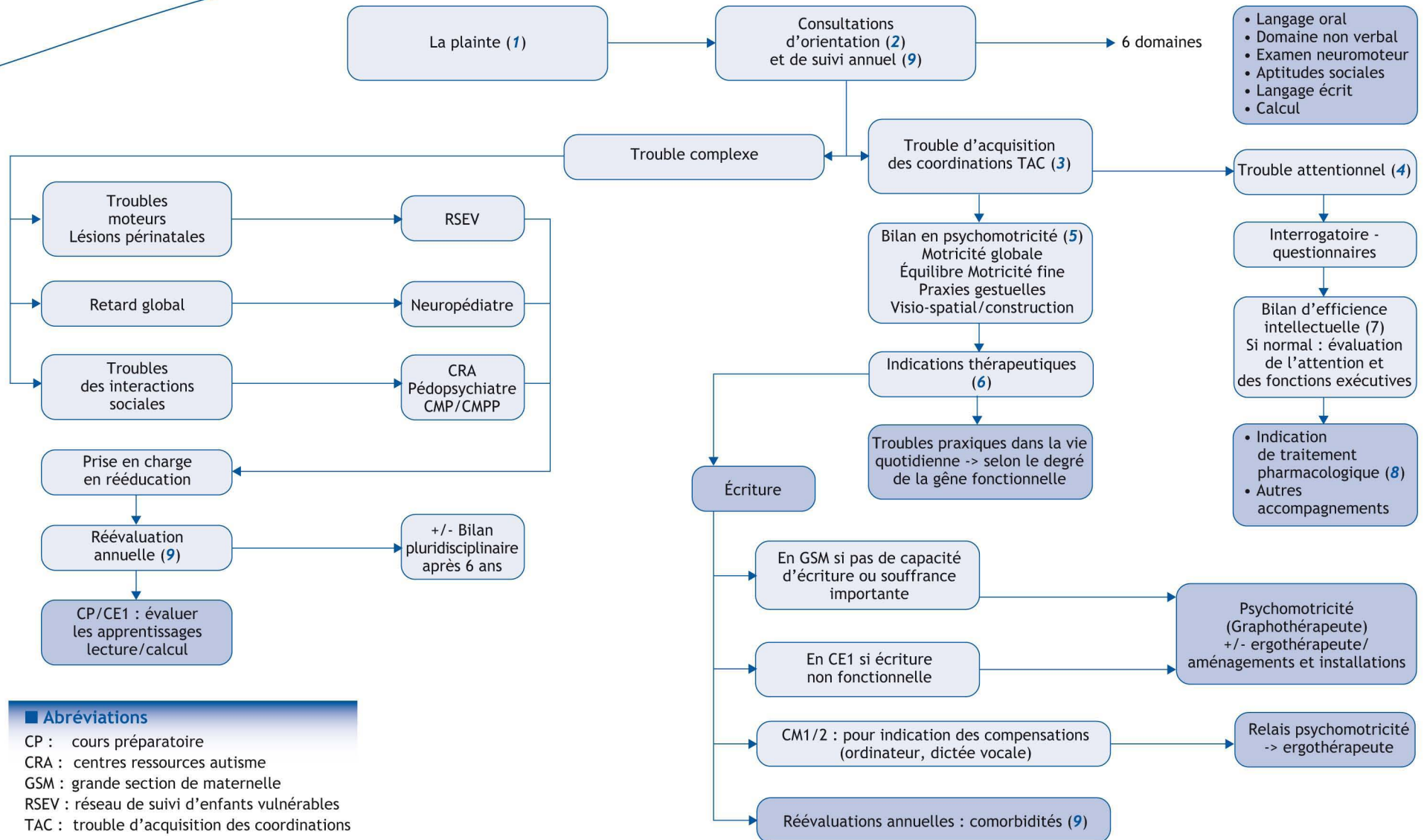


T.-N. Willig

Consultation de pédiatrie - développement, troubles de langage et des apprentissages, clinique
 Ambroise-Paré, 387, route de Saint-Simon, 31082 Toulouse Cedex 1
 Coordonnateur médical, réseau P'titMip, troubles des apprentissages, hôpital Paule-de-Viguié, 330,
 avenue de Grande-Bretagne - TSA 70034 - 31059 Toulouse, France



