



# Consensus régional formalisé sur la Dyspraxie Développementale

Fiche destinée aux professionnels intervenant dans le parcours d'un enfant dyspraxique : médecins, rééducateurs, psychologues, enseignants ou administratifs

## I. LES OUTILS DIAGNOSTIQUES

Le diagnostic de Dyspraxie Développementale (DD) nécessite la synthèse de trois types de bilans : médical, psychométrique et paramédical. Les bilans utilisés pour l'établissement du diagnostic de 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 BILAN MÉDICAL comprend

#### • un interrogatoire intégrant :

- la recherche active de signes d'appel (exemple : 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 comorbidité associée (retard d'acquisition de la lecture, troubles de l'attention, troubles du comportement).

• 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 PSYCHOMÉTRIE

Elle utilise 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 doit faire figurer **les résultats quantitatifs et l'analyse qualitative de chaque sub test**. (observation de la façon de procéder du sujet).

### > LES EXAMENS PARAMÉDICAUX

Complémentaires à la psychométrie, ils évaluent :

- les stratégies du regard
- les capacités d'analyse visuo spatiale
- les capacités de représentation spatiale mentale
- les capacités de construction en 2D sur consigne et avec image et avec modèle réel
- les capacités de construction en 3D sur consigne et avec image et avec modèle réel
- les capacités de planification
- les capacités d'imitation de gestes
- la qualité gestuelle en situation de réalisation
- la précision des gestes (épreuves standardisées chronométrées mesurant la performance unilatérale de chaque côté, la performance bilatérale et la coordination bimanuelle)
- la qualité du graphisme et/ou de l'écriture
- les capacités de réalisation de tracés géométriques/copie de figure
- les capacités de production de praxies bucco-faciales
- l'indépendance fonctionnelle dans les activités de vie quotidienne par des épreuves cotées.

Au cours de ces épreuves, **la notion d'endurance et/ou de fatigabilité** et **la façon de procéder de l'enfant** doivent être décrites de façon qualitative.

## II. LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Le diagnostic de DD est le résultat d'explorations pluridisciplinaires. Il est posé après avoir éliminé des diagnostics différentiels.



À l'issue des bilans médicaux, psychométriques et paramédicaux **une consultation médicale doit être proposée pour faire la synthèse diagnostique et préconiser un suivi** avec la description des objectifs, des étapes et des modalités d'évaluation.

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

- 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 (moteur)

**La mise en relation des critères ci-dessus est déterminante. La dissociation Indice de Compréhension Verbale/Indice de Raisonnement Perceptif est en faveur d'une DD mais n'est pas un critère obligatoire.**

## III. CRITÈRES DE MISE EN PLACE DES RÉÉDUCTIONS

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

**La prescription de plus de 3 séances de rééducation par semaine doit faire l'objet d'une concertation entre les professionnels et être argumentée.**

### > UNE RÉÉDUCTION EN PSYCHOMOTRICITÉ

est proposée devant les troubles suivants :

- troubles de la posture
- troubles des repères corporels et spatiaux : latéralisation
- troubles de la coordination motrice globale
- troubles de l'organisation des gestes globaux
- défaut de confiance en soi
- troubles des repères temporeux
- 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 RÉÉDUCTION EN ORTHOPTIE

est 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, de la coordination oculo-manuelle, de la posture, de la représentation spatiale.

### > UNE RÉÉDUCTION EN ERGOTHÉRAPIE

est 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 RÉÉDUCATION EN ORTHOPHONIE**

est 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 DD.

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

## **IV. ÉVALUATION DE LA SÉVÉRITÉ DE LA DD POUR LA DÉTERMINATION D'UN TAUX D'INCAPACITÉ SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 50 %**

➤ **Le dossier de demande d'attribution d'un taux d'incapacité  $\geq 50\%$  doit comporter les éléments suivants :**

- un bilan médical précisant le diagnostic de DD et notant la présence éventuelle de co-morbidités (troubles associés)
- une évaluation psychométrique
- 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 rééducations 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.

### **Les éléments en faveur d'un taux d'incapacité $\geq 50\%$ sont :**

- les activités de la vie quotidienne sont difficilement réalisables ou au prix d'un temps majoré nécessitant de l'aide au quotidien,
- un nombre de rééducations prescrites et/ou engagées supérieur ou égal à 3 séances hebdomadaires,
- la nécessité d'aménagement pédagogique matériel ou/et humain.

Pour apprécier un taux  $\geq 50\%$ , **il doit exister un retentissement sur les tâches scolaires.**

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

**L'absence de retard scolaire n'exclut pas une incapacité  $\geq 50\%$ .**

## **V. CRITÈRES D'ATTRIBUTION DES AIDES HUMAINES**

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

- d'être soutenu dans son organisation

et/ou

- d'être soutenu dans la mise en place des aides techniques

et/ou

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

## **VI. 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** (lente, très irrégulière voire impossible), **la première mesure est la photocopie des textes.**

L'attribution d'un ordinateur avec logiciel adapté et/ou d'un dictaphone et/ou d'une dictée vocale et/ou d'une calculatrice est nécessaire ainsi que la préconisation de séances de rééducation pour leur apprentissage et leur mise en œuvre dans le milieu scolaire.

➤ **POUR COMPENSER UN TROUBLE DES CONSTRUCTIONS GÉOMÉTRIQUES** évaluées comme lentes et imprécises, l'attribution d'un ordinateur avec un logiciel adapté est nécessaire.

Leur apprentissage et leur mise en œuvre dans le milieu scolaire nécessitent **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. Une version longue de ce document, comprenant la description de la méthodologie utilisée, la liste des personnes ayant participé au consensus et la bibliographie est disponible sur le site [www.r4p.fr](http://www.r4p.fr)

Membres du groupe de pilotage du consensus : Sylvie DARGENT, Anne DESCOTES, Véronique JOMAIN GUEDEL, Stéphanie MARIGNIER, Anne MONGE, Odile SERAPHIN.

Version validée par le groupe de relecture R4P : Carole Bérard et Claire Chabloz