

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV : <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html>: le nom d'utilisateur est formationcontinue et le mot de passe : pediatrie (pas de majuscule ni d'accent)

Colloque de Pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 3 mai 2016

Pour rappel, voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV :

<http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html>

Droits d'accès :

Nom d'utilisateur : formationcontinue

Mot de passe : pediatrie (pas de majuscule ni d'accent).

Première heure :

L'enfant maladroît

Orateur : Dr D. Jacquier (CHUV, Lausanne)

Exemple de consultation : un enfant de huit ans a marché à 16 mois, au début sur la pointe des pieds; par la suite, il a présenté des difficultés de motricité et coordination, justifiant une prise en charge par une psychomotricienne et une ergothérapeute. La possibilité d'un syndrome de déficit d'attention hyperactivité associée était évoquée, de même que celle d'une dyspraxie visuelle.

Il est nécessaire de se rappeler le développement moteur. Celui-ci dépend de la maturation cérébrale, génétiquement programmée, et est influencée par les événements de la vie.

L'apprentissage moteur implique une conscience de l'environnement (perception), une préparation des gestes, la transmission de l'ordre des gestes, la réalisation des gestes, la vérification de la pertinence du geste, une correction du mouvement du geste, et de nouveau la perception et conscience de l'environnement. Ce processus se passe en boucle, normalement quasi automatiquement.

Les aires corticales, les noyaux gris centraux, le cervelet, la moelle épinière et les systèmes sensoriels sont impliqués dans ce fonctionnement. Les muscles également.

Une bonne motricité implique un geste efficace, efficient, fiable, coordonné, automatisé.

Les difficultés peuvent survenir, aboutissant à des troubles de l'acquisition de la coordination.

En 1962, on parlait d'enfants maladroits, avec aspect lent et négligé...

Puis a été développé l'ICD-10 : le chiffre F82 correspond à specific developmental disorder of motor function; cela implique l'immaturation développementale et à l'examen mise en évidence d'anomalie neurologique; certaines maladies doivent être exclues.

L'EACD en 2011 parle de performances motrices inférieures au niveau attendu à l'âge chronologique et difficultés pour l'acquisition de compétence. Ceci interfère avec le fonctionnement de l'enfant, n'est pas liée à un retard de développement ou à un problème psychosocial.

La fréquence de ce trouble est estimée de 5 à 6 % (de 2 à 19 % selon le cut off que l'on se fixe). Ce trouble est souvent considéré comme un problème de garçon, mais cela n'est pas vrai. Sont considérés comme facteurs de risque : une naissance avant 32 semaines, un petit poids de naissance, une exposition prénatale à des toxiques, une anamnèse familiale positive.

Les comorbidités sont fréquentes : TADHA environ 50 % des cas, trouble d'apprentissage, trouble du langage dans 70 % des cas, trouble du spectre autistique dans 4 à 8 % des cas. Il peut y avoir des répercussions psychologiques : moquerie des pairs, et de la famille, dévalorisation et faible estime de soi, culpabilisation de l'enfant, diminution des performances sociales, trouble du comportement, sédentarité et stress parental.

Les difficultés peuvent persister chez 30 à 90 % des adultes. Il y a une gêne pour la pratique du sport, des répercussions sur la vie professionnelle.

Pour quoi l'enfant est-il maladroit ? Différentes hypothèses sont émises, perturbant le cercle de l'apprentissage moteur : problème d'intégration sensorielle, déficit de synchronisation, déficit d'attention en vue d'une action motrice, difficulté à maintenir la posture dans l'activité.

Un autre concept était celui de la perturbation par des « bruits » dans le signal sensitif : les événements extérieurs peuvent perturber, des erreurs de planification du geste avec mauvaise correction peuvent également perturber, entraînant une moins bonne coordination.

Quelle différence entre TAC et dyspraxie ? La réponse n'est pas claire, ces termes sont un peu mélangés. Les signes cliniques sont similaires.

Lors de la consultation, les plaintes sont souvent dans la motricité (se cogner, maladroit, lent); des limites dans la vie quotidienne (habillage, manger, se laver les dents); des difficultés d'écriture, de dessin; des difficultés de scolarité avec apprentissage compliqué; des difficultés d'intégration, de comportement (souvent la conséquence des problèmes moteurs). A l'anamnèse, on recherche les événements pré et périnataux, les étapes du développement. Les antécédents médicaux. Une détérioration ou une stagnation motrice. Des cas similaires dans l'anamnèse familiale.

L'examen clinique comprend un examen général et un examen neurologique poussé. Sont examinés en particuliers nerfs crâniens, tonus, forces, équilibre statique et dynamique, marche, cours, réflexes. Dans la motricité fine, en recherche lenteur, imprécision, syncinésie; difficulté à l'opposition séquentielle des doigts; perturbation des gestes alternés; des signes de dyspraxie gestuelles, visuelle; on évalue les jeux de balle et aussi l'appréciation cognitive : langage écrit, apprentissage, comportement, attention.

Des outils diagnostics existent : échelle d'évaluation motrice, questionnaire, observation dans la tâche. En-dessous de cinq ans, il faut être très prudent dans le diagnostic, à cause de la variabilité des étapes de développement. L'observation dans la tâche nécessite souvent un bilan chez l'ergothérapeute. Les échelles les plus répandues sont le Movement ABC révisée, validée de trois à 16 ans, comprenant huit items pour trois catégories principales. Il existe également les courbes échelles de Brunincks-Osersky et la Zurich neuromotor assesment (longue). Les questionnaires possibles sont le DCDQ ou QTAC (développé au Canada), le PediCat. Ces tests sont non validés pour le dépistage.

La prise en charge implique de, premièrement, reconnaître le problème. Ensuite d'observer les atteintes motrices et les répercussions comportementales et scolaires, ce qui est utile pour l'enfant et pour l'entourage. Cela permet de :

- 1) fixer des objectifs en fonction des difficultés
- 2) impliquer la famille et l'école
- 3) traiter les comorbidités

On peut travailler sur les fonctions de perception, agir sur l'environnement (stimulation) ou agir sur le trouble anxieux.

Les thérapies possibles sont la physiothérapie, l'ergothérapie, la psycho motricité, soit sur un schéma bottom up (favoriser les fonctions sensorimotrices) ou top down (orienté plus sur l'activité par exemple coop, NTT imagerie mentale). Les thérapies ciblées sur une difficulté comme l'écriture, le graphisme peuvent également être proposées. La prescription d'ergothérapie implique en général de remplir la fiche signalétique F82, à partir de 4 à 5 ans, pour une demande de prise en charge par l'assurance de base (maximum 3x9 + 2x9 + 1x9). On peut essayer de modifier l'environnement en l'adaptant aux difficultés de l'enfant.

Le cas de cet enfant présenté dans la vignette clinique présente des difficultés motrices regroupant les différents aspects de trouble d'acquisition coordination (DSM) ainsi que selon les critères ICD 10 F82.

En résumé, le trouble d'acquisition coordination est fréquents, peu connu et peu reconnu. Il est handicapant pour l'enfant et sa famille, avec des conséquences pour la scolarité et la socialisation. Il peut persister dans la longueur de temps. Une prise en charge thérapeutique de thérapie physiothérapie et psychomotricité est recommandée.

Suggestion de site : dyspraxie.fr, canchild.ca (propose un fascicule pour les parents)

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch