniversaire, carte postale adressée à sa mamie ou aux copains, écriture « pour soi » d'un journal... Ce sont des activités dans lesquelles l'enfant choisit son mode d'écriture, sans aucune contrainte ;

- *l'écriture en classe* : l'objectif n'est pas d'écrire pour écrire, mais d'écrire *pour apprendre*, et il faut éviter que ces deux objectifs entrent en compétition (ce serait aux dépens des apprentissages !). Dans ces circonstances, l'outil le plus approprié à la fonction « apprentissage », c'est l'ordinateur. Encore faut-il avoir du bon sens ! S'il faut écrire 1 ou 2 mots, ou son nom au bas d'un dessin, ou un chiffre, l'enfant bien sûr prend son crayon ! Mais s'il s'agit d'une dictée, d'un exercice d'expression écrite, etc., il est préférable qu'il utilise son ordinateur. Enfin, s'il s'agit de copies (poésies, éveil, ...), il est préférable de l'en dispenser et de lui en donner photocopie.

Nous expliquons souvent aux jeunes enfants qu'il y a généralement plusieurs façons de faire la même chose, en fonction des buts qu'on se fixe. Ainsi, pour se déplacer, il peut être judicieux, à certains moments, d'aller à pieds, à d'autres de prendre la voiture, à d'autres de prendre l'avion...

## **Que pensez-vous des logiciels de reconnaissance vocale ?**

Ces logiciels sont extrêmement utiles, d'autant plus que l'on avance dans la scolarité. Ils permettent, *après apprentissage*, de dicter à l'ordinateur, ce qui permet un important gain de temps et de fatigue chez ces jeunes qui peuvent ainsi faire leurs devoirs, des exposés ou des dissertations dans de bien meilleures conditions.

Cependant

- ce n'est pas utilisable en classe (il faut parler !), mais cela peut l'être lors des examens, où le jeune est généralement surveillé dans une salle où il est seul avec son matériel
- ce n'est pas utilisable chez les jeunes qui présentent des troubles de la parole, une dysarthrie, un trouble du souffle (IMC) ou un bégaiement.

## **Mettre un enfant à l'ordinateur peut être lourd de conséquence lors des examens (absence de secrétaire) ?**

C'est une peur fréquente des parents et des enseignants, que l'enfant dispose au quotidien d'outils dont il ne pourrait pas bénéficier lors des examens. Mais c'est inexact. Lors des examens (de *tous* les examens), les jeunes peuvent bénéficier de *toutes* les aides dont ils ont besoin et qui ont été antérieurement validées au long de la scolarité, c'est-à-dire qui ont déjà fait l'objet de mentions lors du PIIS ou du Projet Personnalisé de Scolarisation : ordinateur, logiciels adaptés et secrétaire si besoin. L'ordinateur n'exclut pas du tout la présence *aussi* d'un secrétaire.

Il faut, en temps utile, faire les certificats médicaux justificatifs pour que le jeune puisse en bénéficier au moment de l'examen (à voir avec le médecin scolaire).

## 6) LES QUESTIONS AUTOUR DES ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

### **Un enfant dont le handicap est caché n'a-t-il pas plus de difficultés à accepter son handicap ?**

Certainement. Cela est vrai pour l'enfant lui-même, mais aussi pour les parents, l'entourage, l'enseignant, etc.

C'est pourquoi

- Une fois le diagnostic posé, il faut essayer d'expliquer à *l'enfant lui-même* de quoi il s'agit, et y revenir à plusieurs reprises, le plus souvent lors de séances de rééducation, par exemple.
- Une aide psychologique peut être souhaitable, afin de donner à l'enfant la possibilité d'exprimer son ressenti, ses inquiétudes et sa souffrance par rapport à ses difficultés et par rapport à ce qu'il perçoit du diagnostic posé.

### **La tendance dépressive, difficultés relationnelles au sein d'un groupe, mésestime de soi, tendance à se sentir persécuté à tort, etc. sont-ils fréquents chez les dyspraxiques ?**

Les difficultés relationnelles au sein d'un groupe sont effectivement plus fréquentes en raison du décalage de l'enfant dyspraxique avec ses pairs ainsi que la présence d'éléments dépressifs plus ou moins importants.

La mésestime de soi et le fait de se sentir persécuté varie selon l'importance de la dyspraxie, l'âge où le diagnostic a été fait et les commentaires reçus et/ou perçus par rapport aux difficultés praxiques et visuo-spatiales.

