

Il ne marche pas à 18 mois :

Faut-il s'inquiéter ?

Vincent des Portes

Service de neurologie pédiatrique, Hôpital Femme Mère Enfants, HCL
Université Claude Bernard Lyon-1

Acquisition de la marche : très variable !

3 % à 9 mois,

25 % à 12 mois,

50 % à 13 mois,

75 % à 15 mois,

98% à 17 mois.

Retard de la marche = ne marche pas à 18 mois.

- > Anamnèse personnelle et antécédents familiaux de marche tardive
- > Autres domaines : coordination, langage, sociabilité
- > Examen clinique : déficit moteur, spasticité ?

Absence d'anomalie neurologique => retard moteur simple
si éveil et motricité fine de bonne qualité...

Il ne marche pas à 18 mois...

Ne pas inquiéter inutilement...
ni laisser passer un retard pathologique.

- **Quatre dimensions** du développement psychomoteur :

Posture (motricité globale)

Coordination oculo-manuelle (motricité fine)

Socialisation (autonomie)

Langage

⇒ **Matériel adapté** à utiliser toujours de la même manière

- Se donner du temps... pour mobiliser ses compétences.

- Réévaluer : diagnostic dynamique.

Les trois étapes de la consultation : écouter, regarder, toucher

Ecouter

Les antécédents familiaux :

- arbre généalogique, consanguinité,
- fausses couches spontanées,
- retard de langage, troubles d'apprentissage, déficience mentale,
- environnement socio-familial : origine ethnique, niveau d'étude et profession
- contexte psychoaffectif et relationnel.

Les antécédents personnels :

- déroulement de la grossesse (infections, HTA, diabète, médicaments, toxiques)
- événements psychologiques « traumatiques » et vécu subjectif de la grossesse
- conditions de l'accouchement : notion de souffrance fœtale, APGAR, terme,
- poids, taille et périmètre crânien néonataux
- comportement néonatal immédiat et durant la première semaine

Les trois étapes de la consultation : écouter, regarder, toucher

Ecouter

L'histoire du développement psychomoteur :

- Age des principales acquisitions dans les différents domaines
posture (tenue de tête, station assise stable, marche)
motricité fine (préhension volontaire, jeu, graphisme)
contact social (regard, sourire, imitation ...)
langage
- Régression des acquisitions antérieures ?

Le comportement de l'enfant :

- Troubles d'alimentation et digestifs : troubles de succion et/ou déglutition dans les premiers mois, reflux gastro-oesophagien, anorexie ou boulimie.
- Caractère de l'enfant : plutôt calme voire « dans son monde », hyperactif, agressif ou coléreux, sociable.
- Qualité du sommeil et du cycle veille sommeil.

Les trois étapes de la consultation : écouter, regarder, toucher

Regarder

Les courbes de poids, taille et périmètre crânien

- Le périmètre crânien est toujours comparé à celui des parents
- Courbes du carnet de santé trop « aplaties »

→ **Inquiétude :**

- Microcéphalie inférieure à $-3DS$
- Macrocéphalie supérieure + 3 DS
- Cassure ou augmentation rapide de la courbe de périmètre crânien
- Entre +2 et +3 DS et -2 et -3 DS, variation de la normale ou pathologie ?

→ **Tout « changement rapide de couloir »**

- > Surveillance rapprochée et un examen clinique attentif.

Les trois étapes de la consultation : écouter, regarder, toucher

Regarder

On observe d'abord l'enfant dans ses **comportements spontanés**, sans le solliciter :

- la gesticulation spontanée globale,
- son caractère symétrique, délié ou figé,
- sa mimique faciale, son regard

➔ En cas de mauvaise interaction sociale : voit-il ? Entend-il ?

Puis **relation duelle** avec l'enfant,

- en décubitus dorsal avant l'âge de six mois
- en position assise sur les genoux d'un parent après six mois.

Les trois étapes de la consultation : écouter, regarder, toucher

« *Toucher* »

Ecouter et regarder : 90 % des informations.

L'examen clinique : vérifie les hypothèses issues de l'anamnèse et l'observation

Exemple : retard de la marche,
évaluer le tonus axial et segmentaire,
la force musculaire proximale et distale,
les réflexes ostéotendineux et cutané plantaire,

-> origine centrale (pyramidale, cérébelleuse)
ou neuromusculaire (neuropathie, myopathie)
ou absence d'anomalie neurologique objective.

Examen neuro : difficile, peut être trompeur => en cas de doute, revoir l'enfant

Examen clinique complet : peau et phanères, organes génitaux, auscultation cardiaque, viscéromégalie, morphologie : visage, silhouette et extrémités.

