



Réseau R4P

Consensus régional formalisé sur la dyspraxie développementale

Fiche de synthèse

Partie 1- Les outils diagnostiques

Les bilans utilisés pour l'établissement du diagnostic de dyspraxie développementale (DD) doivent être dans la mesure du possible cotés et étalonnés. S'il n'existe aucun bilan validé et standardisé, les observations recueillies doivent être qualitatives et quantitatives.

Le diagnostic de dyspraxie développementale nécessite la synthèse des résultats de trois types de bilans : médical, psychométrique et paramédical.

Le bilan médical

Le bilan médical doit comprendre un interrogatoire comportant :

- la recherche active de signes d'appel (ex fatigabilité, lenteur, dysgraphie, maladresse, limitation des activités dans la vie quotidienne)

et

- la recherche d'antécédents personnels et familiaux

et

- le retentissement psycho affectif (milieu scolaire et milieu social extra scolaire)

et

- la recherche d'une co morbidité associée (retard d'acquisition de la lecture, troubles de l'attention, troubles du comportement).

Le bilan médical doit comprendre également un examen clinique comportant l'évaluation des acquisitions psychomotrices en fonction de l'âge de l'enfant *et* un examen neurologique complet afin d'exclure une pathologie neurologique (examen des paires crâniennes, recherche d'un syndrome pyramidal, cérébelleux, vestibulaire ...).

La notion d'endurance *et/ou* de fatigabilité et la qualité de la réalisation des activités de la vie quotidienne doivent être prises en compte en fonction de l'âge.

La psychométrie

La psychométrie comprend selon l'âge la WPPSI-III (à partir de 2 ans 6 mois et jusqu'à 7 ans 3 mois) ou la WISC IV (à partir de 6 ans et jusqu'à 16 ans 11 mois).

Le compte rendu de la psychométrie doit faire figurer les résultats et l'analyse pour chaque sub test.

Les résultats quantitatifs doivent être complétés par l'analyse qualitative (observation de la façon de procéder du sujet).

Les examens paramédicaux

Les examens paramédicaux sont complémentaires à la psychométrie. Ils doivent permettre d'évaluer :

- les stratégies du regard
- les capacités d'analyse visuo spatiale

- les capacités de représentation spatiale mentale
- les capacités de construction en 2D sur consigne
- les capacités de construction en 2D avec image
- les capacités de construction en 2D avec modèle réel
- les capacités de construction en 3D sur consigne
- les capacités de construction en 3D avec image
- les capacités de construction en 3D avec modèle réel
- les capacités de planification
- les capacités d'imitation de gestes
- la qualité gestuelle en situation de réalisation
- les capacités de production de praxies bucco-faciales
- la précision des gestes (épreuves standardisées chronométrées visant à mesurer la performance unilatérale de chaque côté, la performance en bilatéral et de leur coordination)
- la qualité du graphisme et/ou de l'écriture
- les capacités de réalisation de tracés géométriques/copie de figure
- l'indépendance fonctionnelle par des épreuves cotées

La notion d'endurance et/ou de fatigabilité doit être décrite de façon qualitative au cours des épreuves.

La façon de procéder de l'enfant doit être observée et retranscrite de façon qualitative au cours des épreuves.

La synthèse des bilans

À l'issue des bilans médicaux, psychométriques et paramédicaux une consultation médicale doit être proposée pour faire la synthèse diagnostique et les préconisations éventuelles.

Un suivi avec la description des objectifs, des étapes et des modalités d'évaluation doit être proposé par le médecin qui établit le diagnostic de Dyspraxie Développementale.

La prescription de plus de 3 séances de rééducation par semaine doit faire l'objet d'une concertation entre les professionnels et être argumentée (par exemple : une ou plusieurs séances ont lieu en milieu scolaire, durée courte des séances, situation provisoire etc.)

Partie 2 - Les Critères diagnostiques de la Dyspraxie Développementale

Le diagnostic de la Dyspraxie Développementale est le résultat d'explorations pluridisciplinaires. Il est posé après synthèse des bilans pluridisciplinaires et après avoir recherché des diagnostics différentiels.

L'absence de dissociation ICV/IRP n'élimine pas le diagnostic de Dyspraxie Développementale.
La dissociation ICV/IRP est en faveur d'une Dyspraxie Développementale mais n'est pas un critère obligatoire.

Dans le cadre de la recherche d'une Dyspraxie Développementale, l'anamnèse doit au moins intégrer les critères du DSM IV dans l'attente de la disponibilité d'un guide de l'anamnèse pour la recherche d'une dyspraxie.

