

*Suivi des enfants de 3 à 6 ans
Réseau ville – hôpital « Naître et Devenir »*

DEPISTAGE / DIAGNOSTIC DES TROUBLES COGNITIFS AVANT L'ENTREE EN CP ?

Vincent des Portes

Centre de référence national “X fragile et déficiences intellectuelles liées au chromosome X”
Service de Neuro-pédiatrie, Hôpital HFME, Hospices Civils de Lyon
Université Claude Bernard Lyon 1, Faculté de médecine Lyon Sud
Institut des Sciences Cognitives, CNRS, Bron

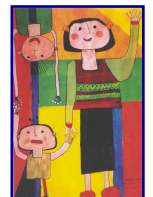
Université Claude Bernard Lyon 1



Hôpitaux de Lyon



EURO-MRX



Situation du sujet...

Deux situations différentes

Suivi d'enfant « à risque neurologique » : ancien préma, dc prénatal

Dépistage : Evaluations systématiques

But : anticipation, mais risque d'inquiéter inutilement ?

Enfant tout venant sans facteur de risque

Signe d'alerte : Symptôme d'appel durable, envahissant.

Questions diagnostiques en jeu

Différencier difficultés et trouble

Différencier Déficience intellectuelle et trouble spécifique

Quel rôle de la vulnérabilité biologique / facteurs psychodynamiques

Pourquoi cerner le trouble cognitif en GSM ?

Pb de l'orientation : Faut-il redoubler ou passer en CP, CLIS ?...

Quelle remédiation ? Quelle aide humaine / technique ?

prévenir la perte de confiance, l'échec scolaire

Rôle du clinicien : trouver des signes d'alerte... ET les interpréter !

trouver des « signaux fins d'alerte », pour des évaluations « statiques »
ou regard global, vue dynamique de la trajectoire développementale ++

I

Troubles spécifiques des apprentissages
des capacités de raisonnement préservées

Définitions des « dys »

Troubles spécifiques des apprentissages

Troubles spécifiques des Fonctions Cognitives

- ✓ Dysphasie
- ✓ Dyspraxie
- ✓ Déficit attentionnel et des fonctions exécutives
- ✓ Mémoire

Troubles Spécifiques des Apprentissages scolaires

- ✓ Dyslexie
- ✓ Dyscalculie
- ✓ Dys(ortho)graphie

Critères communs à tous les TFC / TSA

**Difficultés significatives et durables
d'UNE fonction cognitive / d'UN apprentissage**

- ✓ Langage oral, praxies, attention, mémoire
- ✓ lecture, écriture, calcul

**Absence de dysfonctionnement cognitif /
sensoriel / physique et de l'environnement**

- ✓ Pas de déficience intellectuelle (QI > 70 ... ?)
- ✓ Pas de trouble psychiatrique
- ✓ Pas de trouble sensoriel / moteur
- ✓ Pas de carence de stimulation / affective

Critères communs à tous les TFC / TSA

En cas de pathologie associée (fréquent).

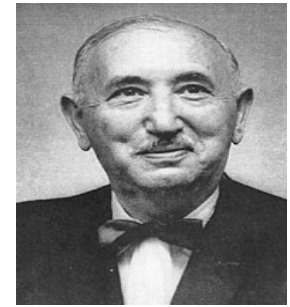
- ✓ Déficience intellectuelle légère
- ✓ Trouble sensoriel (surdité, basse vision)
- ✓ Environnement inadapté (milieu familial/ éducatif)

=> Performance significativement inférieure à celle attendue, en tenant compte du déficit intellectuel, sensoriel ou environnemental.

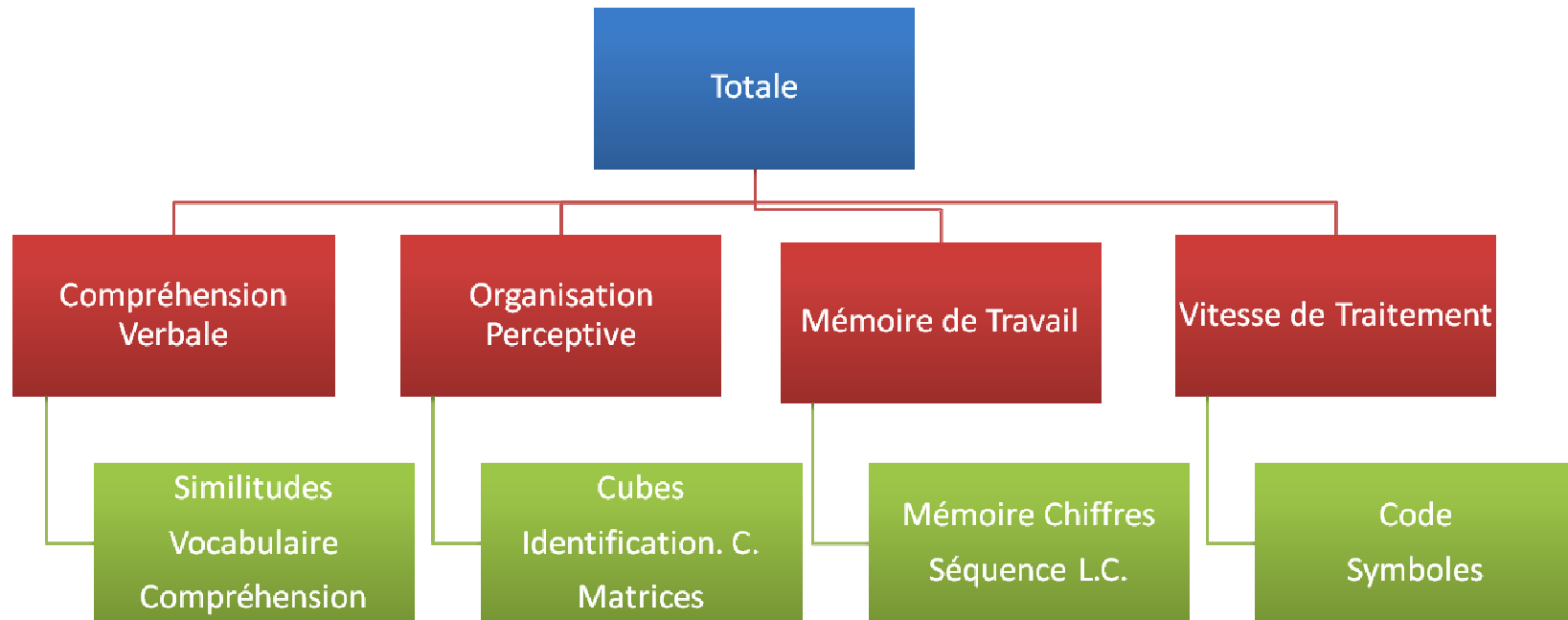
II

Déficiência intellectuelle :
un trouble du raisonnement

Tests Psychométriques de Wechsler



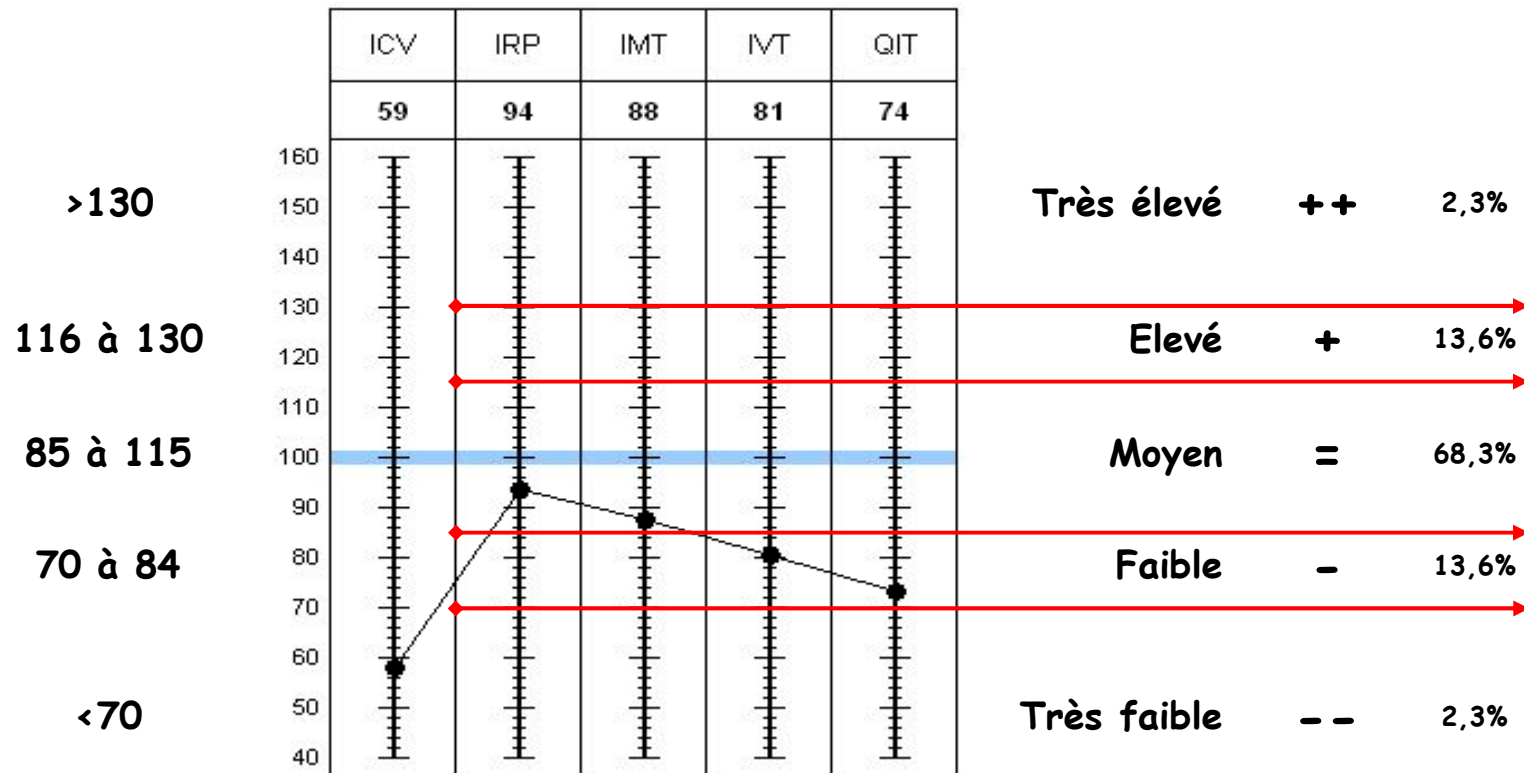
David Wechsler



Diapositive de René Pry, professeur de psychologie, Montpellier 1

Niveaux d'intelligence

Profil des notes composites



Diapositive de René Pry, professeur de psychologie, Montpellier 1

Nom et prénom

Sexe :

Etablissement :

Age :

Psychologue :

Classe : C.M.1.5 II

WISC-III™

Echelle d'Intelligence de Wechsler pour Enfants - 3^e édition

(Psychologue scolaire)

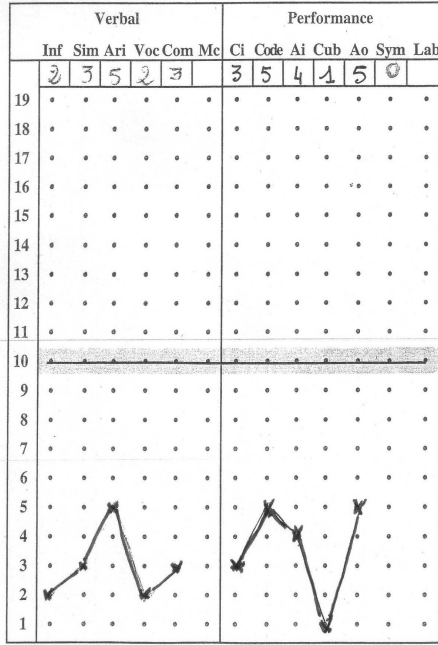
Subtests très « chargés » en facteur G (saturation > .70)