Repères de développement psychomoteur normal

Echelle de Brunet et Lézine Révisée (Josse, 2001)

- Valeurs normatives françaises récentes !
- Outil facile à utiliser, reproductible
- Analyse factorielle :
 - Posture
 - Coordination
 - Langage
 - Sociabilité / Autonomie

Matériel proposé dans l'échelle de Brunet -Lézine Révisée (*d'après Josse D, 2001*).

1/ Pour tester les **acquisitions posturales**

Avant 9 mois : une serviette (mise sur la tête de l'enfant qui doit la retirer)

Après 18 mois : un ballon ou grosse balle en plastique,
un jouet à tirer sur le sol pour faire marcher à reculons.



Examen du quatrième mois

Réalisé au plus tôt à quatre mois révolus, voire à cinq mois
préhension volontaire, encore en pleine maturation lors du 5ème mois.
=> absence de réalisation de l'item = pathologique = surveillance rapprochée.

Posture.

Maintenu assis, tient sa tête droite :

entre 2 et 4 mois la tête est tenue de façon stable dans l'axe sans osciller.
80% des enfants tiennent la tête à trois mois, 94% à 4 mois

Sur le ventre, soulève les épaules (à 3 mois)

s'appuie sur les avant bras (à 4 mois)

Enfin, soutenu sous les aisselles,
peut commencer à pousser sur ses jambes et fléchir les genoux en alternance,
-> 6 à 7 mois le « **stade du sauteur** »

= maturation normale entre marche automatique (<3 mois) et volontaire (> 1 an)

Examen du neuvième mois

Doit être réalisé plutôt à 9 mois révolus.

Posture.

Tient assis sans appui +++

90% station assise, stable sans aide à 9 mois.

Se déplace, quel que soit le mode de déplacement :

Reptation sur le ventre, glissement sur les fesses, quatre pattes

25 % des enfants ne se déplacent toujours pas à 9 mois,

13 % à 10 mois !

A 9 mois, **réactions posturales** comme le réflexe de «parachute» :

Ce réflexe apparaît entre 6 et 8 mois et persiste toute la vie.

Examen du 24ème mois

Posture

Marche acquise : l'âge d'acquisition de la marche est très variable !

3 % à 9 mois,

25 % à 12 mois,

50 % à 13 mois,

75 % à 15 mois,

98 % à 17 mois.

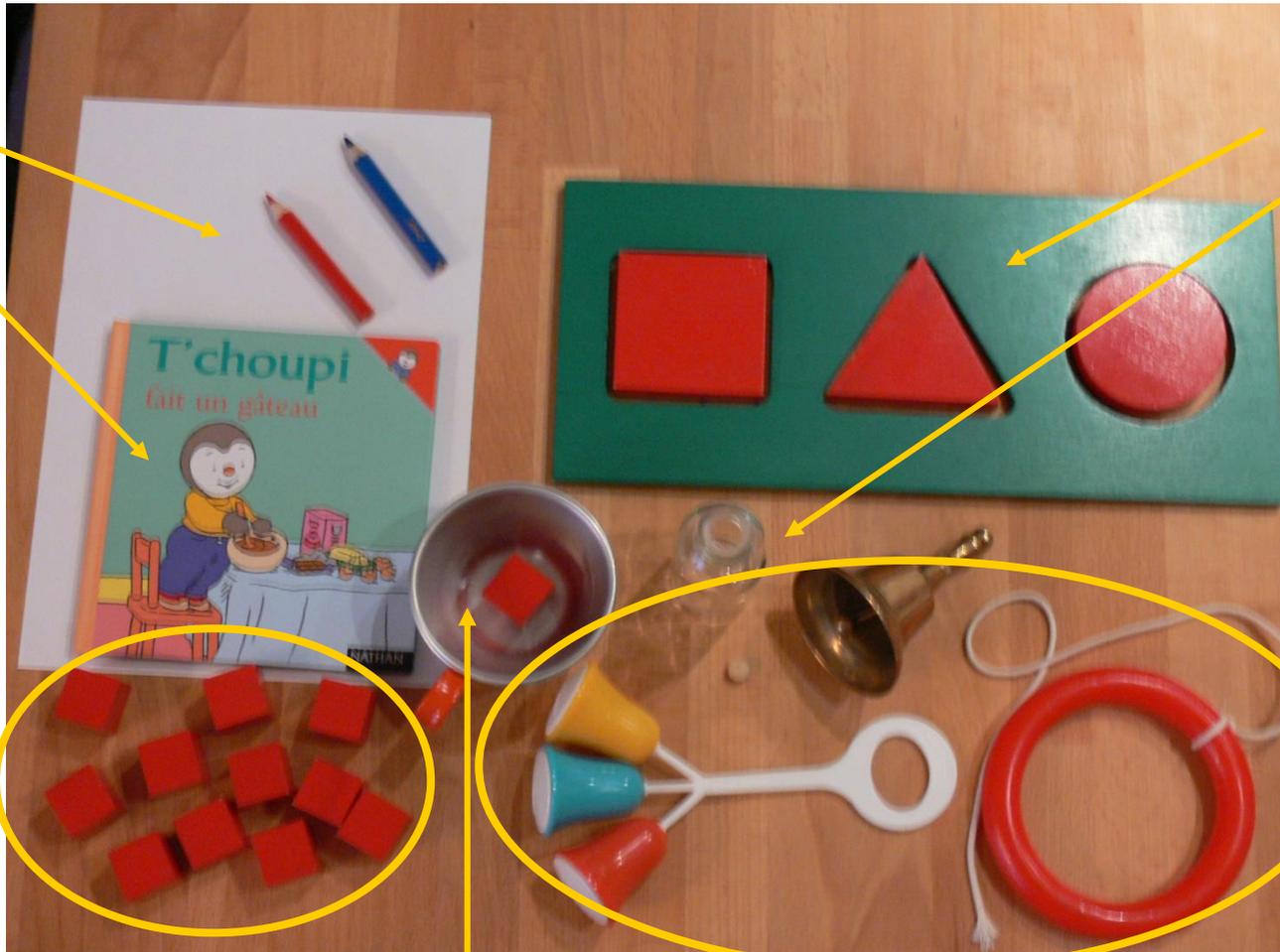
Retard de la marche = ne marche pas à 18 mois.