■ Abréviations

CP : cours préparatoire
 CRA : centres ressources autisme
 GSM : grande section de maternelle
 RSEV : réseau de suivi d'enfants vulnérables
 TAC : trouble d'acquisition des coordinations

■ Arbre décisionnel - Commentaires

(1) L'enfant « maladroit » correspond à un enfant dont le développement moteur s'est en général déroulé sans alerte, et qui ne présente pas d'anomalie à l'examen neurologique objectif. Malgré cela, il est en difficulté dans des activités de la vie quotidienne, avec un niveau de réalisation faible par rapport à ce que l'on attend pour son âge, ou une lenteur d'exécution, une variabilité importante dans le temps, un apprentissage laborieux. Cela peut concerner des domaines très variables d'un enfant à l'autre : courir, sauter, cloche-pied (motricité globale), faire du vélo, rester en équilibre sur une jambe, marcher sur une ligne, ou sur la poutre (équilibre statique ou dynamique), jeux de ballon ou de raquettes (coordinations oculo-manuelles), apprendre à nager (coordination entre les membres inférieurs et supérieurs), dessiner, écrire, faire de petits bricolages (motricité fine), découper précisément, tracer au compas (précision visuomotrice). L'enfant peut également éprouver des difficultés dans le repérage dans le temps ou dans l'espace. Les difficultés peuvent résider dans les capacités de perception (perception de l'orientation de traits, de rapports de topographies), ou dans la réalisation de figures géométriques ou de construction de cubes (visuoconstruction en deux ou en trois dimensions). L'examen clinique est en général peu informatif, chez un enfant disposant typiquement de bonnes capacités de communication par le langage oral ou la mimique du visage, vif, dans l'interaction avec l'autre. Parfois, des signes neurologiques mineurs peuvent être mis en évidence portant sur le pianotage des doigts, le cloche-pied avant ou arrière, la marche sur la ligne, et rentrent alors dans le cadre de signes mineurs (*soft signs*).

(2) La première étape en pratique clinique repose sur une analyse détaillée de la plainte, à partir des propos de l'enfant, des parents, et des retours des autres environnements de l'enfant (école, activités sportives, centre de loisirs, cahiers, dessins). En permanence, plusieurs domaines doivent être abordés lors de cette consultation (langage oral, domaine non verbal, examen neuromoteur, aptitudes sociales, et apprentissages), permettant de mieux identifier, et catégoriser les plaintes de la vie quotidienne. Cette anamnèse et l'examen clinique de l'enfant nécessitent une première consultation longue d'orientation, et apportent une première orientation entre un trouble complexe lié à des antécédents périnataux, un retard global de développement, un trouble des interactions sociales, une origine génétique éventuelle et un trouble isolé.

(3) En l'absence d'autres éléments d'orientation, l'analyse de la plainte, l'examen clinique détaillé, les difficultés fonctionnelles rassemblées lors de l'interrogatoire et l'évaluation clinique simple de la motricité fine, la motricité globale et de l'équilibre orientent vers un trouble d'acquisition des coordinations (TAC), dont les signes de dyspraxie sont l'une des expressions. Le concept de TAC répond

aux classifications internationales (correspondant au *Developmental Coordination Disorder*), que l'ancienne nomenclature française classait sous le terme de dyspraxie. Les performances motrices sont alors très en dessous de ce que le niveau intellectuel laisserait en attendre, en l'absence de pathologie motrice ou pédopsychiatrique.

(4) Parmi les questions systématiques pour le pédiatre dès cette première étape, l'existence d'un trouble d'attention. En effet, si l'enfant « turbulent » attire rapidement l'attention de son entourage, celui impulsif ou inattentif peut longtemps faire l'objet d'interprétations erronées : maladroit, fainéant, in-intéressé, « pas dans son rôle d'élève ». De plus la comorbidité est fréquente entre TAC et troubles d'attention.