Subtests	Notes brutes	Notes standard				
		Verb.	Perf.	CV	OP	VT
Complètement d'images	14		3		3	
Information	8	2		2		
Code B	34		5			5
Similitudes	6	3		3		
Arrangement d'images	14		4		4	
Arithmétique	8	5				
Cubes	15		1		1	
Vocabulaire	14	2		2		
Assemblage d'objets	22		5		5	
Compréhension	7	3		3		
(Symboles) B	11		(0)			0
(Mémoire des chiffres)	8	(3)				
(Labyrinthes)	9		()			
Somme des notes standard		15	18	9	13	5
Note à l'Echelle Totale		33				

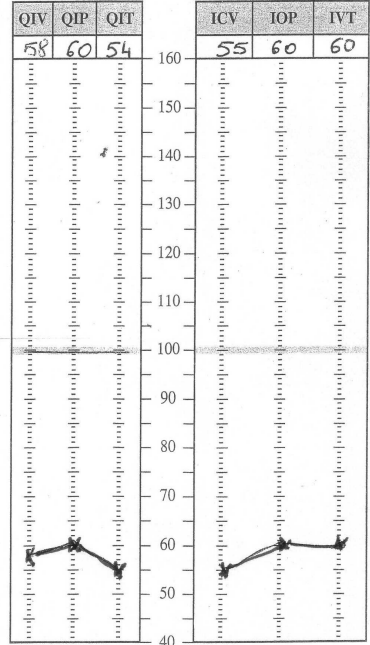
	Années	Mois	Jours
Date de passation	03	09	30
Date de naissance	92	03	25
Age	11	06	

	Note	QI Indice	%ile	% de l'intervalle de confiance
Verbal	15	58		54 - 68
Performance	18	60		56 - 73
Total	33	54		50 - 63
Comp. Verb.	9	55		51 - 65
Org. Percep.	13	60		56 - 73
Vit. de Trait.	5	60		57 - 77

Profil des notes standard

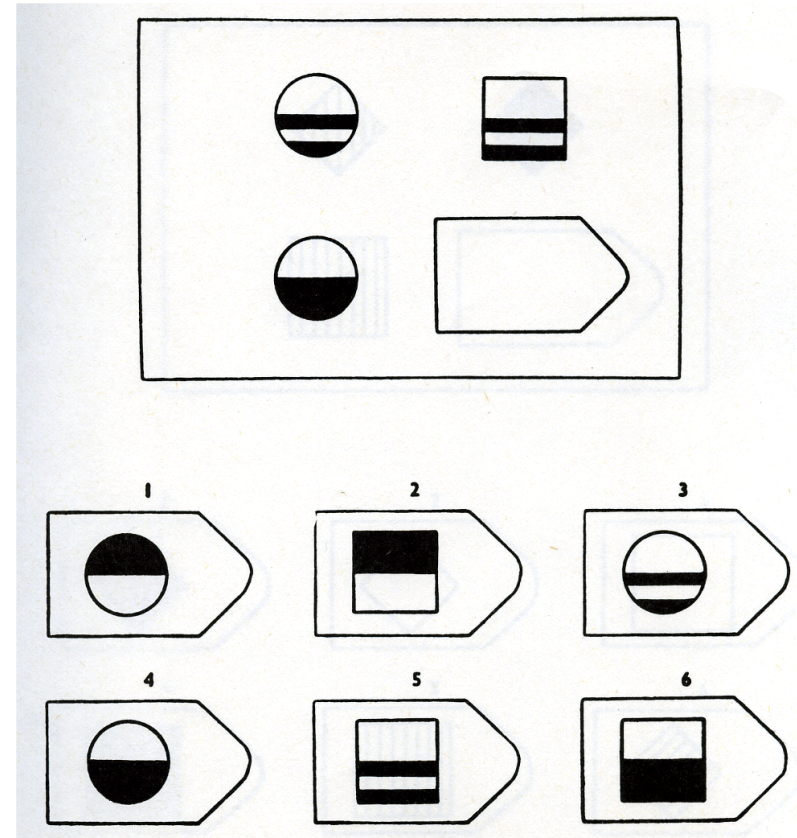
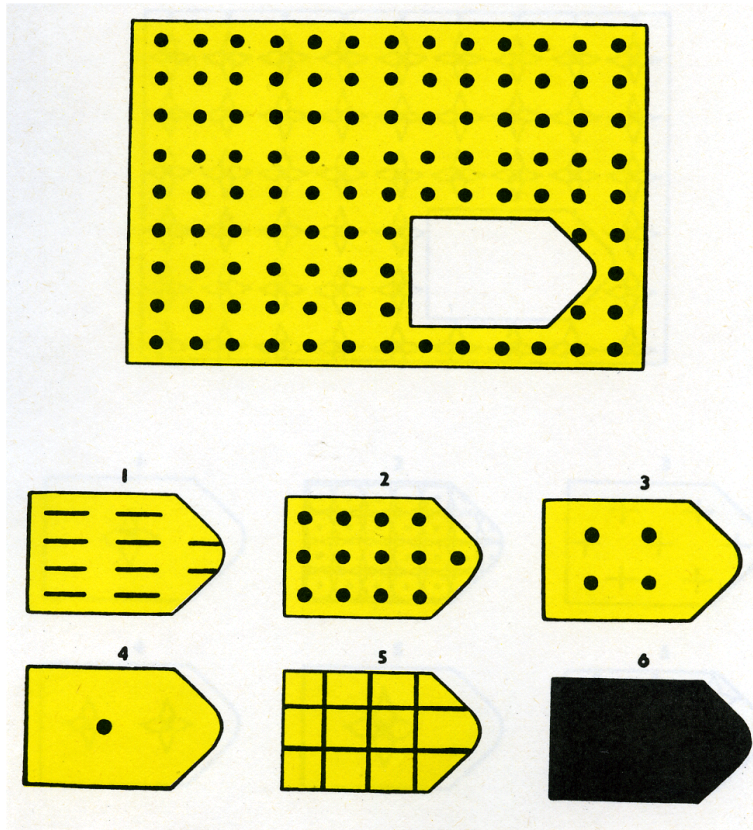


QI Indices (optionnel)



- Subtests « verbaux »
- Information
- Similitudes
- Vocabulaire
- Compréhension
- Subtests « non verbaux »
- Cubes
- +/- complètement d'images

Raisonnement visuel analogique



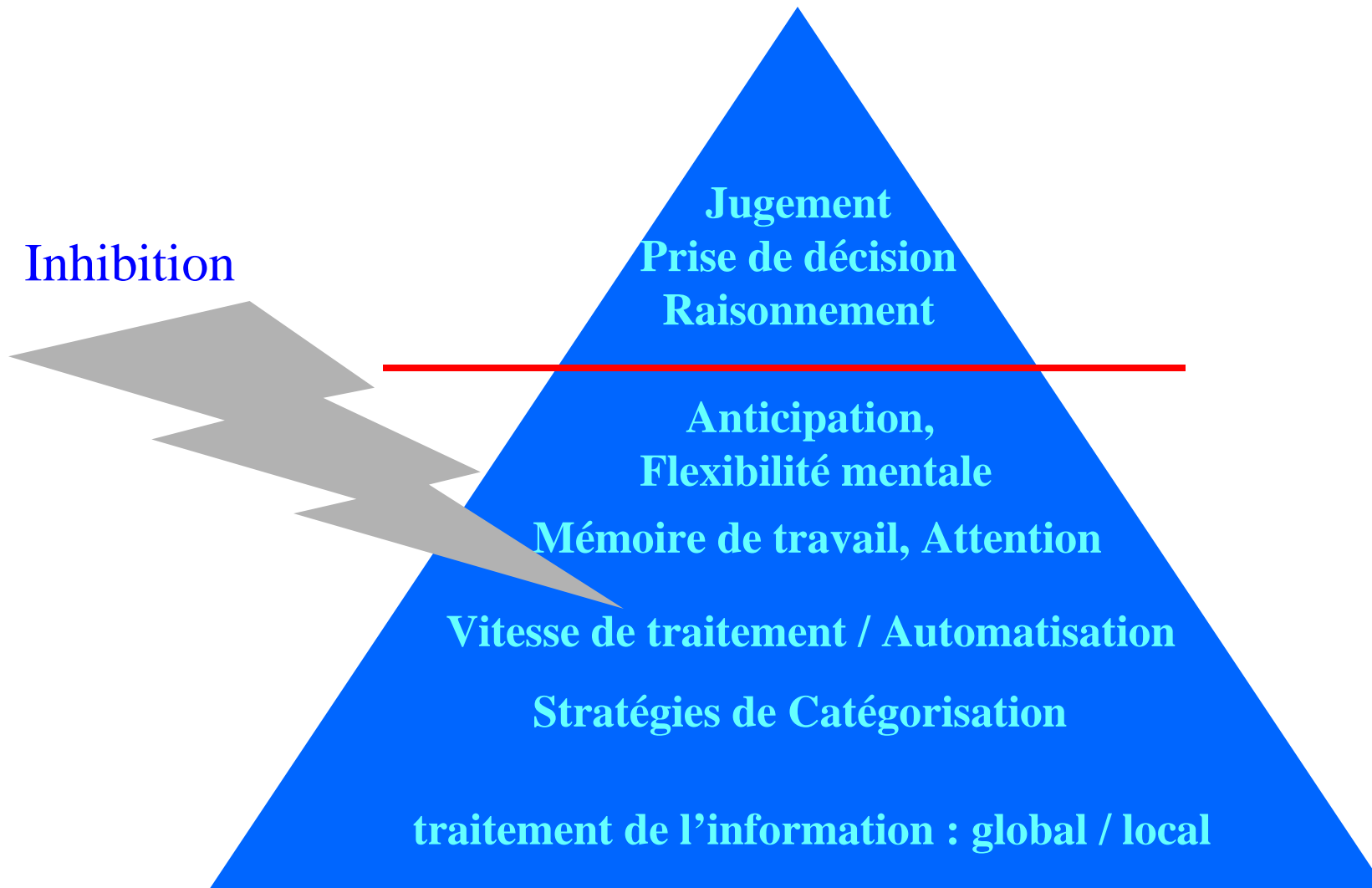
« Bas niveau » de traitement
perceptif

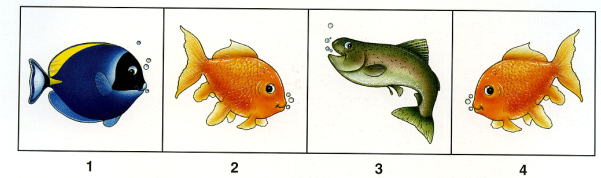
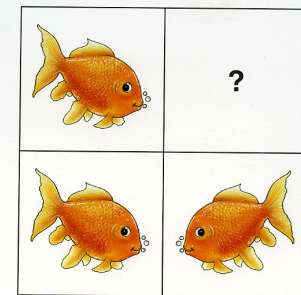
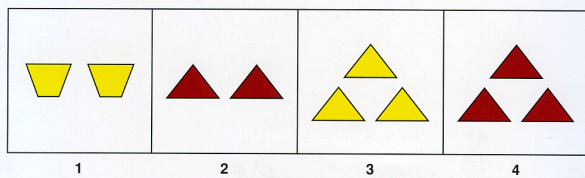
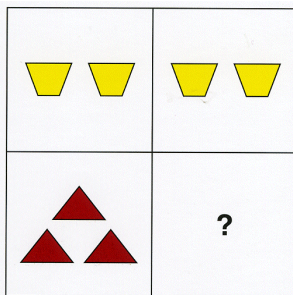
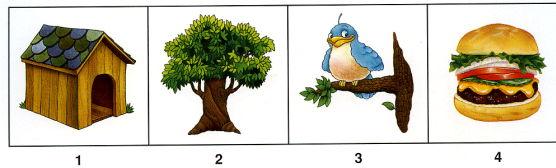
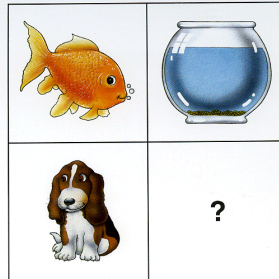
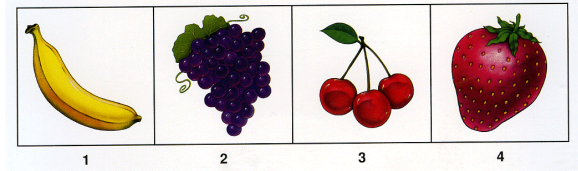
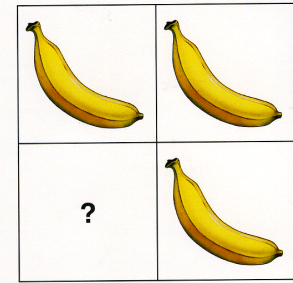
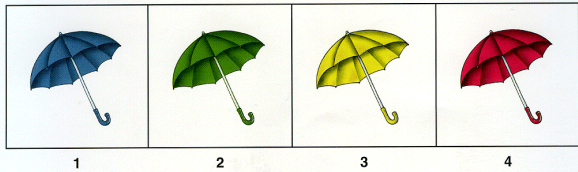
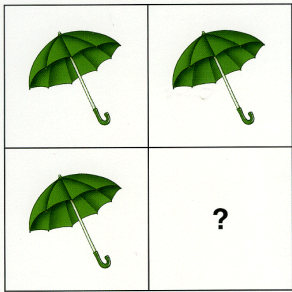


« Haut niveau » de traitement
Raisonnement / catégorisation

Déficiência mentale :

Altération des Processus généraux d'apprentissage





FRAGILITE CONSTITUTIONNELLE ?