Matériel proposé dans l'échelle de Brunet -Lézine Révisée (d'après Josse D, 2001).

2/ Pour tester la coordination oculo-manuelle

Après 1 an

Après 9 mois



Pour tous

6 mois - 1 an

Avant 9 mois

Examen du quatrième mois

Coordination oculo-manuelle.

Tourne la tête pour suivre un objet : à 4 mois.

Il joue avec ses mains et les regarde : avant 5 mois.

Attrape un objet qui lui est tendu : Cela dépend !

S'il s'agit d'un objet amené *au contact* de la main,

-> 90 % des nourrissons de 4 mois l'agrippent fermement ;

mais si l'objet est maintenu *à distance*,

-> 90 % des nourrissons vont le chercher à 6 mois seulement

Examen du neuvième mois

Coordination oculo-manuelle.

Saisit un objet avec participation du pouce :

l'acquisition de la préhension pouce-index est très variable :

12 % à 7 mois

seulement 70 % à 9 mois

Cet item n'est pas discriminant à cet âge...

Un indicateur plus pertinent :

Notion de « permanence de l'objet » acquise à 9 mois

Examen du 24ème mois

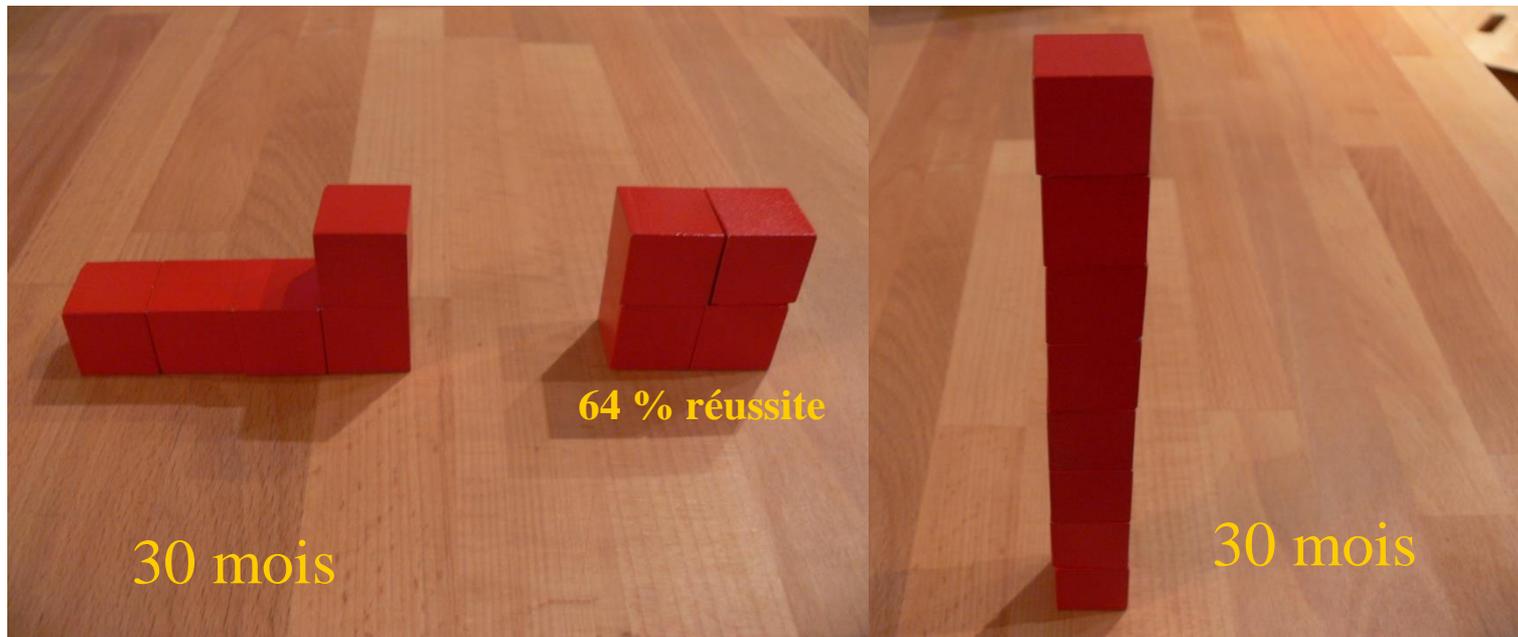
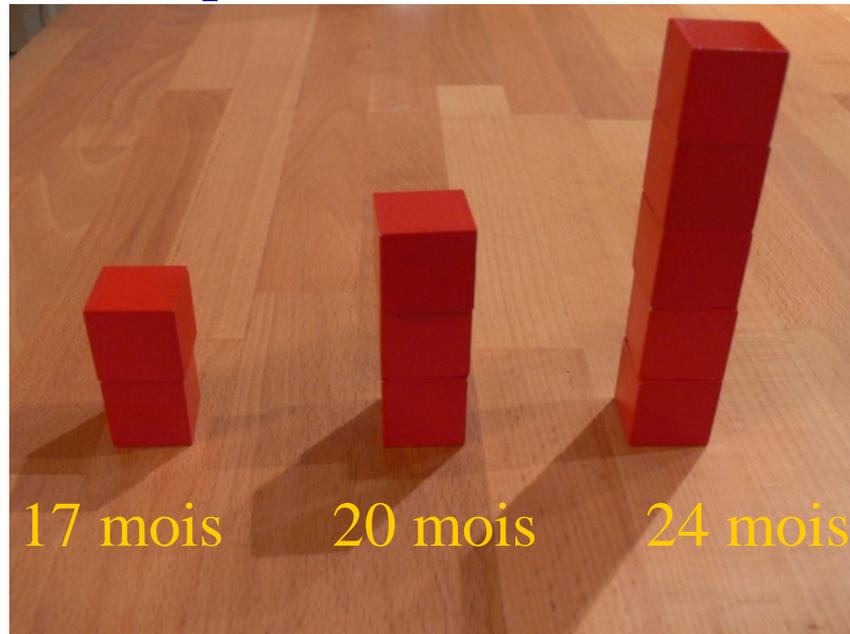
Coordination oculo-manuelle.

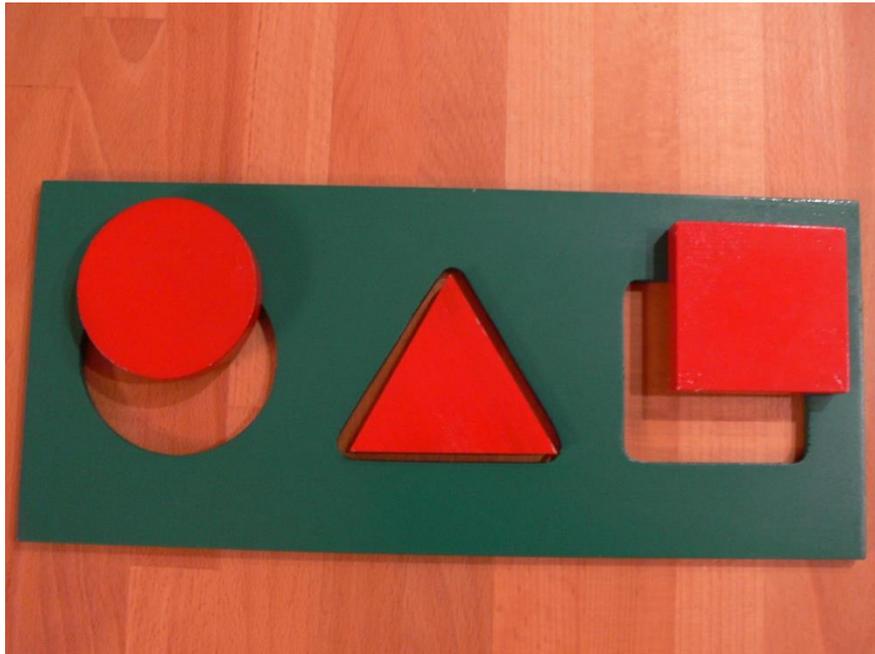
Superpose des objets : pas très précis...