Les critères à prendre en compte pour le diagnostic de DD sont les suivants :

- un score faible ou déficitaire au sub test cube
- un score faible ou déficitaire au sub test code
- un score faible ou déficitaire au sub test orientation visuelle
- un score faible ou déficitaire au sub test copie de figure
- un score faible ou déficitaire aux épreuves de praxie gestuelle
- un score faible ou déficitaire aux épreuves de graphisme
- un score faible ou déficitaire aux épreuves de stratégies du regard
- un score faible ou déficitaire aux épreuves de stratégies du regard (moteur)

La mise en relation des critères ci-dessus est déterminante.

Partie 3 - Critères de mise en place des rééducations

Avant même la certitude du diagnostic, les rééducateurs paramédicaux peuvent commencer à prendre en charge l'enfant afin d'évaluer, comparer les performances de l'enfant dans le temps, stimuler, installer des outils de compensation, et suivre le différentiel de développement de l'enfant par rapport à ses pairs.

Une **prise en charge en psychomotricité** sera proposée devant les troubles suivants :

Troubles de la posture
Troubles des repères corporels et spatiaux : latéralisation
Troubles de la coordination motrice globale
Trouble de l'organisation des gestes globaux
Défaut de confiance en soi
Troubles des repères temporels
Instabilité psychomotrice

En l'absence des éléments précédemment cités, les troubles de la dextérité fine ne sont pas une indication pour une prise en charge en psychomotricité.

Une prise en charge en **orthoptie** sera proposée devant les troubles suivants :

Troubles de la fixation, poursuite, saccades
Troubles de la stratégie du regard
Troubles de la convergence

Si le bilan orthoptique n'a pas mis en évidence de trouble de la fixation oculaire et de la motricité conjuguée (saccades et poursuite oculaire), les troubles suivants ne sont pas une indication pour une prise en charge en orthoptie :

Troubles de l'attention visuelle
Troubles de la stratégie œil – main
Troubles de la posture
Troubles de la représentation spatiale

Une prise en charge en **ergothérapie** sera proposée devant les troubles suivants :

Retard dans l'acquisition des gestes de la vie quotidienne
Troubles de la gestion des outils scolaires
Troubles de l'écriture (vitesse et/ou qualité du graphisme)
Troubles de la méthodologie et/ou de l'organisation
Troubles de la coordination bi-manuelle
Troubles de la dextérité fine
Troubles de la coordination oculo-manuelle

Les troubles de la latéralisation s'ils sont isolés ne sont pas une indication pour une prise en charge en ergothérapie

Une prise en charge en ergothérapie doit être prescrite pour la mise en place des compensations suivantes :

L'usage de l'ordinateur
L'utilisation du matériel scolaire adapté (règle alourdie, calculatrice etc.)
L'aménagement du plan de travail dans l'environnement

Une **prise en charge en orthophonie** sera proposée devant les troubles suivants :

Troubles de l'orthographe

Difficultés dans l'abord des mathématiques

Troubles de la lecture

Troubles des praxies bucco-faciales

En l'absence des éléments précédemment cités, les troubles suivants ne sont pas une indication pour une prise en charge en orthophonie :

Troubles des repères dans le temps ou dans l'espace

Troubles de la méthodologie et/ou de l'organisation

Troubles de l'écriture.

Une prise en charge en kinésithérapie n'est pas indiquée dans la Dyspraxie Développementale.

La/les rééducations prescrites doivent être coordonnées par le médecin référent pour la Dyspraxie Développementale de l'enfant.

Partie 4 - Critères d'évaluation de la sévérité de la Dyspraxie Développementale pour la détermination d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 50%

Dans le cadre de l'attribution d'un taux d'invalidité supérieur ou égal à 50%, le dossier doit comporter les éléments suivants :

- un bilan médical précisant le diagnostic de Dyspraxie Développementale et notant la présence éventuelle de co-morbidités (troubles associés)
- une évaluation psychométrique par la WPPSI-III (à partir de 2 ans 6 mois et jusqu'à 7 ans 3 mois) ou la WISC IV (à partir de 6 ans et jusqu'à 16 ans 11 mois)
- une évaluation des capacités fonctionnelles de l'enfant à l'aide d'une grille d'indépendance en référence à un enfant du même âge
- une évaluation du retentissement sur la vie quotidienne appréciant les troubles du comportement secondaires, la mésestime de soi, les difficultés relationnelles
- l'appréciation du retentissement sur la vie sociale et familiale
- une appréciation de la lourdeur des prises en charge engagées ou préconisées
- une appréciation par l'enseignant de l'enfant du retentissement scolaire. Son évaluation doit porter à la fois sur l'organisation pratique, la vitesse de réalisation, le retard scolaire et les tâches scolaires : production d'écrits en quantité et en qualité, les productions graphiques, la manipulation des outils, la géométrie et la lecture.