Vulnérabilité biologique

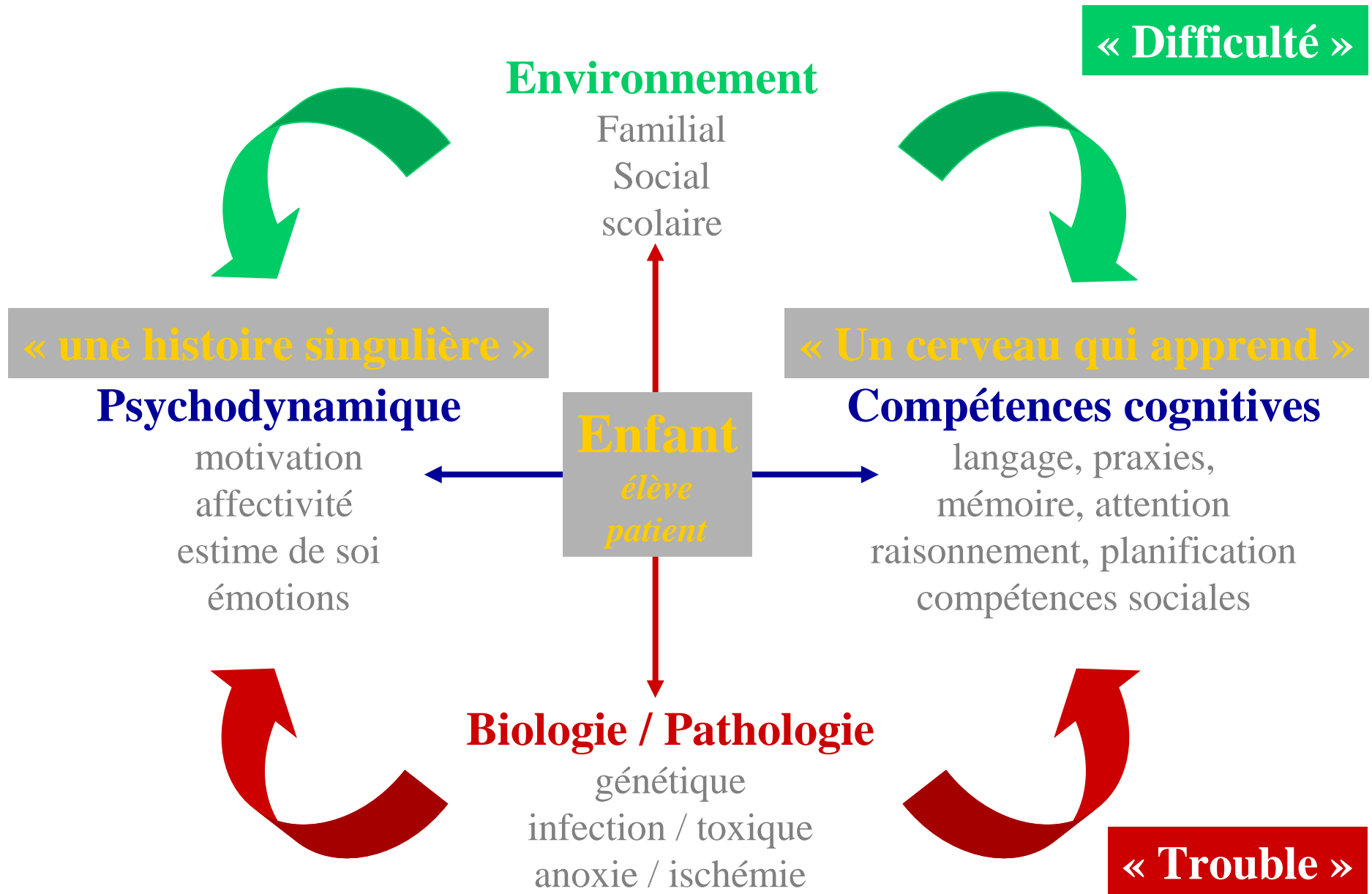
(GENETIQUE / TOXIQUE / INFECTIEUSE...)

~~OU~~ ET

PROBLEME d'ENVIRONNEMENT ?

(FACTEURS PSYCHOLOGIQUES, EDUCATIFS...)

Interaction entre vulnérabilité biologique et histoire singulière



Inhibition Psychique : « mauvaise utilisation des moyens »

Manque de motivation

Immaturité affective

Opposition

Dépression

Préoccupations

Anxiété

TOC

Déficiences : « manque de moyens cognitifs »

Trouble spécifique d'apprentissage

Dysphasie

Dyspraxie

Dyscalculie

Dyslexie

Déficit d'Attention

« Multidys »

Dysharmonie
psychotique / MDD

Trouble global d'apprentissage

Déficiences intellectuelles

Régression

Trouble du contact social

Troubles envahissants du développement

Retard Fixé

Autisme

Asperger

**Des simples difficultés...
à un véritable trouble des apprentissages :
un continuum.**

Problèmes psychologiques, éducatifs, pédagogiques ...

« Difficulté »

« Trouble »

Vulnérabilité biologique / Pathologie / déficience
« Terrain » : Lésion cérébrale / facteur génétique

?



Comment distinguer une difficulté et un trouble des apprentissages ?

Situation qui nécessite de consulter pour un **DIAGNOSTIC** :

- ✓ le caractère **envahissant** (intensité) du trouble comportemental
- ✓ le caractère **durable** de la difficulté à apprendre

malgré un ajustement de l'action pédagogique,

+/- d'une aide spécifique (RASED, orthophonie)

et un partenariat avec la famille.

⇒ Bilan de langage

⇒ test psychométrique

⇒ avis pédopsychiatrique

⇒ +/- avis neuropédiatrique

⇒ +/- avis d'un centre de référence

les signes d'appel ou d'alerte d'un trouble des apprentissages

Le repérage est complexe car au premier abord, les manifestations des troubles d'apprentissage (sauf cas très sévère), ne sont pas radicalement différentes de celles qui peuvent se présenter chez nombre d'élèves !!

⇒ Enjeu pour l'enseignant qui alerte :
ne pas banaliser ni stigmatiser ou inquiéter inutilement.

1/- Repérage par l'enseignant / le RASED...

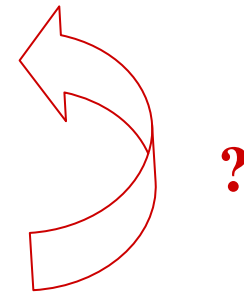
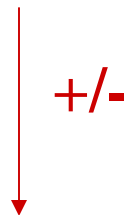
- ✓ **Echec dans les étapes d'acquisitions** requises :
-> « il n'apprend pas malgré les stratégies pédagogiques habituelles »
- ✓ **Troubles du comportement** : hyperactivité, agressivité, isolement...

2/- Dépistage par la médecine scolaire

- ✓ PMI : 3-4 ans,
- ✓ Médecine scolaire : 5-6 ans

« Du trouble (déficience)... au handicap »

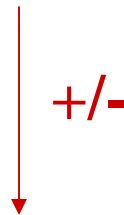
Déficience
vulnérabilité biologique



Incapacité à apprendre :

Repérage de l'enseignant, des parents

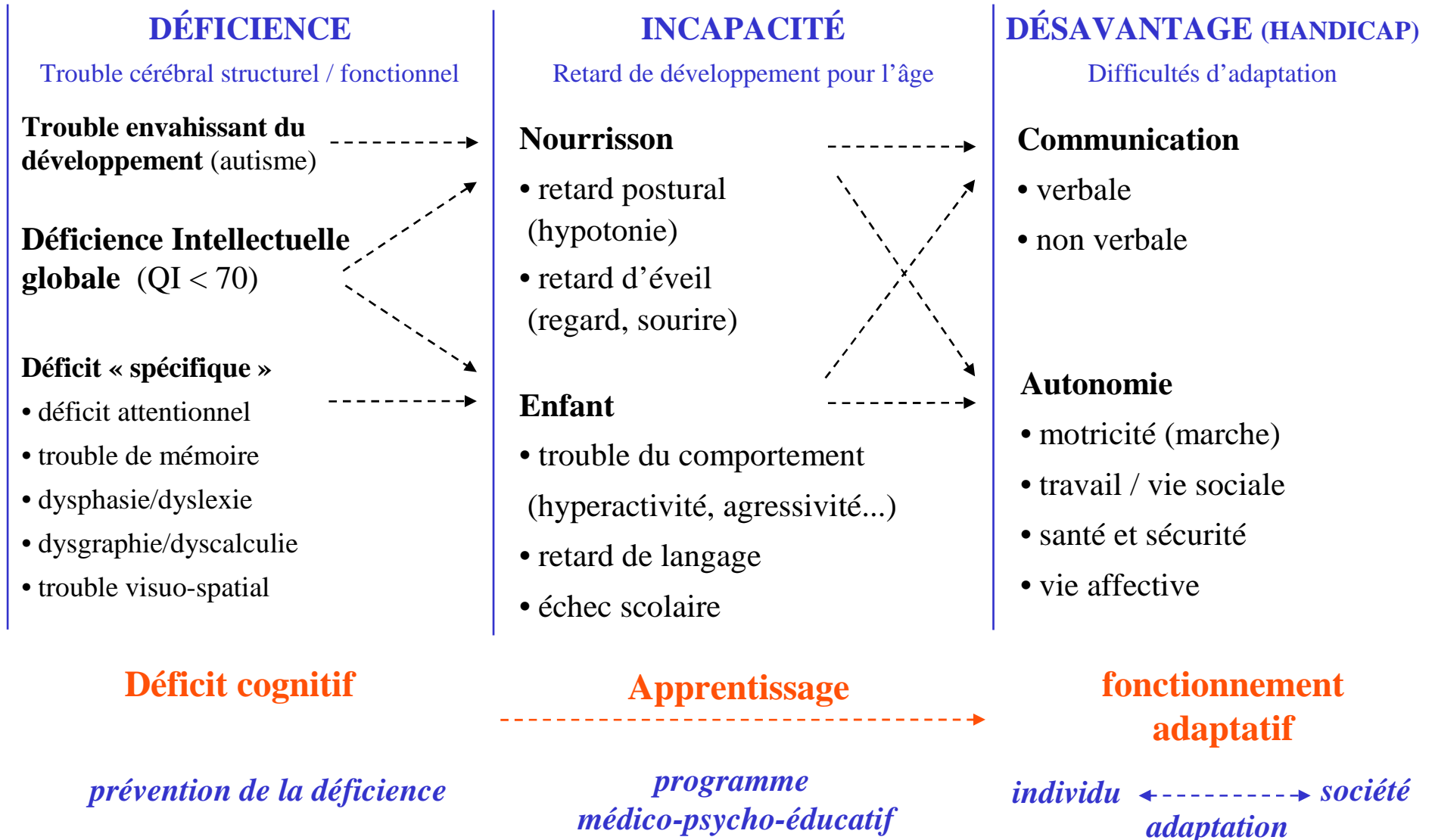
Dépistage du médecin scolaire, de la psychologue