A 24 mois,

98% des enfants reproduisent une tour de cinq cubes

Constructions réussies par 90 % des enfants de la tranche d'âge





17 mois : place le rond dans le trou sur ordre

20 mois : met le rond sur la planchette tournée de 180°

24 mois : place les 3 morceaux sur la planchette

30 mois : met les 3 morceaux sur la planchette retournée

Matériel proposé dans l'échelle de Brunet -Lézine Révisée (d'après Josse D, 2001).

3/ Pour évaluer les capacités de socialisation



Examen du quatrième mois

Sociabilité

Le Sourire réponse : deux mois (90 % à 3 mois)

Très bon signe d'alerte +++

Sourire réponse non acquis à deux mois,

- > l'enfant voit-il ?
- > trouble d'interaction sociale précoce ?
- > retard psychomoteur ?

Le rire aux éclats : 90% à 5 mois

Examen du neuvième mois

Sociabilité.

Dès 7 mois, le bébé est capable **d'attention conjointe** :

Quand un adulte lui montre un objet en pointant du doigt, il regarde ce que regarde l'adulte, et non le doigt.

⇒ capacité du bébé à prêter à autrui une intention,

⇒ compétence altérée chez les nourrissons autistes.

Examen du 24ème mois

Sociabilité.

A 22 mois, 94% des enfants : **jeux d'imitation, « faire semblant »**

Très bon indicateur des qualités d'interaction sociale de l'enfant !

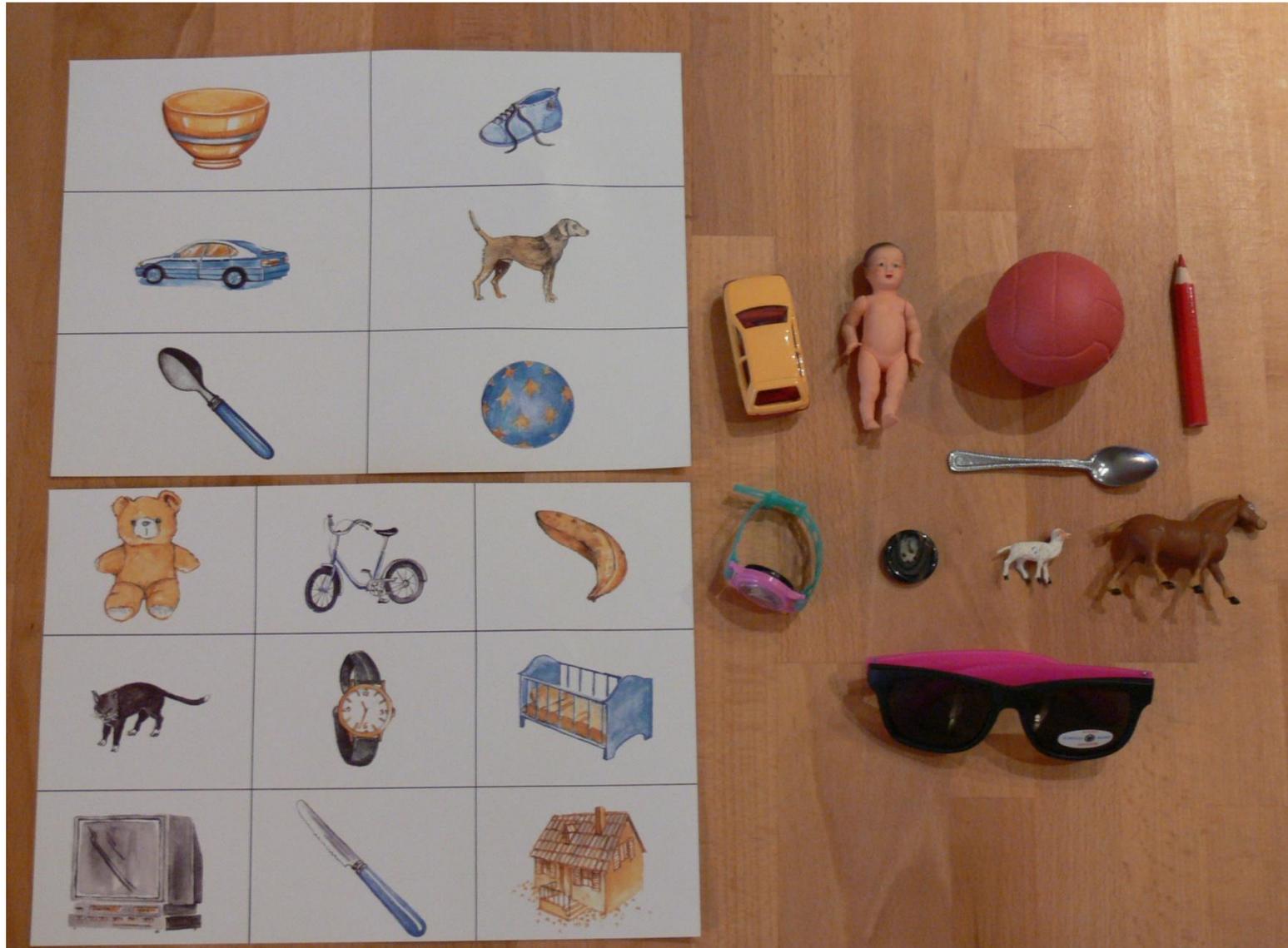
On peut aussi évaluer le degré **d'autonomie pour manger**