Quant à la fréquence et à la densité des troubles, ils varient énormément en fonction de chaque enfant, de la compréhension, par l'entourage et l'enfant lui-même, des difficultés rencontrées et de leurs prises en considération.

### **Faut-il obliger un adolescent de 13 ans (dyspraxique diagnostiqué tardivement, en 6<sup>ème</sup>) à se faire suivre par un pédopsychiatre, contre son gré ?**

Il est difficile et souvent vain d'obliger un adolescent à se faire suivre en thérapie quand il refuse de reconnaître ses angoisses. Souvent l'angoisse sous-jacente est qu'il soit atteint d'une déficience intellectuelle.

Il est préférable de prendre le temps de parler avec lui de ce qu'est la dyspraxie et d'échanger sur son ressenti, en lui indiquant dans le même temps ses compétences. Parfois, la rencontre avec un autre adolescent dyspraxique permet de débloquer la situation. L'explication par un tiers adulte (autre que les parents) peut permettre à l'adolescent de mieux entendre ses difficultés et d'accepter de rencontrer dans un second temps, au moins une fois, un pédopsychiatre ou un psychologue sans autre engagement.

La lecture de quelques articles courts sur ce trouble et ses conséquences, peut rassurer l'adolescent sur ses propres angoisses en lui montrant qu'il n'est pas seul dans cette situation.

### **Comment faire accepter ce « handicap invisible » aux proches, en particulier aux frères et sœurs (on observe des relations agressives et très conflictuelles avec négation du handicap) ?**

Une réflexion en famille, si possible en présence d'un psychologue, permet à chacun des membres de la famille d'exprimer à la fois l'incompréhension et les mouvements agressifs manifestes ou inconscients que chacun se renvoie. Ces échanges permettent de montrer la souffrance que de telles difficultés entraînent dans la dynamique familiale et chez chaque membre du groupe. Quelques entretiens peuvent suffire à lever les difficultés intra-familiales rencontrées.

### **Les enfants dyspraxiques sont-ils tous angoissés et hyper-sensibles ?**

L'angoisse et l'hypersensibilité sont parfois masquées par une indifférence apparente ou par la négation du handicap. Cependant, ces sentiments sont très variables d'un enfant à un autre et certains enfants évoluent sans trop de difficultés dans leur vie.

Seule une consultation psychologique permettra d'évaluer l'importance du trouble chez l'enfant et de lui proposer des rencontres à un rythme acceptable pour lui si cela semble nécessaire.

### **Les troubles réactionnels associés à la dyspraxie (mauvaise estime de soi, problèmes à s'intégrer socialement, ...) peuvent devenir prépondérants à l'adolescence : l'accompagnement psychologique ne devient-il pas alors prioritaire, quelquefois aux dépens des rééducations ?**

Certainement, c'est une évolution fréquemment observée, car à l'adolescence la souffrance de se sentir « différent », l'accumulation antérieure d'échecs ou de difficultés et l'angoisse de l'avenir prennent le devant de la scène.

- Chez les enfants qui sont repérés tôt, on peut être vigilant et proposer des aides et soutiens psychologiques dès que cette problématique prend une allure « aiguë » ... mais cela n'évite pas forcément l'évolution que vous décrivez à l'adolescence...
- Chez les jeunes qui doivent, alors qu'ils sont en plein remaniement identitaire du fait de l'adolescence, faire face à un diagnostic récent de dyspraxie et ce que cela implique, la situation est alors très complexe et souvent « limite », car il faudra mener de front rééducations, aides et adaptations d'une part, soutien psychologique d'autre part...
- Chez tous, il faut à tout moment tenter d'évaluer au mieux quelles sont les priorités *actuelles*. Il y a des moments où le temps n'est plus à la rééducation...

### **Le refus systématique d'un enfant dyspraxique d'affronter les difficultés de certains apprentissages fait-il partie intégrante de la dyspraxie ?**

D'une certaine façon, oui.

L'enfant sait très bien quel résultat il veut obtenir (et quel résultat, dans la même situation, obtiennent ses pairs) et il ne comprend pas pourquoi il n'y parvient pas.

Il peut donc se décourager, se percevoir comme incapable, sans entrevoir de possibilités de s'améliorer... Il peut donc renoncer pour « sauver la face » (il essaie et « rate » : c'est insupportable de se sentir si « nul »), pour tenter de maintenir une certaine estime de lui-même (si ce n'est pas fait, ce n'est pas parce qu'il en est incapable, mais parce qu'il a décidé de ne pas faire), pour éviter la souffrance liée à l'échec répété, etc.