Handicap : Désavantage

Fonction de la qualité du parcours scolaire

Les trois composantes du handicap



Chez le nourrisson et enfant < 3 ans

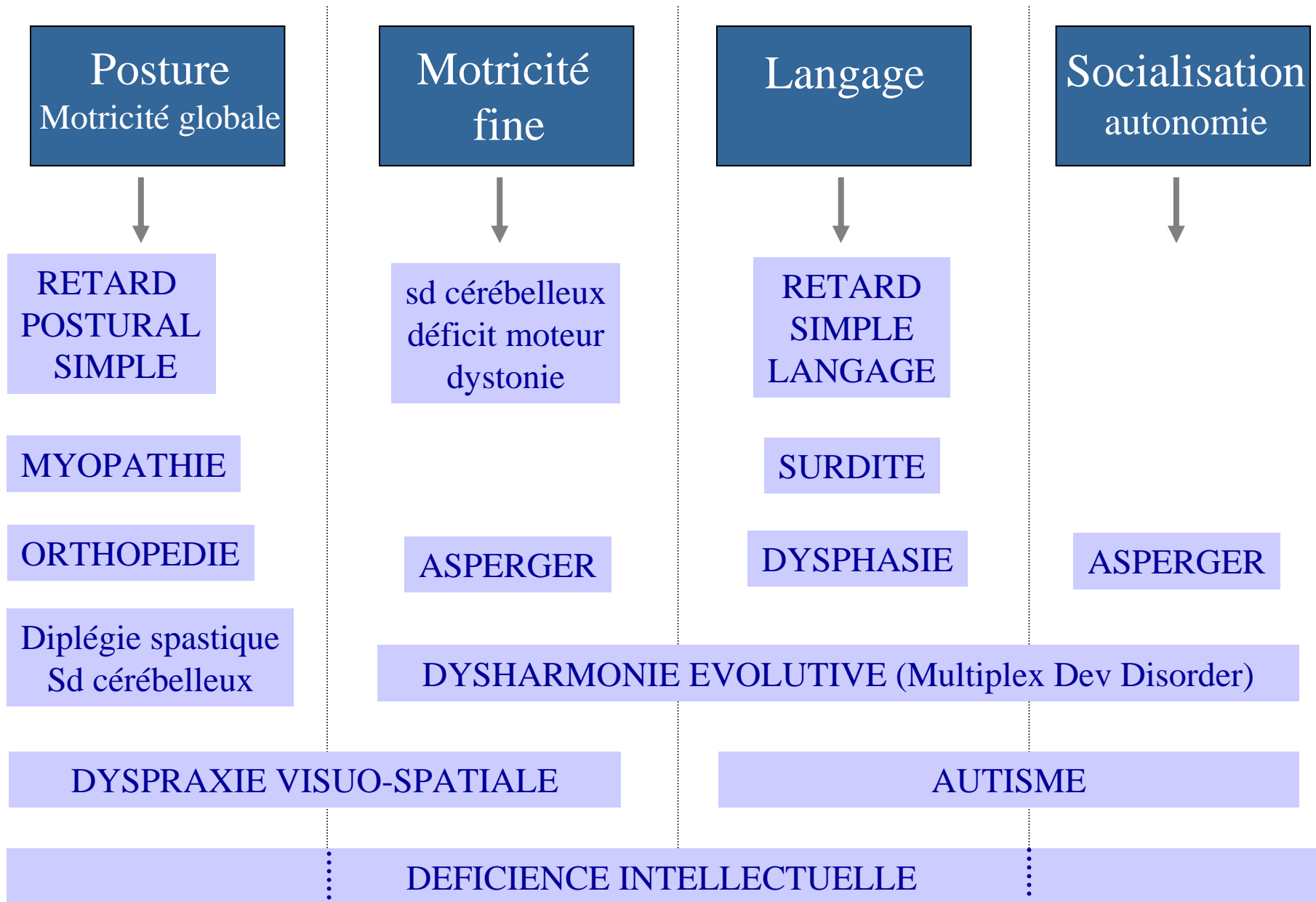
RETARD PSYCHOMOTEUR

≠

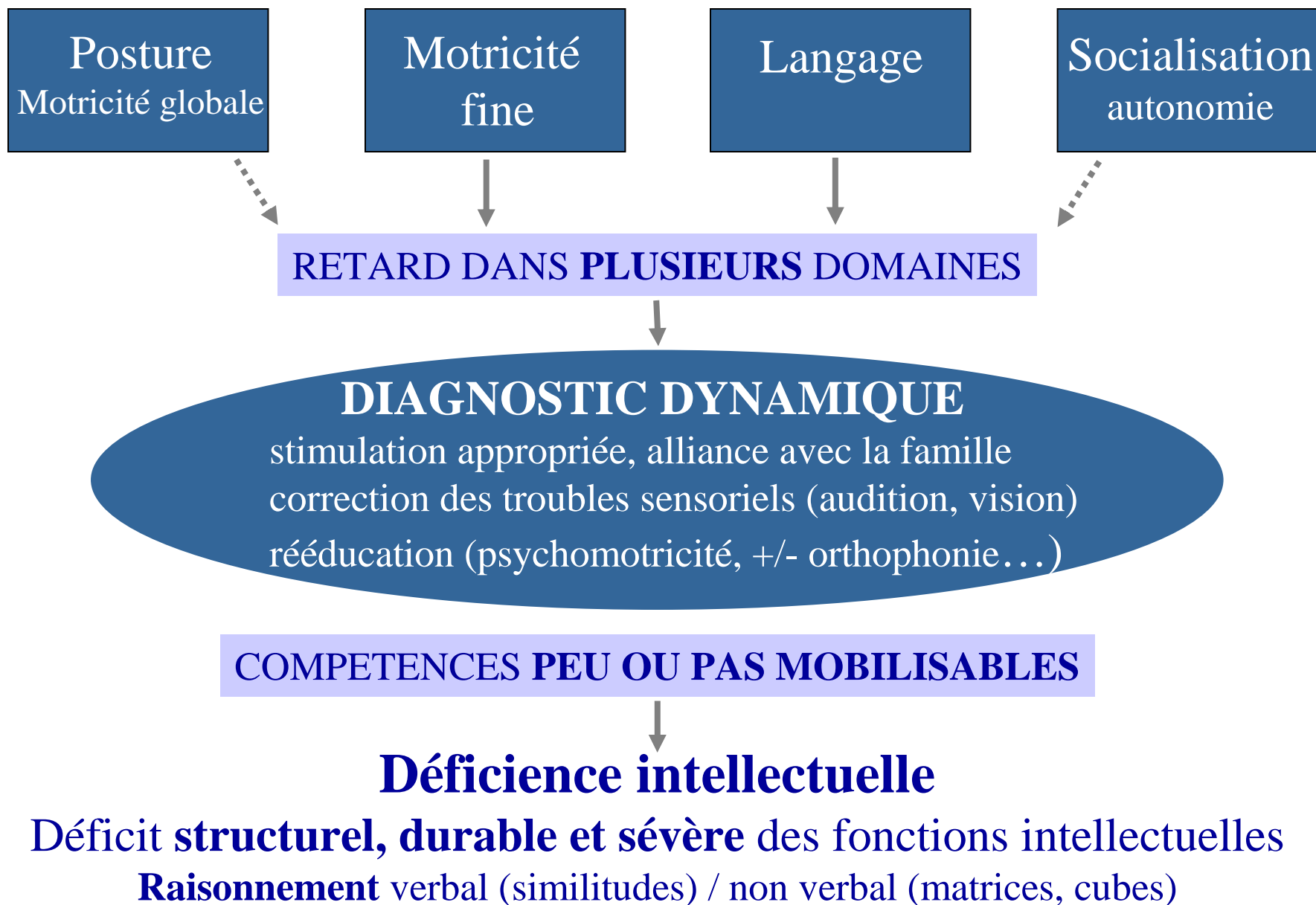
DEFICIENCE INTELLECTUELLE !

**=> Analyser les quatre domaines
de développement**

« Retard de développement psychomoteur »



Retard de développement psychomoteur



Chez l'enfant > 4 ans

TROUBLE SPECIFIQUE

ou

DEFICIENCE INTELLECTUELLE ?

=> Analyser les tests psychométriques

Nom et prénom : .

.. Sexe : *M. H. M. H.*

Etablissement : Age :

Psychologue : ...
..... Classe : *6^e*
Redouble

WISC-III™

Echelle d'Intelligence de Wechsler pour Enfants - 3^e édition

Subtests	Notes brutes	Notes standard				
		Verb.	Perf.	CV	OP	VT
Complètement d'images	14		02		02	
Information	15	08		08		
Code	51		08			08
Similitudes	12	07		07		
Arrangement d'images	12		02		02	
Arithmétique	19	09				
Cubes	23		02		02	
Vocabulaire	27	08		08		
Assemblage d'objets	12		01		01	
Compréhension	16	07		07		
(Symboles)			()			
(Mémoire des chiffres)	15	(10)				
(Labyrinthes)			()			
Somme des notes standard		39	15	30	07	
Note à l'Echelle Totale		54				

	Années	Mois	Jours
Date de passation	00	11	30
Date de naissance	87	07	24
Age	13	03	

	Note	QI/ Indice	% ile	% de l'intervalle de confiance
Verbal	39	96	18	87 - 93
Performance	15	57	0,2	54 - 69
Total	54	88	2	64 - 75
Comp. Verb.	30	85	16	80 - 92
Org. Percep.	7	53	0,1	51 - 66
Vit. de Trait.				-

Guillaume, 15 ans

Né à 40 SA, poids 3240g, T 50 cm.

Marche 19 mois

Retard massif du langage

En PSM à 3 ans : phrases de 2 mots

Orthophonie libéral +++

CAMSP (4 à 7 ans) psychothérapie, psychomot.