dans 96% des cas à vingt mois :

l'enfant boit seul au verre tenu à deux mains
et mange seul à la cuillère

Matériel proposé dans l'échelle de Brunet -Lézine Révisée (d'après Josse D, 2001).

4/ Pour apprécier le langage (désigner ou dénommer)



Examen du neuvième mois

Langage.

Réagit à son prénom :

25 % des enfants de 5 mois

88 % des enfants à 8 mois

Répète une syllabe

s'acquiert au cours du neuvième mois chez de nombreux enfants...

60 % seulement des enfants doublent les syllabes à 8 mois,

85 % à 9 mois.

=> au début du neuvième mois, 40 % d'enfants normaux ne répètent pas une syllabe.

Ce signe ne doit pas alarmer, et être vérifié à la consultation suivante.

Examen du 24ème mois

Langage.

Obéit à un ordre simple. Question imprécise... peu discriminante

Compréhension du langage :

Désignations d'images ou de parties du corps.

Nomme au moins une image : à 20 mois, 90% nomment 2 images !!

A deux ans : **89% associent deux mots**

=> S'il ne le fait pas

vérifier l'audition

se donner du temps

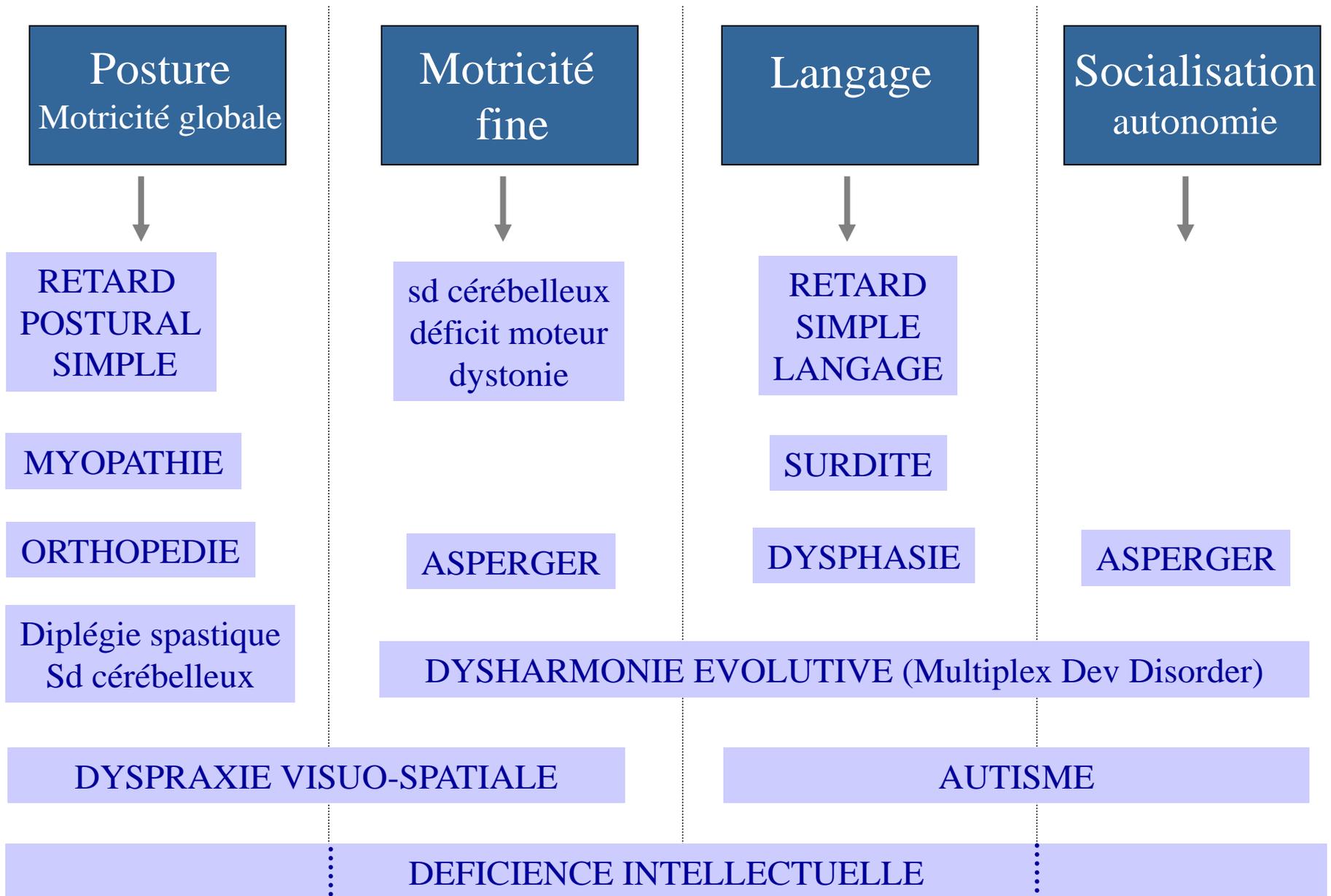
- retard global ? simple retard de langage ? dysphasie ?

- Dc difficile < 4 ans => Orthophonie -> Evolution ?

Le suivi du développement psychomoteur

- **Variations individuelles / pathologie** parfois difficiles à différencier
- **Un écart dans un ou plusieurs domaine** de développement
 - > reprise de l'anamnèse + examen clinique attentif
 - > et un suivi évolutif rapproché
- Démarche diagnostique : **répondre à trois questions** successives :
 - est-il global ou dissocié ?
 - existe-t-il une régression des acquisitions ?
 - le décalage est-il pathologique ou une simple variante ?

« Retard de développement psychomoteur »



Léa

« suivi d'enfants à risque neurologique »