(5) La première étape dans le diagnostic repose alors sur un bilan en psychomotricité, explorant les différents domaines de la motricité globale, fine, l'équilibre, la régulation du tonus, les praxies gestuelles, la motricité digitale, le graphisme, la visuoconstruction en 2 et 3 dimensions, les compétences visuospatiales, l'orientation dans le temps et l'espace. L'évaluation doit reposer sur l'utilisation d'outils normés, validés, avec dans le compte rendu le détail des résultats en référence à l'âge de l'enfant. Dans le domaine spatial, plusieurs difficultés peuvent se rencontrer : difficultés pour percevoir l'orientation (visuospatial), difficultés pour cerner les limites entre objets entremêlés (visuoperception), difficultés pour tracer ou découper entre des repères ou le long d'une ligne (visuomotricité), reproduire des dessins en deux dimensions, des constructions en trois dimensions (visuoconstruction).

(6) Dans le cas d'un trouble « pur » des praxies, la prise en charge en rééducation dépend principalement de la gêne fonctionnelle ressentie par l'enfant dans la vie quotidienne (maison, école), et guide la rééducation, puis les étapes de compensation du handicap. Ainsi, l'écriture peut être analysée à trois grandes étapes : la fin de maternelle (GSM : grande section de maternelle), le CE1, le cours moyen.

(7) Le bilan d'efficacité intellectuelle, théoriquement indispensable pour poser le diagnostic de trouble d'acquisition des coordinations, peut être réalisé secondairement. Il a pour intérêts principaux de confirmer des doutes dans le cas d'une suspicion de retard global de développement, d'étayer les capacités sous-jacentes de l'enfant en cas de troubles sévères nécessitant des

aménagements pédagogiques complexes, ou dans l'hypothèse d'un trouble d'attention associé. Ce bilan d'efficacité intellectuelle ne permet en aucune façon de poser un diagnostic de TAC ou de dyspraxie, en revanche, certains de ses subttests apportent des informations complémentaires au diagnostic.

(8) L'existence d'un trouble d'attention peut éventuellement conduire à suspecter puis à poser un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention (TDAH), nécessitant une prise en charge spécifique comprenant le plus souvent un traitement médicamenteux par méthylphénidate, en parallèle des autres rééducations nécessaires.

(9) À chaque étape de la vie de l'enfant, et quel que soit le cadre de diagnostic (séquelles de lésions périnatales, maladie génétique, retard global de développement, troubles du spectre autistique, troubles complexes de langage et des apprentissages), le rôle irremplaçable du pédiatre reste d'apprécier la plainte, de la mettre en rapport avec les compétences normalement acquises, de s'interroger sur l'existence de comorbidités éventuelles (langage oral, langage écrit, calcul, attention), d'apprécier le retentissement des difficultés de l'enfant dans sa vie (anxiété, perte d'estime de soi, dépression, difficultés dans les relations avec ses pairs), et de guider à chaque étape l'enfant et sa famille dans le diagnostic, la rééducation et les aménagements pédagogiques ou de compensation du handicap.

Le pédiatre a donc à chaque étape un rôle à jouer : évoquer le diagnostic suffisamment tôt, orienter vers les bilans confirmant le diagnostic, connaître les âges clés notamment pour le dessin et l'écriture, penser à élargir la réflexion sur les autres domaines du développement et des apprentissages de l'enfant dans le cadre du suivi annuel. Beaucoup d'enfants ne sont pas en effet suivis dans des consultations en centre de référence ou de compétence, et le pédiatre traitant retrouve ainsi son rôle de coordonnateur du suivi de l'enfant.

Remerciements : C. Billard, J.M. Albaret, E. Willig.

■ Liens d'intérêts

L'auteur a déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts relatif à cet article.

■ Références

- Blank R, Smits-Engelman BCM, Polatajko H, et al. European Academy for Childhood Disability (EACD): recommendations on the definition, diagnosis and intervention of developmental coordination disorder (long version). *Dev Med Child Neurol* 2012;54:54-93.
- Dewey D, Kaplan BJ, Crawford SG, et al. Developmental coordination disorder: Associated problems in attention, learning, and psychosocial adjustment. *Human Movement Science* 2002;21:905-18.
- Peters JM, Barnett AL, Henderson SE. Clumsiness, dyspraxia and developmental co-ordination disorder: how do health and educational professionals in the UK define the terms? *Child Care Health Dev* 2001;27:399-412.
- Schoemaker MM, Kalverboer AF. Social and affective problems of children who are clumsy: how early do they begin? *Adapted Physical Activity Quarterly* 1994;11:130-40.

*Auteur correspondant :
Adresse e-mail : tn.willig1@orange.fr (T.-N. Willig)