CP puis Hop de Jour puis IME à 12 ans

A 15 ans, adressé par l'IME
pour suspicion de dysphasie

Contact agréable. Très sociable

Motricité fine : pince pouce index malhabile

Dyspraxie bucco-linguale

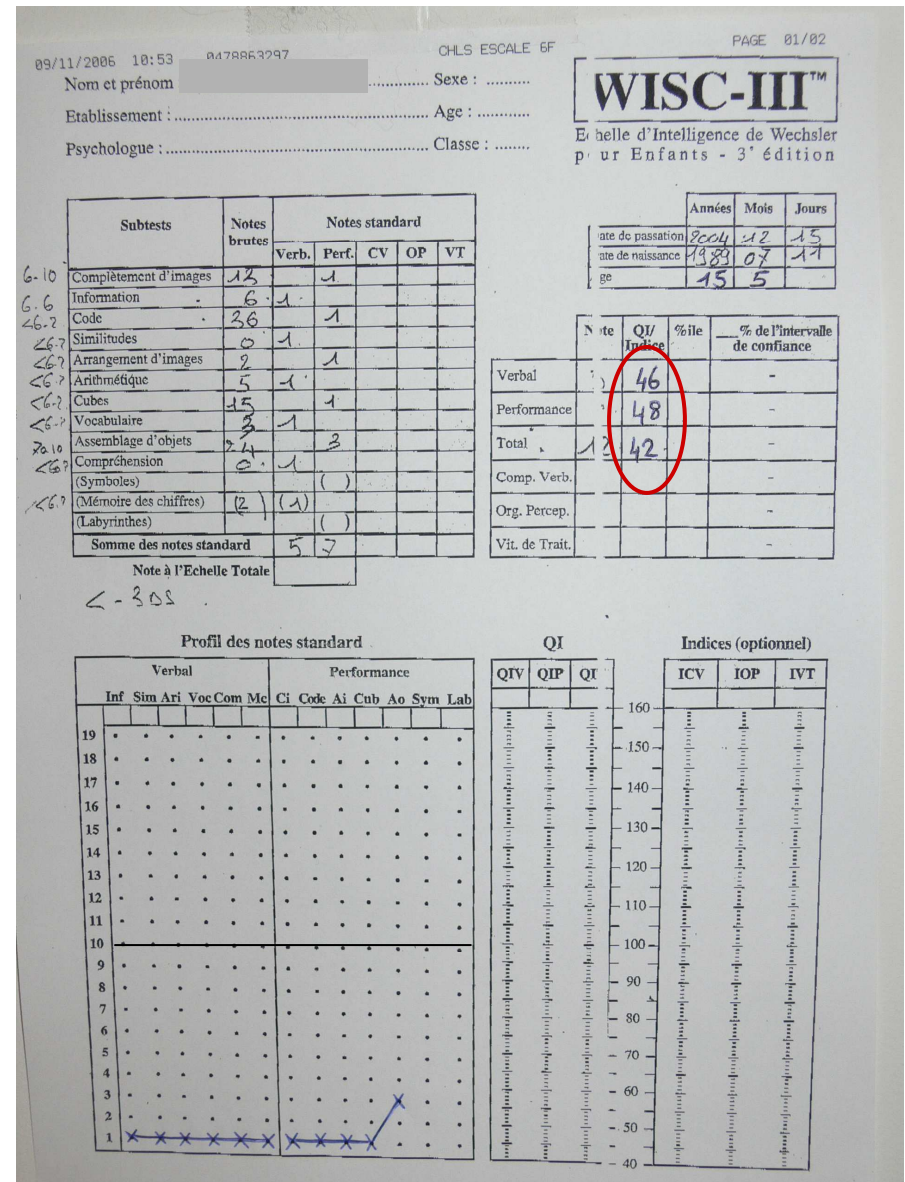
Troubles articulatoires Ne comprend pas.

Réponses brèves et stéréotypées.

WISC-III : QI 42 (QIV 46, QI P 48)

= **Déficience intellectuelle modérée**

=> Mutation gène ARX identifiée



Olivier, 10 ans

Né à 41 SA,

PN 3380g, T 49 cm, PC 36.5 cm

Marche 19 mois

Retard massif du langage

=> CMP à 3 ans : psychomotricité + orthophonie

Scolarisé en CP à 6 ans, puis CLIS.

Arrêt de l'orthophonie pendant 2 ans...

A 10 ans,

Tr. phonologiques majeurs / agrammatisme,

Compréhension préservée

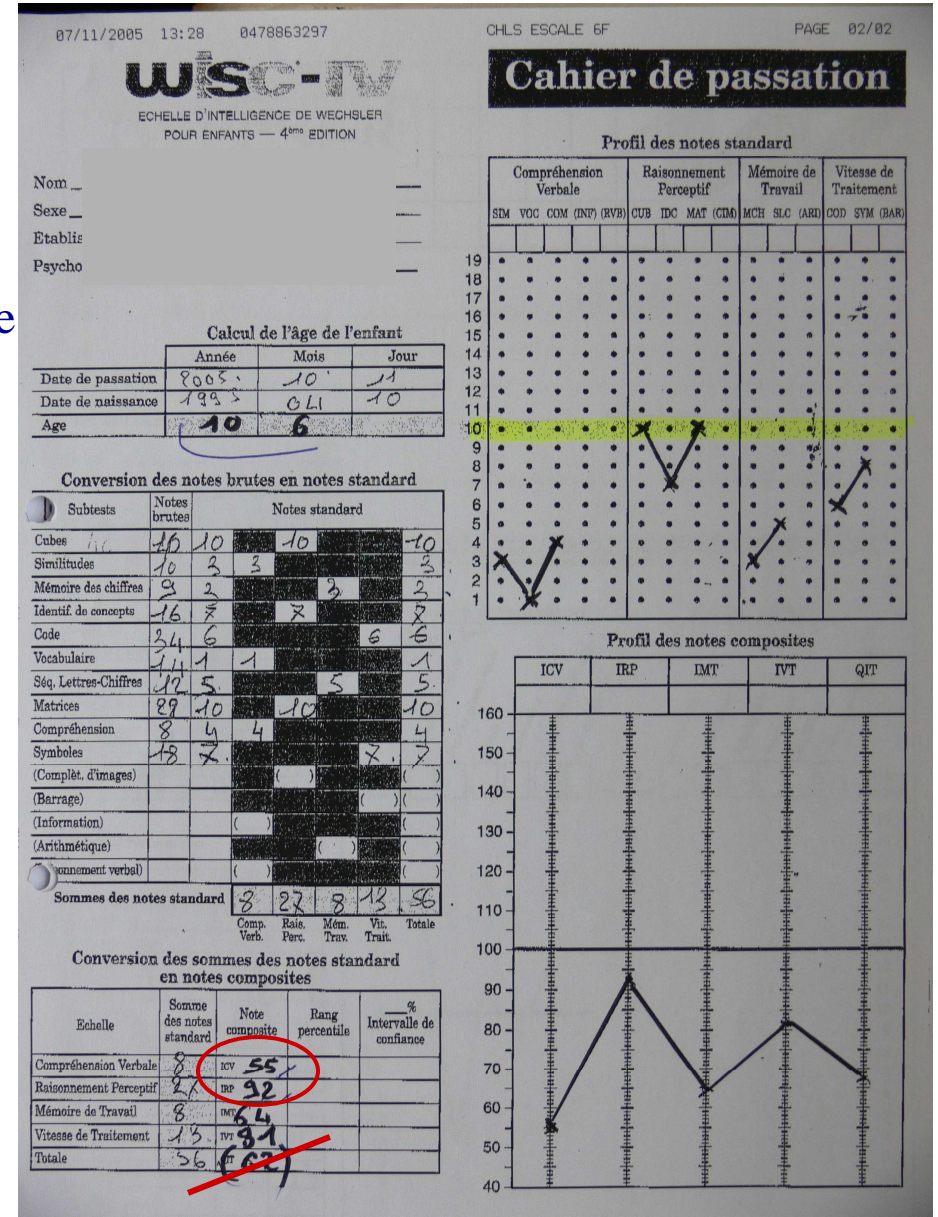
WISC-IV : Raisonnement perceptif normal (92)

Très rapide en matrices analogiques visuelles

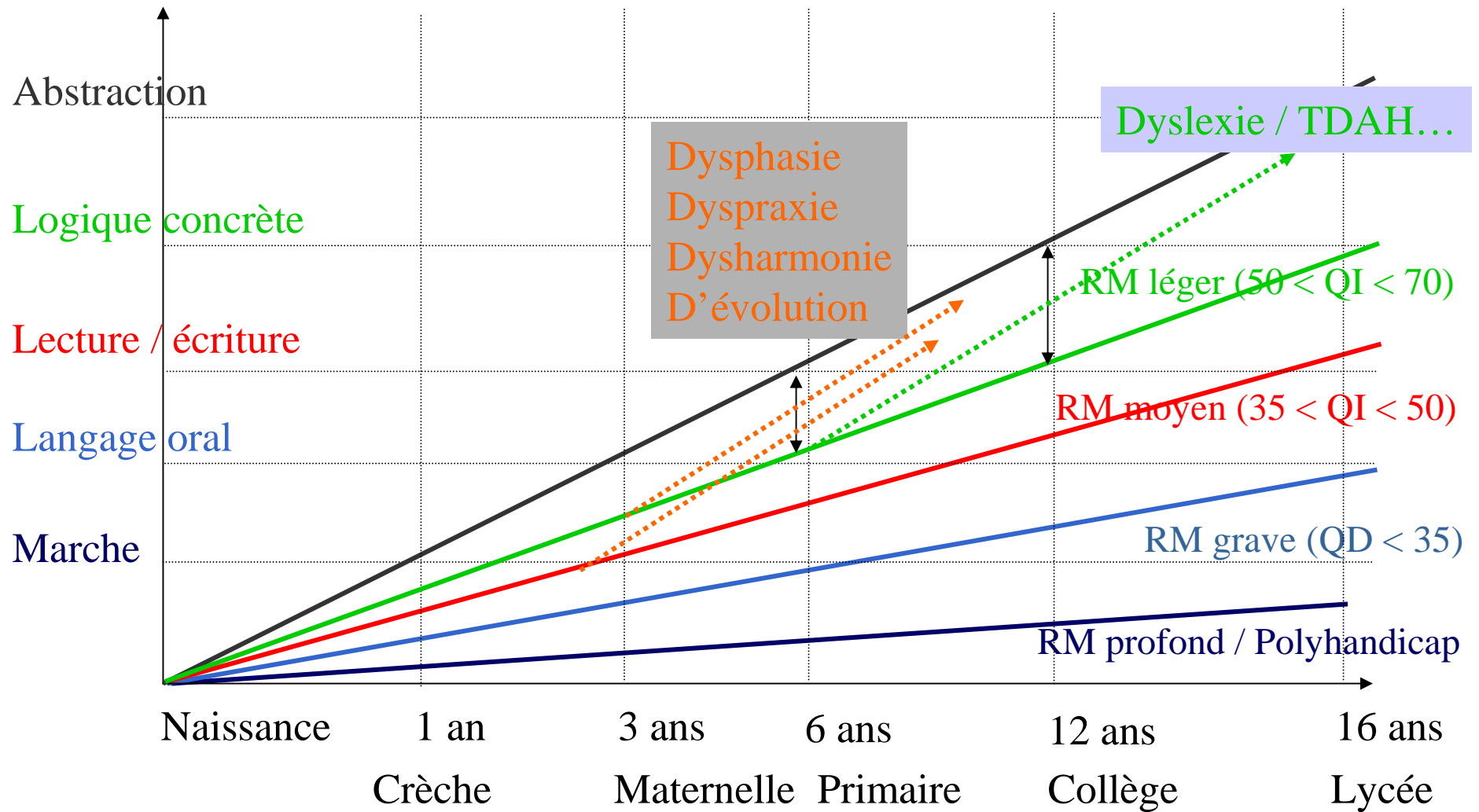
= **Dysphasie expressive phonologico-syntaxique sévère**

=> Scolarisation : CLIS TSL

+ orthophonie intensive



A quel âge faire le diagnostic de déficience intellectuelle ? Ou de trouble spécifique ?



Justine

« enfant à risque neurologique »

Grande prématurée, RCIU

Microcéphalie – 3DS

Pas de déficience intellectuelle

Déficit attentionnel avec Hyperactivité

Difficultés d'ajustement social

Suivie jusqu'à 8 ans... et après ?

Justine adressée par sa pédiatre à 4 ans (Octobre)
Pour **agitation psychomotrice**.

sœur jumelle. nées à 29 SA,
accouchement déclenché pour doppler pathologique, oligo amnios chez l'une des jumelles (Justine).

placenta : infarctus placentaire et une artère ombilicale unique.
retard de croissance intra-utérin sévère : A 29SA, PN 550 g, taille 29 cm, PCN 23 cm.
ventilation assistée pendant 30 jours, ETF normale.

Le développement psychomoteur est normal
marche à 16 mois,
un langage de bonne qualité avec des phrases et des verbes conjugués.

