



Le développement de l'enfant, vulnérabilités et anomalies

Repérer, dépister et prendre en charge les troubles du développement de l'enfant et de l'adolescent nécessitent des interventions diversifiées, coordonnées et adaptées aux besoins de chaque individu.

Le développement psychomoteur, les troubles des apprentissages, les troubles envahissants du développement

Julie Le Foll
Léa Conversy
Antoine Guedeney
Service
de psychiatrie
infanto-juvénile,
hôpital Bichat
Claude-Bernard
APHP, université
Denis-Diderot, Paris

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 56.*

Les trois premières années de la vie représentent la période majeure du développement moteur, cognitif, émotionnel, interpersonnel et des liens d'attachement. Ce développement est sous l'influence de facteurs génétiques mais aussi environnementaux et s'effectue autour d'étapes clés servant de référence pour l'évaluation (encadré page 33). Il est artificiellement divisé en quatre grands domaines : la motricité (globale et fine), la parole et le langage, les interactions sociales, les performances et les connaissances. Jusqu'à l'âge de 5 ans, on parle de retard de développement global si au moins deux des quatre domaines précités sont touchés [5].

Le développement précoce est intense entre la naissance et 18 mois. Il a une tendance autocorrectrice et résiliente, ce qui explique que l'intervention précoce puisse être très efficace. Néanmoins, nous savons que ce qui s'exprime tôt en termes de troubles du développement peut avoir des conséquences durables. Dès lors, il est important de ne pas être dans une attitude

d'attente (« Ça s'arrangera tout seul ») et ce dès qu'il existe une déviation nette par rapport à la moyenne dans un domaine important du développement.

Pour évaluer le développement psychomoteur d'un enfant en consultation, il convient avant tout d'entendre, si elle existe, l'inquiétude des parents et de les écouter. Leur perception est essentielle et permet, dès les premiers instants, de les rendre acteurs de l'intervention. Il s'agit ensuite de recueillir rigoureusement les événements périnataux (grossesse, accouchement), les antécédents (familiaux notamment) et l'histoire du développement précoce. L'évaluation se poursuit par un examen clinique soigneux et précis, à la recherche d'éventuels signaux d'alerte, mais aussi d'éléments pouvant être rassurants quant au développement global de l'enfant.

Tout retard de développement chez un enfant doit faire l'objet d'une évaluation pluridisciplinaire. Il s'agit d'effectuer un bilan somatique complet (en particulier ORL, ophtalmologique, neurologique) et d'évaluer les différents domaines de son développement (communication

Principales étapes du développement de 0 à 3 ans

2 mois	Sourire réponse. L'échange face à face lance l'interaction parent-enfant
3 mois	Maintien de la tête
5-6 mois	Préhension volontaire à distance. Le bébé explore les objets, son corps
6-7 mois	Focalisation de l'attachement, préférence vis-à-vis de la mère (ou de la figure d'attachement principale)
9 mois	Station assise sans soutien
12 mois	Préhension digitale pouce-index. Interactions et vocalisations intenses.
12-18 mois	Marche. Comportement de base de sécurité en cas de stress
15-18 mois	Attention conjointe. Début de la capacité à identifier les émotions de l'autre, ses affects et intentions
18-24 mois	Apparition et explosion du langage, première phrase
20-24 mois	Jeux symboliques, faire semblant
2-3 ans	« 2 ans terribles » : affirmation de soi, rivalité, exclusivité
3 ans	Apparition du « je » ; sens de l'identité

et langage, interactions, domaine cognitif, sensoriel et moteur, comportement, autonomie et scolarité) et de son environnement. Il s'agit notamment de préciser si le retard est global ou limité à un domaine spécifique du développement, comme cela peut être le cas dans les troubles des apprentissages.