Il convient donc souvent d'abord de rassurer l'enfant sur ses capacités, de restaurer l'image qu'il se fait de lui-même, plutôt que d'insister pour la réalisation qu'il refuse. On peut risquer d'entrer dans un conflit difficile à négocier...

### **Comment travailler l'estime de soi, expliquer le handicap aux autres enfants et le lui expliquer, à lui ?**

Le travail sur l'estime de soi se fait dans le temps en expliquant à l'enfant comment on comprend sa souffrance par rapport à sa dyspraxie. Ceci a pour intérêt de montrer notre propre compréhension sur leur perception et de ne pas émettre de jugements sur leurs difficultés. Cette approche permet un échange pouvant amener l'enfant à exprimer ses sentiments.

L'autre élément important est de lui montrer de manière sincère toutes les compétences qu'il a et qu'il ne perçoit plus en raison de sa souffrance.

Quant à l'explication du handicap, souvent les analogies permettent une meilleure compréhension qu'une explication théorique du trouble. Lui montrer les compensations possibles pour réduire les conséquences des difficultés praxiques et spatiales. Cela peut le rassurer sur ses capacités à mener une scolarité comme les autres, si celle-ci est aménagée. Bien sûr, il est préférable que cela se fasse en présence des parents, de l'enfant et d'un professionnel qui connaît ce type de difficultés.

## 7) LISTE DES STRUCTURES

Diagnostic, Prise en charge et Suivi des jeunes  
dyspraxiques ou suspects de dyspraxie : Où s'adresser ?

---

Toujours s'adresser d'abord (ou également) au **médecin scolaire**

---

⇒ **Liste NON LIMITATIVE**, établie en mars-avril 2006 : avec toutes nos excuses pour les confrères ou services malencontreusement oubliés ! Vous pouvez vous signaler sur le site de LADAPT [www.ladapt.net](http://www.ladapt.net), rendant ainsi service à de nombreuses familles – Merci aussi à tous ceux, familles et professionnels, qui nous aideront à **compléter et mettre régulièrement à jour ce document** -

## En île de France

### ***Les Services hospitaliers***

- Hôpital Raymond Poincaré, 92380, Garches, Service du Dr Schlumberger,  
→ Dr. Lesley SUIRO  
→ Dr. Alain PICARD
- Hôpital National de Saint Maurice, 94 415, St Maurice, Service du Dr Quentin,  
→ Dr Florence MARCHAL
- Hôpital du Kremlin-Bicêtre Sce du Dr Billard, 94  
→ Dr. Florence PINTON
- Hôpital Necker : Mme S. Barbier, *psychologue*
- Hôpital Trousseau : Mme Sacco, *psychologue* ; Mme V. Kieffer, *psychologue*

### ***En libéral***

- Espace Clisson, 7 rue Clisson, 75013 : groupement de *psychologues* (association DEEP) très expérimentées en ce domaine (Mmes F. de Barbot, C. Meljac, C. Bernardeau)
- Dr GADISSIEUX, neuropédiatre, 4 rue de la fontaine rouge, 77700, CHESSY / 86 Bd de Courcelles, 75017
- Dr Eva TOUATY, pédiatre, 80 rue de Reims, 94700, Maisons-Alfort
- Mme S. MENEGUZZI, *neuropsychologue*, 91100, Corbeil
- Mme M.H. MARCHAND, *neuropsychologue*, Cognito, 92600, Asnières

### ***Les Services médicaux-sociaux (CAMSP, SESSD, SESSAD, ...)***

- LADAPT (Sessad-Paris) :  
→ 185 bis rue ordener, 75018  
→ 14 rue Crespin du gast, 75011
- APETREIMC : Sessad ouverture en septembre 2006 (nous communiquerons les coordonnées à ce moment là)
- CAMSP Boulevard Brune, 75014 → Dr VALEUR
- CAMSP de Montrouge, 92 120, → Dr JEANIN
- SESSD APF d'Orsay, 91400 → Dr. V. LEROY-MALHERBE
- CAMSP Lagny-Marne la Vallée → Dr. J.F. Gadissieux
- Sessd Rue P. Jouhet, 93600, Aulnay sous Bois
- Fondation Ellen Poidatz, 77310, St Fargeau-Ponthierry
- Etablissement pour handicapés moteurs, av H. Barbusse, 93140, BONDY
- SESSD APF, Bonneuil sur Marne
- CMPP bd Ney (Pr. Guedeney), Dr. Isnard
- Vaucresson : Centre de soins et de rééducation, 131, avenue de la Celle Saint Cloud, 92420, Vaucresson, Dr M. GAVARDIN
- IEM APF « le Jard », 77950, Voisenon