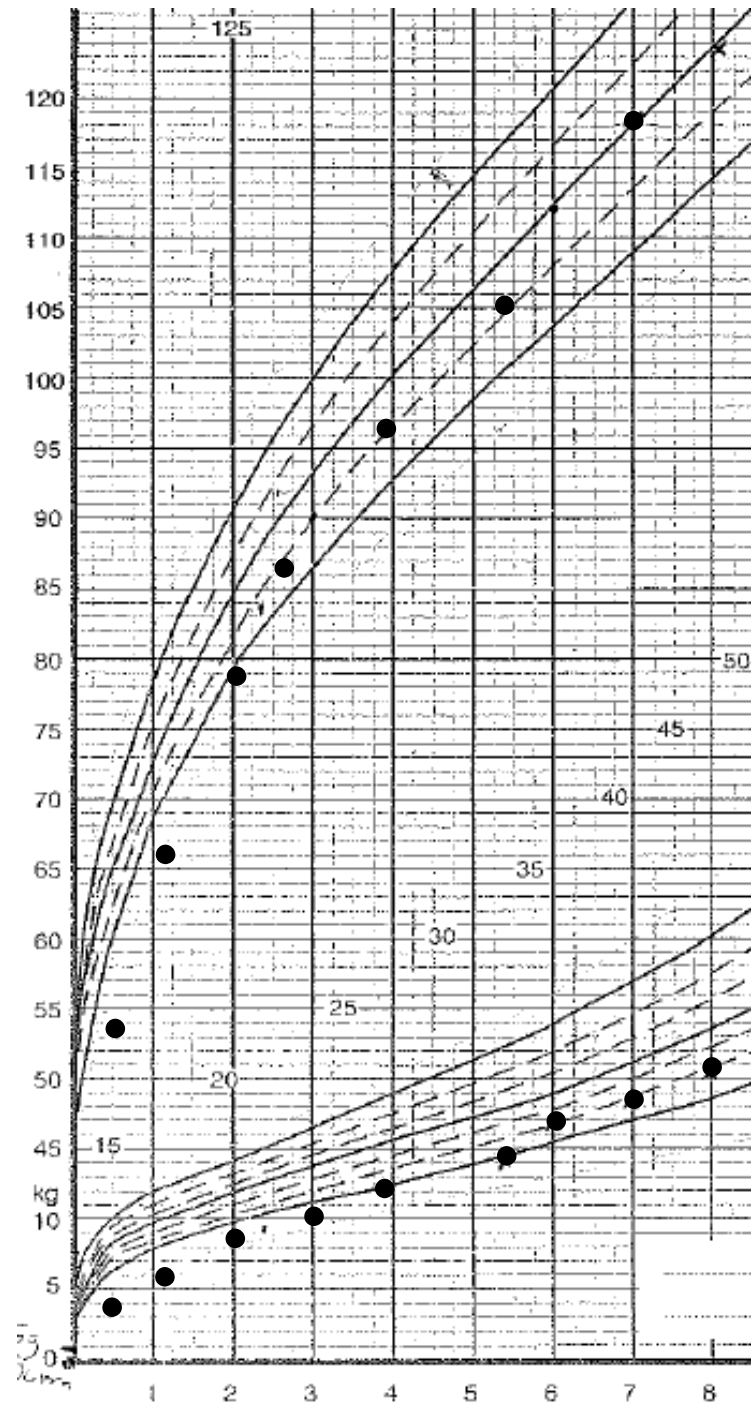
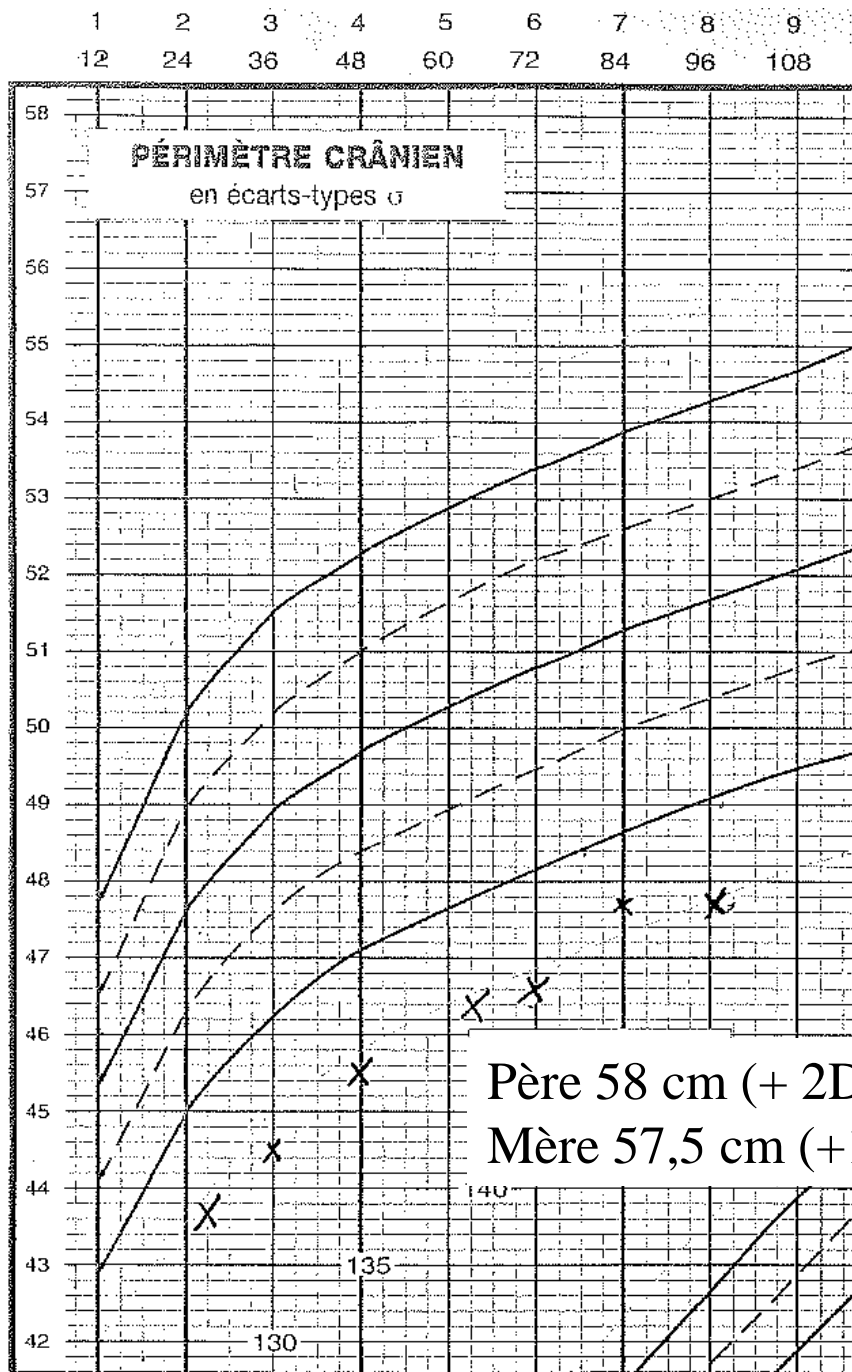
comportement difficile à l'école :

agitation psychomotrice, non respect des consignes.
très sociable, parfois désinhibée, passant « du coq à l'âne ».
très bonne mémoire, chantonne.

graphisme : ronds et bonhommes « têtards ». pas de puzzle.

alimentation variée,
sommeil de bonne qualité mais de courte durée.

La croissance staturo-pondérale : courbe



Examen clinique, 4 ans

poids 12.4 kg (-2 DS), taille 96 cm (-1 DS), PC 46 cm (-3 DS).

Très bon contact social, répond de manière adaptée aux consignes y compris des ordres comprenant 3 critères de choix.

pas d'agnosie visuelle, très bonne dénomination.

Bonne motricité globale, sans syndrome pyramidal ou cérébelleux.

En motricité fine, quelques syncinésies discrètes, pas tremblement épreuve doigt-nez.

Sur le plan morphologique, pas de particularité.

En conclusion,

agitation psychomotrice et microcéphalie -3 DS

développement psychomoteur normal.

Cette agitation peut révéler par la suite des difficultés d'apprentissage avec trouble de concentration. À prendre en compte dès maintenant.

⇒ démarrage séances de psychomotricité soit au C.M.P., soit en libéral.

Sur le plan étiologique,

RCIU sévère lié aux troubles de vascularisation placentaire.

inhabituel d'avoir une microcéphalie prononcée.

⇒ électroencéphalogramme

⇒ avis généticiens.

⇒ Caryotype Fish 22q11, 7-déhydrocholestérol.

EEG de veille : foyer de pointes et de pointes ondes de faible amplitude, frontal droit diffusant en fronto-central droit au sommeil. Ce foyer reste peu actif.

N'explique pas les difficultés psychomotrices de Justine.

	Année	Mois	Jour
Date de l'examen	07	01	11
Date de naissance	02	11	02
Age	5	2	9

Subtests Performance	Note brute	Note standard
Assemblage d'objets	21	9
Figures géométriques	29	5
Carrés	17	7
Labyrinthes	13	7
Complètement d'images	18	9
(Damier des animaux)	()	()

Total
Subtests Performance 36

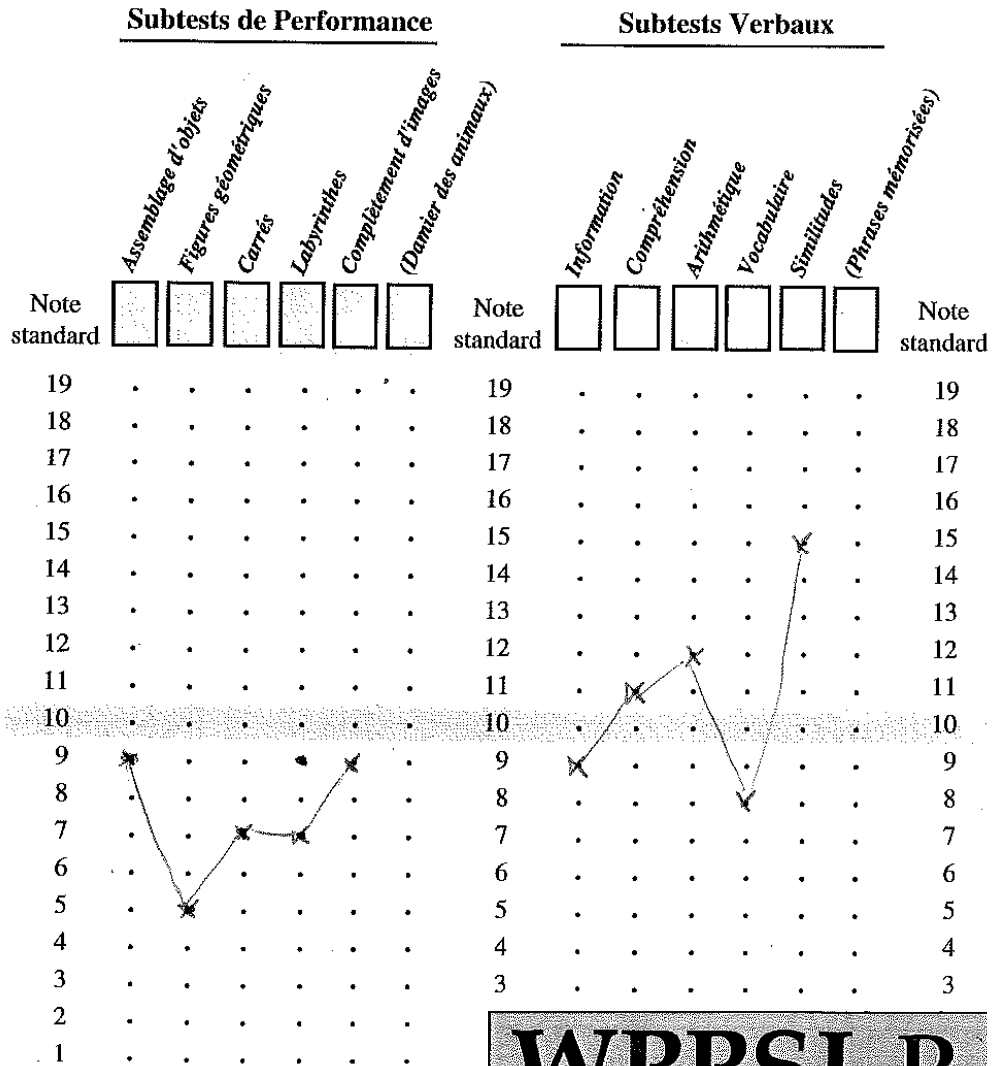
Subtests Verbaux	Note brute	Note standard
Information	17	9
Compréhension	17	11
Arithmétique	14	12
Vocabulaire	15	8
Similitudes	22	15
(Phrases mémorisées)	()	()

Total
Subtests Verbaux 55

	Somme des notes standard	QT
Echelle de Performance	36	81
Echelle Verbale	55	106
Echelle Totale	91	93

PROFIL

"Pour tracer le profil de notes de l'enfant, reporter les notes standard obtenues pour chaque subtest dans les cases ci-dessous puis inscrire une croix sur le point correspondant à la note standard pour chaque subtest ; enfin, joindre ces croix par une ligne afin d'obtenir le profil".