Les troubles des apprentissages

Les difficultés scolaires représentent un motif très fréquent de consultations, que ce soit suite à une inquiétude de l'école, des parents ou du médecin traitant. Elles concerneraient près de 20 % des enfants [85]. Mais sous cette appellation se mélangent une multitude de symptômes divers dans leur forme et leur gravité ; se mêlent des valeurs morales (paresse, turbulence, méchanceté), des valeurs médicales (dyslexie, dyscalculie, retard mental...) et des valeurs sociales (l'enfant n'est pas au

niveau de la « norme »). Les « troubles spécifiques des apprentissages » sont à distinguer du simple trouble de l'apprentissage (transitoire) et des difficultés scolaires au sens qu'ils impliquent une (ou plusieurs) difficulté(s) spécifique(s) d'origine neurodéveloppementale, c'est-à-dire indépendante de l'environnement socioculturel (qui peut malgré tout jouer un rôle dans la survenue, la sévérité et l'évolution du trouble). Cela concernerait au moins 5 à 6 % des enfants, soit un enfant par classe [7]. Ces enfants sont indemnes de toute déficience intellectuelle, visuelle ou auditive et de trouble envahissant du développement, mais peuvent se retrouver en échec scolaire. Malheureusement, ces troubles sont souvent méconnus et la plupart du temps diagnostiqués (et pris en charge) trop tardivement alors même qu'ils sont sources de difficultés de communication, d'intégration scolaire et sociale, avec des répercussions à la fois sur le vécu individuel de l'enfant (souffrance psychologique, anxiété, fatigue) et sur le vécu familial [39].

La dyslexie, qui entrave l'apprentissage de la lecture, est le trouble spécifique des apprentissages le plus connu et le mieux étudié. La dyscalculie et la dysorthographe ont fait l'objet de moins de recherches. L'origine de ces troubles est plurifactorielle. Les facteurs de risque actuellement connus, en particulier pour la dyslexie, sont essentiellement des facteurs pathologiques (prématurité, dysmaturité, souffrance néonatale par exemple) et surtout des facteurs développementaux langagiers. La dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie se retrouvent fréquemment associées entre elles [51]. À ces troubles principaux peuvent également s'associer des troubles de l'attention et de la coordination (ou dyspraxie) [85]. Il existe également une association fréquente entre troubles des apprentissages et troubles du comportement ou émotionnel : anxiété de performance, difficultés de relation avec les pairs, relations familiales conflictuelles, faible estime de soi [51].

L'évaluation initiale est essentielle et comprend des bilans somatiques (examen ORL, ophtalmologique et neurologique) et des bilans spécialisés (bilan psychométrique [QI], bilan orthophonique, bilan logico-mathématique pour la dyscalculie, bilan psychomoteur). La réalisation d'un bilan neuropsychologique a ici tout son intérêt. En effet, il permet d'analyser les composantes des fonctions perturbées et de comprendre les mécanismes sous-jacents aux symptômes, en évaluant de façon différentielle les principales fonctions neuropsychologiques : le langage, l'attention, la mémoire, la capacité de raisonnement, les fonctions visuo-spatiales et les fonctions praxiques [85].

Ces troubles spécifiques nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire reposant sur des rééducations appropriées (orthophonique, psychomotrice), un accompagnement des parents, un soutien psychologique et des adaptations pédagogiques [7, 85]. En effet, l'équipe scolaire peut notamment faire appel au Rased (réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté), permettant l'accompagnement de l'enfant et sa famille par diffé-



La santé : un capital en construction dès l'enfance

rents professionnels compétents (psychologue scolaire, enseignant spécialisé). Lorsque cela s'avère nécessaire, il peut également être proposée une orientation en classe pour l'inclusion scolaire, spécialisée dans les troubles spécifiques d'apprentissages (CLIS 4 ou CLIS 1 Troubles des apprentissages).