Dans les cas où les activités de la vie quotidienne sont difficilement réalisables ou au prix d'un temps majoré nécessitant de l'aide au quotidien, l'évaluation est en faveur d'un taux d'incapacité $\geq 50\%$.

Le nombre de prises en charge prescrites et/ou engagées supérieur ou égal à 3 séances hebdomadaires est en faveur d'un taux $\geq 50\%$.

Pour apprécier un taux $\geq 50\%$, il doit exister un retentissement sur les tâches scolaires citées ci-dessus.

Remarque importante : l'absence de retard scolaire n'exclut pas une incapacité $\geq 50\%$.

La nécessité d'aménagement pédagogique matériel ou/et humain et/ou scolaire est en faveur d'un taux supérieur $\geq 50\%$.

L'aide apportée par une tierce personne pour le travail à la maison et les activités quotidiennes normalement effectuées seul est en faveur d'un taux $\geq 50\%$.

La nécessité d'avoir recours à des soins adaptés, soit préconisés, soit réellement engagés est en faveur d'un taux $\geq 50\%$.

La restriction du temps libre du fait des prises en charge (y compris les trajets nécessaires), et du temps passé aux devoirs sera à prendre en compte dans la détermination du taux d'incapacité.

Partie 5 - Critères d'attribution des aides humaines

Une aide humaine doit être attribuée à l'enfant souffrant d'une Dyspraxie Développementale dans le/les cas où :

L'enfant a besoin d'être soutenu dans son organisation

Et/ou

L'enfant a besoin d'être soutenu dans la mise en place d'une aide technique

Et/ou

L'enfant a besoin d'un secrétaire pour la prise de notes, de cours ou pour effectuer sous la dictée la manipulation des outils (géométrie).

Partie 6 - Critères d'attribution des aides techniques

Différentes aides techniques sont susceptibles d'être attribuées en fonction des besoins de l'enfant.

Pour **compenser un trouble de l'écriture**, la première mesure est la photocopie des textes.

Pour compenser un trouble de l'écriture, évaluée comme lente, très irrégulière voire impossible, l'attribution d'un ordinateur avec logiciel adapté et/ou d'un dictaphone et/ou d'une dictée vocale et/ou d'une calculette est nécessaire ainsi que la préconisation de séances pour leur apprentissage et leur mise en œuvre dans le milieu scolaire.

Pour **compenser des troubles des constructions géométriques** évaluées comme lentes et imprécises, l'attribution d'un ordinateur avec un logiciel adapté est nécessaire. (nb : leur apprentissage et leur mise en œuvre dans le milieu scolaire nécessite un accompagnement).

Cette fiche a été réalisée par le réseau R4P à partir d'un travail de consensus formalisé régional selon la méthode proposée par la Haute Autorité de Santé (« Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé » janvier 2006).

Une version longue de ce document, comprenant la description de la méthodologie utilisée et la liste des personnes ayant participé au consensus est disponible sur le site <http://www.r4p.fr> ou sur demande auprès de la coordination du réseau : contact@r4p.fr

Références :

- **Vaivre-Douvret** Non-verbal learning disabilities: developmental dyspraxia
Arch Pediatr. 2007 Nov;14(11):1341-9. Epub 2007 Oct 25. French.
- Mancini**, Developmental coordination disorder
Arch Pediatr. 2005 Jun;12(6):905-8. French
- Gibbs**, Dyspraxia or developmental coordination disorder? Unravelling the enigma.
Arch Dis Child. 2007 Jun;92(6):534-9. Review
- Magalhaes**, Terminology used in research reports of developmental coordination disorder.
Dev Med Child Neurol. 2006 Nov;48(11):937-41. Review.
- Polatajko**, Developmental coordination disorder (dyspraxia): an overview of the state of the art. Semin Pediatr Neurol. 2005 Dec;12(4):250-8. Review.

- **Albaret** : Le trouble de l'acquisition de la coordination : évaluation et rééducation de la maladresse chez l'enfant(Solal)
- **Flessas et Lussier** : Neuropsychologie de l'enfant, troubles développementaux et de l'apprentissage. Editions Dunod
- Mazeau** : Conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant (Masson), Neuropsychologie et troubles des apprentissages : Du symptôme à la rééducation (Masson)

Sources de financements du réseau : APICIL – ARH Rhône-Alpes
Ce travail a été réalisé grâce à une subvention de l'ALLP