WPPSI-R

5 ans 4 mois

grande section de maternelle (avec sa sœur).

comportement à l'école difficile,

 perturbe les autres enfants, du mal à se faire des amis.

 Beaucoup mieux dans la relation avec l'adulte.

peut écouter les consignes et répond de manière adaptée mais très impulsive

A l'examen, poids 14.1 kg (3^{ème} p), taille 105 cm (-1 DS), PC 46.5 cm (-3 DS).
vive, ne cesse de parler, réflexions tout à fait pertinentes.

examen neuromoteur :

pas d'atteinte cérébelleuse, spastique ou dystonique.

droitière, un peu plus maladroite à gauche.

syncinésies (manœuvres d'opposition des doigts),

chorée de Prechtl (manœuvre des bras tendus)...

 « petits signes » non spécifiques (soft signs)

 habituellement retrouvés chez enfants hyperactifs avec déficit attentionnel.

Conclusion

=> trouble de régulation comportementale d'origine préfrontale

 démarrage psychomotricité au CMP

 l'an prochain en CP discussion d'un traitement médicamenteux ?

5 ans 10 mois

en CP, séparée de sa sœur jumelle. changé d'école et a déménagé.

En récréation, toujours tendance à aller vers sa sœur, interagit peu avec enfants de son âge, plus à l'aise avec des plus grands ou des adultes.

nette amélioration de son comportement, parfois étourdie mais moins instable et impulsive à l'école. reste plus agitée à la maison, très angoissée, a sans cesse besoin d'être rassurée.
rentre bien dans les apprentissages sur le plan de la lecture.
garde quelques difficultés graphiques.

6 ans 2 mois

ne fait pas de vélo sans roulettes, difficultés pour attraper un ballon
autonomie : fait sa toilette seule, s'habille seule mais lente et des difficultés avec les boutons et laçage
bonne intégration des notions spatiales (dessous/dessus, devant/derrière, etc.)

Droitière

peu d'appétence pour les puzzles et jeux de construction, serait malhabile
écriture : difficultés à suivre les lignes, pas de difficultés en dessin
difficultés dans l'utilisation des outils : couverts, tracer un trait avec une règle, se servir un verre d'eau

Questions

⇒ Dyspraxie gestuelle ? +/- visuo constructive ?

⇒ Déficit attention ?

Evaluation neuropsychologique

très bon contact, désinhibée, parle sans cesse, distractible ++, instabilité motrice : touche à tout, explore tout.

Etude des praxies

- Cubes de la NEPSY : ns= 11

Bonne analyse visuelle du modèle, quelques difficultés de coordination motrice.

- Triangles du K-ABC : ns= 13

Pas de gêne dans le traitement des obliques.

- Précision visuomotrice de la NEPSY : ns= 9

dans la norme pour la vitesse d'exécution et la précision.

- Copie de Figures de la NEPSY : ns= 7

Epreuve un peu moins bien réussie en raison d'une certaine précipitation, d'un manque de planification.

- Imitation de positions de mains de la NEPSY : ns=7

difficulté dans cette épreuve, productions approximatives, se trompe parfois de doigt ou s'aide de l'autre main.

=> pas de dyspraxie visuo-spatiale.

=> difficultés des praxies gestuelles, de la coordination motrice et de la planification.

Test d'attention standardisé sur ordinateur (Kitap)

trouble de l'attention soutenue, distractibilité, défaut d'inhibition, grande impulsivité.

=> Discussion traitement psychostimulant (ritaline)

1/ EEG veille et sommeil normal, disparition des anomalies préfrontales.

2/ Avis pédopsychiatre : pas de traitement psycho-stimulant pour l'instant.

Propositions thérapeutiques :

- ⇒ conseils pédagogiques pour enfants présentant un trouble attentionnel
- ⇒ suivi psychologique très régulier au C.M.P.
- ⇒ orthophonie pas nécessaire

7 ans en CE1.

A l'école,
cela se passe bien, tant au niveau du comportement que des acquisitions scolaires.
a du mal à se faire des amis, n'est pas invitée aux anniversaires.
beaucoup plus à l'aise en relation duelle avec l'adulte.

Sur le plan comportemental, à la maison,
nécessite d'être cadrée.
reste encore très inquiète avec une angoisse de séparation.
petite dormeuse, rituels d'endormissement prolongés.

examen clinique,
pas de spasticité.
motricité fine correcte sans tremblement intentionnel.
L'écriture en main D., en préhension bi digitale distale

Conclusion

Persistances des difficultés d'ajustement social et de l'angoisse de séparation
=> poursuite du suivi régulier au CMP

8 ans

en CE2.

très bonne en français

compétences particulières dans la lecture à haute voix.

capable de mettre instantanément le ton correspondant au contexte de l'histoire.

En mathématique,

plus de mal, probablement du fait d'une impulsivité.

apprend des poésies en les lisant une seule fois.

comportement à l'école correct : l'enseignante ne s'en plaint pas.

Le suivi au CMP est poursuivi

Sur le plan relationnel,

Amélioration de l'interaction avec les enfants de sa classe.

A revoir fin octobre 2010 :

comment aura débuté le CM1 ? en particulier en mathématique.

réévaluer les capacités d'attention et d'inhibition,

discuter un psycho stimulant à très faible dose.

Charles

Trouble envahissant du développement ?

NON !

Enfant précoce

Dyspraxique

TDAH

Ne pas fixer trop vite le diagnostic

Suivre la Trajectoire développementale +++

Charles, 6 ans 5 mois, consultation octobre 2007, pour « troubles cognitifs complexes »

4^{ème} d'une fratrie de 5 enfants

(un frère décédé à 8 mois de grossesse, 4 ans avant la naissance de Charles).

période périnatale et petite enfance non précisés (pas le carnet de santé).

Langage

premiers mots < 2 ans, association 2 mots > trois ans, 1ères phrases : cinq ans.

premières années, jargon peu intelligible.

garde des troubles articulatoires mais discours actuellement très compréhensible.

Motricité

marché à 16 mois, tombait souvent.

rapidement autonome pour prendre sa douche, moins pour l'habillage.

confond la droite et la gauche, retard de graphisme.

Comportement

Tout petit, peur des aspirateurs, sans autre angoisse archaïque.

s'inquiète souvent pour les autres. pas d'accès de colère.

Maison et école : parle beaucoup, ne tient pas en place, doit être canalisé sans arrêt.

Maison, joue beaucoup en relation duelle avec sa sœur.

Ecole, copains mais difficultés d'ajustement relationnel avec les enfants de son âge
plus à l'aise avec les grands.

Centres d'intérêts très focalisés sur des thématiques qui se succèdent :

Pirates, pompiers => soldats 2eme guerre mondiale (Dr DES PORTES -> déportation)

Respecte peu les règles sociales.

Examen à 6 ans et 5mois,

poids 18.5 kg (25^{ème} p), taille 112 cm (-1 DS), PC 54 cm (+1.5 DS).

petite bouche, racine du nez assez large, pas de lchette bifide,
pas de tache cutanée ni de viscéromégalie.

Langage

attentif à la conversation, y prend part.

voix un peu rauque

troubles articulatoires persistants mais discours intelligible.

comprend très bien les consignes mais peut avoir des persévérations motrices.

motricité

-globale maladroite,

marche sur une ligne approximative,
saut monopodal impossible.

- gestes fins

manœuvre d'opposition du doigt et du pouce
et séquence de trois gestes correctes.

Pas de tremblement intentionnel

-Écriture

tient son stylo en main droite : tri-digitale avec la pulpe.

écrit son prénom en lettre majuscule

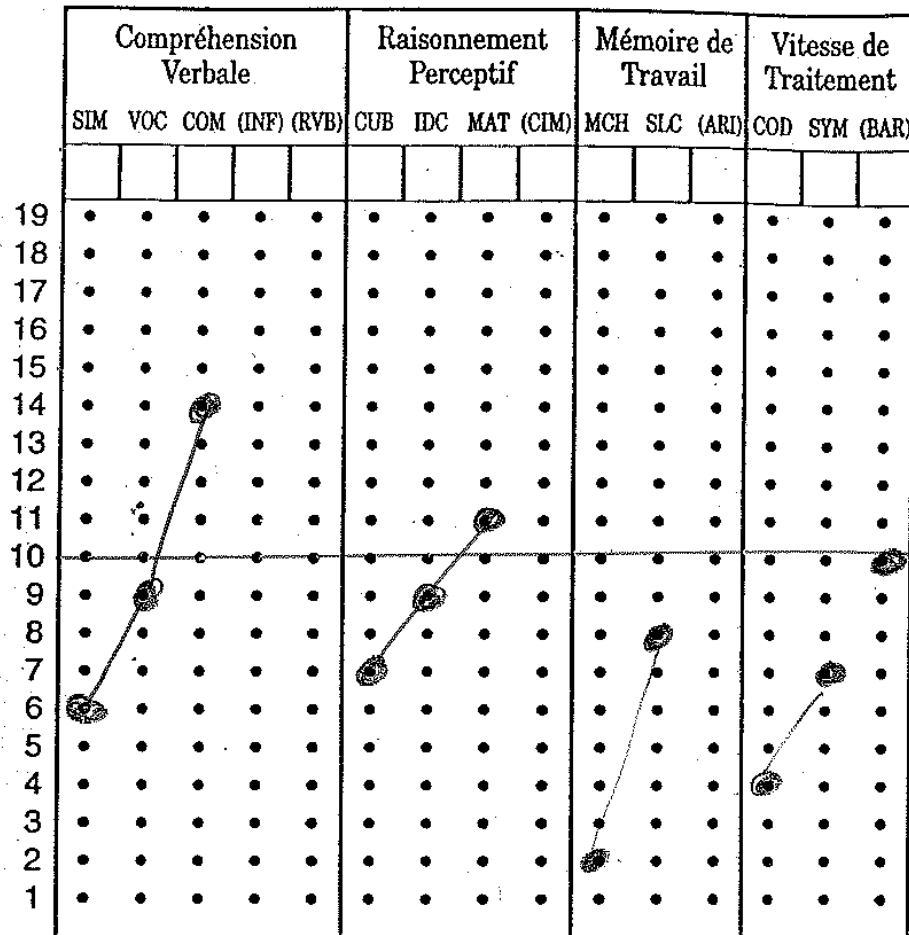
écriture en lettre liée plus difficile.

pas de syndrome cérébelleux, dystonique ou spastique.

Oculomotricité normale

WISC-IV

Profil des notes standard



6 ans

déficit attentionnel

éléments dysexécutifs

Persévérations

difficultés de planification

mémoire de travail déficitaire

troubles praxiques

Conversion des sommes des notes standard en notes composites

Echelle	Somme des notes standard	Note composite	Rang percentile	95% Intervalle de confiance
Compréhension Verbale	29	ICV 98		
Raisonnement Perceptif	27	IRP 92		
Mémoire de Travail	10	IMT 70		
Vitesse de Traitement	11	IVT 76		
Totale	77	QIT 81		

Diagnostic neuropsychologique / psychopathologique ?