L'action préventive en milieu scolaire est ici essentielle, particulièrement sur trois groupes d'enfants : les enfants repérés comme à risque en grande section de maternelle (un trouble spécifique du langage oral est un facteur de risque de dyslexie dans 50 % des cas), les enfants en grande difficulté en lecture au CP et les enfants dyslexiques ayant besoin d'adaptations pédagogiques (afin de faciliter les performances dans les domaines préservés et ainsi limiter l'échec scolaire).

Les troubles envahissants du développement

Les troubles du spectre autistique (TSA) sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ils comprennent des entités cliniques autrefois séparées dans les classifications internationales : autisme, syndrome d'Asperger, troubles envahissants du développement non spécifiés... Leur origine est neurodéveloppementale, mais le modèle est multifactoriel. Les TSA touchent environ 1 enfant sur 150 (soit 6 ou 7 pour 1000) et 4 garçons pour 1 fille. Les signes cliniques sont présents avant l'âge de 3 ans, parfois même très précocement (avant 12 mois), mais le diagnostic est encore souvent trop tardif (à l'entrée à l'école). L'intérêt d'un repérage précoce réside dans la mise en place d'une prise en charge précoce, améliorant le pronostic, le développement et la qualité de vie de l'enfant. Les médecins de secteur (médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI...)

ont donc ici toute leur importance et doivent être en mesure d'identifier les principaux signaux d'alarme (lire encadré).

Malgré un diagnostic parfois difficile à faire avant 2 ans, il n'est pas rare que les parents s'inquiètent très précocement pour leur enfant, identifiant des particularités qu'il est essentiel d'entendre et de prendre au sérieux. Sans poser de diagnostic définitif, la présence de signaux d'alerte très précoces doit conduire à la mise en place d'une surveillance rapprochée, voire d'une intervention spécialisée (lire encadré « Signes d'alerte très précoces »).

À ces difficultés de communication et d'interactions s'ajoutent souvent des difficultés du quotidien, parfois extrêmement agressives pour l'entourage et qu'il ne faut pas sous-estimer : des troubles alimentaires (sélectivité, refus des morceaux ou de certains aliments...) et des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement et réveils nocturnes) sont en effet très fréquents. Un retard mental et une épilepsie sont des troubles fréquemment associés (respectivement dans 70 % et 30 % des cas) qu'il convient de rechercher.

Malgré tout, il existe une grande hétérogénéité des situations, des profils cliniques et de l'évolution des enfants ayant un TSA au cours de leur développement. Celle-ci nécessite donc que les interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques soient diversifiées, complémentaires, coordonnées et adaptées aux besoins singuliers de chaque enfant. Pour cela, une évaluation pluridisciplinaire est indispensable afin de définir les difficultés, les besoins, mais aussi les ressources et capacités adaptatives de l'enfant. Les modalités de prise en charge restent encore très hétérogènes en France, mais il est acquis qu'elles doivent intervenir le plus précocement possible (avant 4 ans), être intensives et multidisciplinaires.

Principaux signaux d'alarme des troubles du spectre autistique

- Communication
 - Pas de babillage à 12 mois
 - Pas de mot à 18 mois
 - Pas d'association de mots à 24 mois
- Interactions
 - Faible réactivité aux stimuli
 - Manque d'accrochage du regard
 - Pas de jeu de faire semblant
 - Pas de pointage
 - Pas d'attention conjointe
- Comportement
 - Stéréotypies, automutilations
 - Jeux répétitifs

Signes d'alerte très précoces

- Avant 6 mois
 - Impression d'« étrangeté », bébé « trop calme », indifférent au monde sonore, regard anormal, défaut d'ajustement postural, rareté du sourire, troubles du sommeil et/ou de l'alimentation.
- Entre 6 et 12 mois
 - Activités solitaires, pas d'imitation, pas de babillage.
- Entre 12 et 24 mois
 - Absence de mots à 18 mois, absence d'association de mots à 24 mois, toute régression du langage, pauvreté des jeux, absence d'imitation, intérêt particulier, activités stéréotypées.