ATCD : 2ème grossesse : IMG à 37 SA pour ventriculomégalie majeure

32 SA : Ventriculomégalie isolée (11 mm Dt, 15 mm G)

Née à 41 SA, VB sans SFA, 3640 g, 49 cm, PC : 36,5 cm

Entre 6 et 12 mois : >> PC

Pas de vomissements, bon appétit, bon sommeil

13 mois : ETF puis 2ème IRM : ventriculomégalie stable

Marche à 14 mois

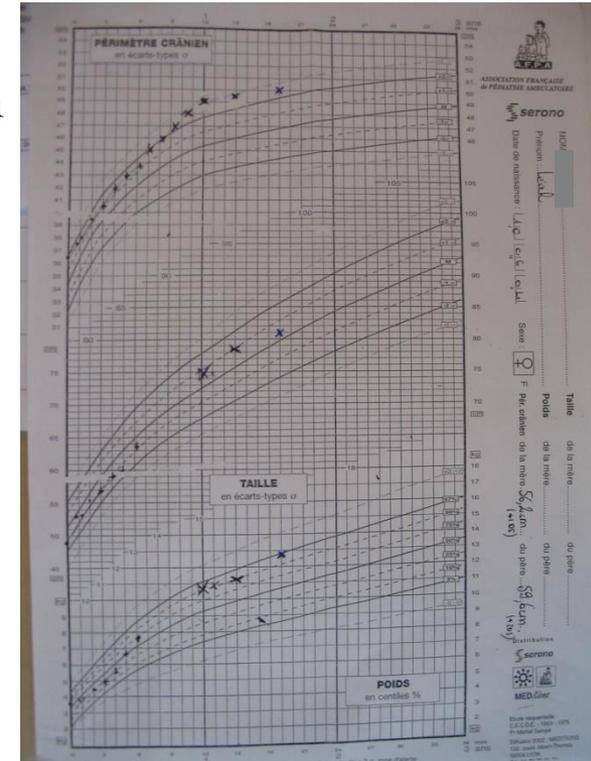
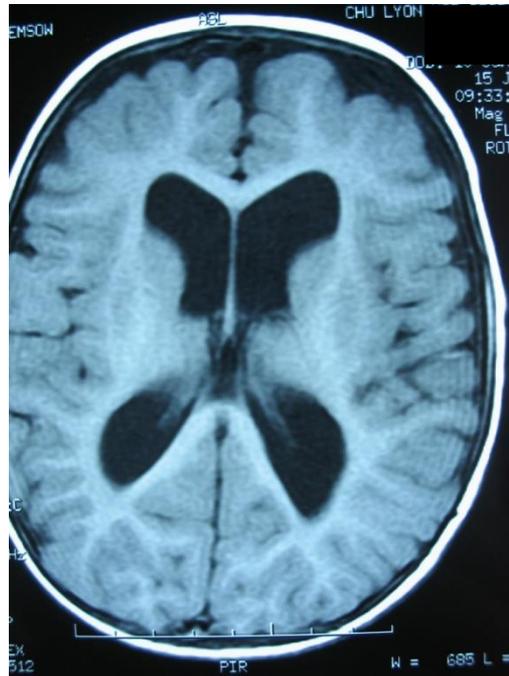
A 15 mois :

Quelques mots significatifs

Pointe de l'index

Excellent contact social

Pas de spasticité à l'examen



Données extraites de l'Echelle de Brunet – Lézine Révisée

94

					69	Place les 3 morceaux sur la planchette (100)									
				36		Maintient la feuille de l'autre main pour dessiner (91)									
				32	44	80	Reproduit une tour de 5 cubes (98)								
			44		74	Met le rond sur la planchette tournée de 180° (88)									
			32		72	Retire la pastille du flacon	90	22	65	Imite trait horiz / vertical					
			52		82	Tourne les pages du livre	94	58		89	Reproduit tour 8 cubes				
			32		74	Reproduit une tour de 3 cubes (90)		35		64	Reproduit mur 4 cubes				
		21		26		72	Fait un griboillage sur ordre 88		84		Met les 3 morceaux sur la planchette retournée (96)				
		23		57		76	Place le rond dans son trou sur ordre 88	20		67	Imite un trait sans respect de la direction (93)				
		48				72	Introduit la pastille dans le flacon	31		63	Aligne les cubes pour copier un train de 5 cubes (84)				
		56					Remplit la tasse de cubes (au moins 5)								
		25			54		Reproduit une tour de 2 cubes sur modèle (85)								
	25		38		75		Gribouille faiblement sur démonstration								
	30		53		71		Remet le rond dans son trou sur la planchette (88)								