- pas un TDAH typique.
 - trajectoire développementale particulière :
 - retard de langage
 - préoccupations avec thématiques très ciblées
 - difficulté d'ajustement avec ses pairs.
- => trouble envahissant du développement ou dysharmonie évolutive ?
- MAIS : très bonne compréhension des normes sociales
 - difficultés d'ajustement relationnel variables, plus à l'école qu'à la maison.
- => je garde une bonne impression clinique en consultation !

Actions

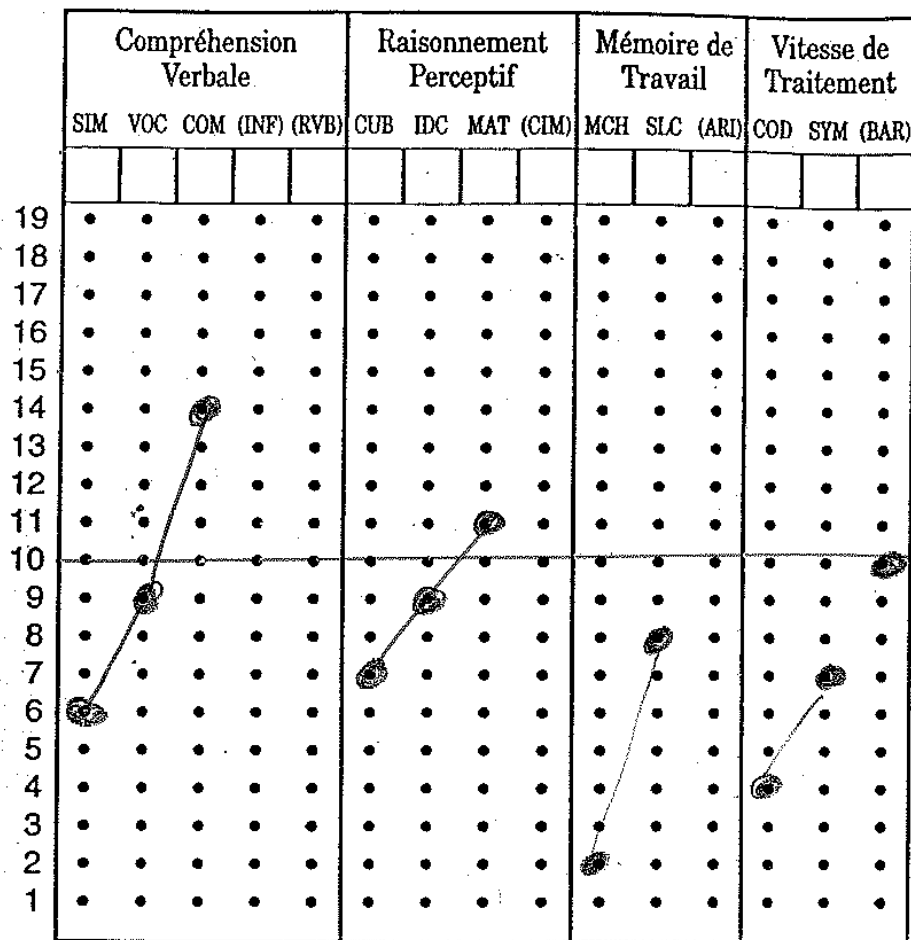
- ⇒ Avis pédopsychiatre
- ⇒ prise en charge pluridisciplinaire :
 - orthophonie hebdomadaire
 - poursuite suivi au CMP : psychothérapie (> 2 ans) + psychomotricité
- ⇒ scolarisé école privée avec enseignante de la classe d'adaptation
- ⇒ Avec cet étayage pluridisciplinaire,
voir les compétences cognitives et sociales *mobilisables*

Pharmacologie ? psycho-stimulant (RITALINE) ou RISPERDAL à faible dose ?
=> premier trimestre sans médicament pour voir l'effet de la prise en charge pluridisciplinaire.

Pas d'exploration neurologique (EEG, IRM, génétique) supplémentaire (Audition vérifiée).

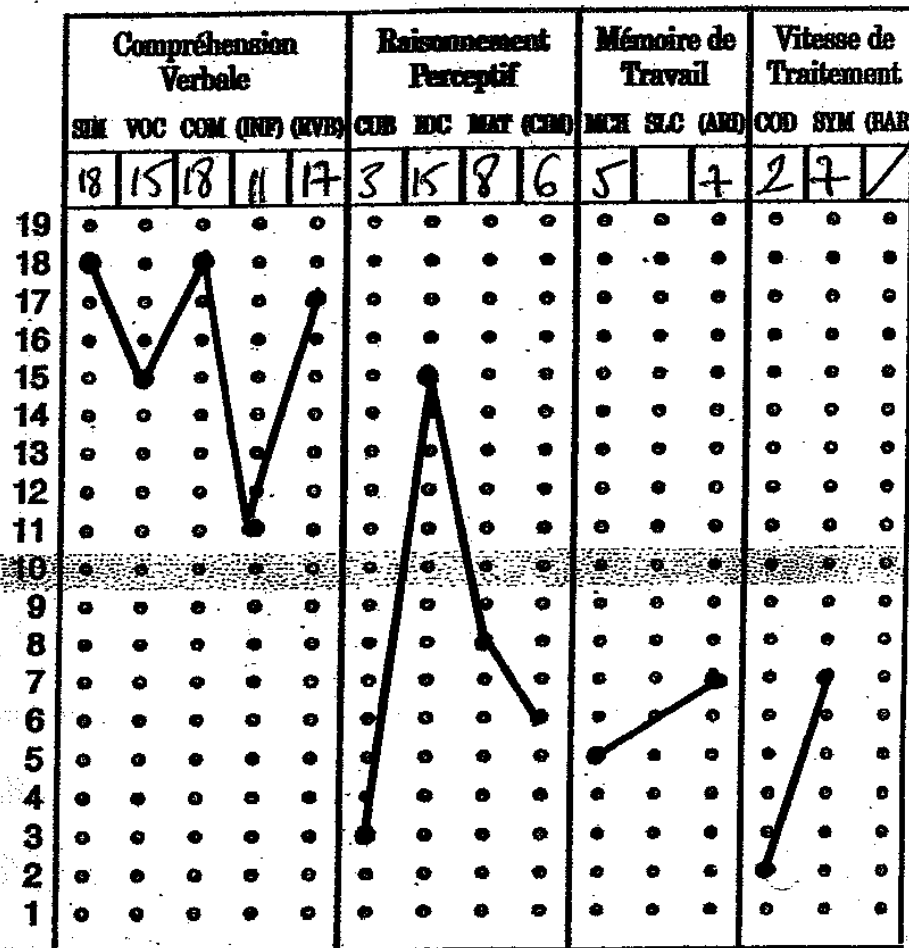
WISC-IV

Profil des notes standard



6 ans

Profil des notes standard



7 ans 5 mois

janvier 2009, 7 ans et demi

Evolution du diagnostic neuropsychologique et psychopathologique

hypothèse d'un trouble envahissant du développement : écartée
Excellentes capacités de raisonnement abstrait (modalité verbale)
=> précocité intellectuelle

MAIS

raisonnement visuo spatial : très échoué
mémoire à court terme et mémoire de travail médiocres
attention soutenue et sélective probablement altérées

dissociation majeure entre ses compétences verbales et visuo spatiales
Sa pensée précède ses capacités de réalisation motrice => anxiété importante

Projet psycho - pédagogique et remédiation

redouble le CP avec une AVS 9 H/semaine.
soins psychiques au CMP : psychomotricité + psychologue
orthophonie + orthoptie X1 /Sem

Questions en suspens

- indication de psycho stimulant ?
- => documenter plus précisément le déficit attentionnel. test informatisé (KITAP)
- forte suspicion de dyspraxie visuo constructive
- => Bilan d'ergothérapie.
- Si séances d'ergothérapie nécessaires, stopper l'orthoptie pour maintenir une prise en charge raisonnable, sans surcharge.

juin 2009, 8 ans

bilan d'ergothérapie non fait

évaluation des capacités d'attention soutenue (Kitap): déficit attentionnel important.

TA 102/53, pouls 76. Pas d'antécédents cardiaques.

=> RITALINE à dose progressive jusqu'à 15 mg/jour à prendre du lundi au vendredi, arrêt le week end.

⇒ consultation début juillet pour apprécier tolérance et efficacité du traitement.

juillet 2009

progrès notables en lecture, passe en CE1.

peu de sollicitations cognitives (organisation des spectacles de fin d'année).

⇒ enseignant et orthophoniste : pas noté de changement évident

Charles : très nettement, plus de facilité à se concentrer et à travailler.

pas plus anxieux, pas de tics, pas de difficultés d'endormissement.

appétit midi franchement diminué mais les 2 autres repas corrects, se rattrape le WE
poids stable 21, 600 kg. TA 92/50.

=> Poursuite du traitement. renouveler / 28 jours; surveillance TA, poids, taille

Décembre 09, 8 ans et demi

Début de CE1 s'est très bien passé

AVS 3 demi-journées par semaine
orthophonie + psychomotricité.

Efficacité de la RITALINE spectaculaire. ++

Quand il l'oublie l'enseignant l'observe immédiatement et Charles s'en rend compte.

traitement bien toléré une bonne prise pondérale (22, 100 kg), TA 85/55.
aucun trouble d'endormissement.

Propositions adaptations thérapeutiques

- Pour éviter les effets de sevrage du week end (et que la famille en profite),
=> traitement continu 7 j/7 ; arrêt 1 semaine à chaque petite vacance +1 mois l'été.
- Pour simplifier la prise quotidienne
=> remplacement RITALINE par CONCERTA LP 18 mg.

Si effets secondaires : irritabilité, labilité émotionnelle, trouble du sommeil
ou moindre efficacité
=> on reviendrait à la RITALINE simple.

Les relations avec sa maman sont assez conflictuelles : « il la met à bout ! »

L'histoire n'est pas terminée !...

Benjamin

Déficiência intellectuelle
ou troubles spécifiques multiples (multi dys) ?

Benjamin, 3 ans 7 mois : retard de développement prédominant sur le langage.

seul enfant du couple.

aucun antécédent familial de retard psychomoteur

Mère : marche 19 mois, père : marche 14 mois.

Grossesse: clarté nucale épaisse => amniocentèse, caryotype normal.

Naissance à 40 SA, PN 4 445 g, taille 52 cm, PC 38 cm.

Forceps sans souffrance périnatale.

Bonne croissance staturo-pondérale.

Périmètre crânien +3 DS, stable (PC du père à +2.5 DS). ETF normal.

Allaitement pendant 5 mois; suspicion d'allergie à l'œuf,
difficultés à mâcher jusqu'à l'âge de 3 ans,
incontinence salivaire, difficultés à souffler des bougies.

marche 19 mois

a mis du temps à utiliser la cuillère, propre à 3 ans et demi,
enlève son pantalon mais pas ses chaussettes.

langage

expressif limité à des onomatopées et quelques syllabes significantes.

lexique (réceptif) nettement plus développé

=> orthophonie depuis l'âge de 3 ans

Examen, 3 ans et demi,

taille 101 cm (+0.5 DS), poids 15.4 kg (moyenne), PC 54.5 cm (+3 DS).

bonne interaction sociale,

se laisse facilement à apprivoiser et participe à l'examen.

pas de déficit musculaire ou d'atteinte pyramidale ou cérébelleuse.

motricité fine,

empilement des cubes un peu maladroit

Copie de figures géométriques (mur de 4 cubes, petit train) : difficile

graphisme : fait des traits avec une tenue du crayon du bout des doigts.

examen somatique RAS : 0 viscéromégalie, tache cutanée, organes génitaux normaux.

Conclusion

retard de langage + coordination motrice fine

=> **retard plus global du développement ?**

Action

caryotype et recherche d'anomalies dans les gène ARX et X-fragile.

école maternelle 4 demi-journées / semaine

orthophonie 1 x / sem : travail sur lexique et praxies bucco-linguales.

=> revoir dans 8 – 10 mois pour apprécier ses progrès.