## En province

### **Les Services hospitaliers**

- (22) Saint Briec : Dr C. de BARACE
- (29) Brest : Dr. Peudeunnier
- (34) Montpellier : Sce de Neurologie infantile, Dr. CHEMINAL
- (35) Rennes : au Service de rééducation fonctionnelle enfants, CHR Ponchaillou -> Dr BRAU sylvie,
- (54) Nancy --> Dr. Anne Viehl
- (62) Calais : Dr POHER
- (69) Lyon : CHU Lyon Sud (Pierre Bénite), Sce du Dr C. BERARD + Dr. S. GONZALES

### **En libéral**

- (63) Mme Ania MIRET, *neuropsychologue* très expérimentée, 58 rue Blatin, 63000, Clermont-Ferrand.

### **Les Services médicaux-sociaux (CAMSP, SESSD)**

#### *Les établissements pour enfants de LADAPT :*

- (14) Bayeux : Le manoir d'Aprigny, rue Louvière 14400, Bayeux
- (18) Bourges : SESSD Ecole « La Bussière » Place Montesquieu 18000 Bourges IEM – route de Chateauneuf 18570 Trouy Nord
- (50) Cherbourg : SESSD 37, rue de l'Ermitage 50100 Cherbourg Octeville
- (59) Cambrai : Centre de médecine physique et réadaptation et SESSD – BP 401 59407 Cambrai

#### *Autres services*

- (17) La Rochelle : Sessd APF, 17000, La rochelle
- (26) Valence : Sessd APF, 26000, Valence
- (29) Morlaix : CMPP Morlaix + CAMSP : 14, rue du Poulfanc 29600 Morlaix
- (35) Saint Malo : Sessd APF, 35400, Saint Malo
- (36) Valençay : IEM, 36600, Valençay, --> Dr. A. POUHET
- (51) Reims : CRM Le Val de Murigny, 51100, Reims
- (53) Laval : Sessd APF Lava, 53000
- (59) Valenciennes : CEM « la plaine de Mons, 59300, Valenciennes
- (59) Villeneuve d'Ascq : CRF Marc Sautelet, 59652, Villeneuve d'Ascq
- (60) Beauvais APF : 172 avenue Marcel Dassault 60000 Beauvais
- (62) Calais : CAMSP : 23bis, rue Aubert 62100 Calais
- (62) Liévin : Sessad Jean Macé, 62800, Liévin
- (67) Strasbourg : IEM « les Iris », 116, rue de la Ganzau 67100, Strasbourg-Neuhof
- (69) Lyon : Sessd ARIMC, La Duchère, 69009, Lyon
- (74) Cran Gevrier : IEM, 74960, Cran Gevrier, Mme A. D'ALBOIS
- (80) Amiens : APF : 52, rue Delpech 80000 AMIENS
- (87) Limoges : IEM de Grossereix, 87208, Beaune les mines

N.B. : En ce qui concerne les services hospitaliers, les consultations spécialisées à l'hôpital ou en libéral, les rendez-vous dans les « centres de référence pour troubles spécifiques des apprentissages », **les délais d'attente peuvent être assez longs** : ne renoncez pas. **Mettez à profit ces délais pour faire pratiquer les examens préalables indispensables** au diagnostic et qui vous seront proposés à l'école (tests psychométriques, assurés par le ou la psychologue scolaire, entretiens, évaluation du « niveau scolaire ») ou prescrits par votre médecin traitant (lui-même peut prendre contact avec le médecin scolaire pour mieux coordonner les examens préalables à la consultation spécialisée). *Selon les cas* il peut s'agir d'un bilan psychomoteur, ophtalmologique, orthoptique, neuropédiatrique, orthophonique, ergothérapie, psychologique, ...

N.B. En ce qui concerne **les établissements médicaux sociaux**, il s'agit pour l'essentiel de structures dédiées aux jeunes **handicapés moteurs** : certains reçoivent *quelques* enfants sans handicap moteur après accord de l'ex-CDES (actuelle CDA, en cours de mise en place au sein des maisons départementales de la personne handicapée, MDPH), d'autres acceptent de faire quelques évaluations diagnostiques, d'autres enfin pourront vous conseiller les meilleurs « circuits » dans votre région.