Coordination	32		55		77		Lâche un cube dans la tasse								
	23				42		Prend le 3 ^{ème} cube sans lâcher les 2 autres (72)								
	60				72		Cherche le bavant de la clochette (88)								
	45				62		Cherche la pastille à travers le flacon (90)								
	62				81		Met un cube dans la tasse où le retire (95)								
	42						Soulève la tasse et saisit le cube caché dessous (76)								
							Retire le rond de la planchette								
							Retrouve le jouet sous la serviette								
							Saisit la pastille entre le pouce et l'index								
							Accepte le 3 ^{ème} cube en lâchant l'un des 2 tenus 74								
										21	43	58	Tient sur un pied sans aide		
										32	58		67	Monte escalier en alternant	
										75				Tient sur un pied avec l'aide d'une main tenue (89)	
								47		57			84	Donne un coup de pied dans le ballon sur ordre (95)	
								42						82	Court avec des mouvements coordonnés (96)
								48		56				88	Donne un coup de pied dans le ballon après démonstration (93)
								28						78	Pousse du pied le ballon
								16						78	Marche à reculons
								46		57				84	Monte à quatre pattes un escalier 96
								23		48				60	Marche seul couramment (sans pas) 98
	25													73	Tient debout trois secondes sans appui 88
Posture	42													85	Fait quelques pas, tenu à une main
	45													83	Contrôle le passage de debout à assis sans se laisser tomber
	45													60	Passé d'assis à debout avec un appui
	51														Debout avec appui, lève un pied et le repose
	49													62	Couché, se lève et assis seul 76
															Soutenu sous les bras, fait des pas 77
															Se tient debout avec appui (89)
															V/A : mouvements nets de déplacement (87)

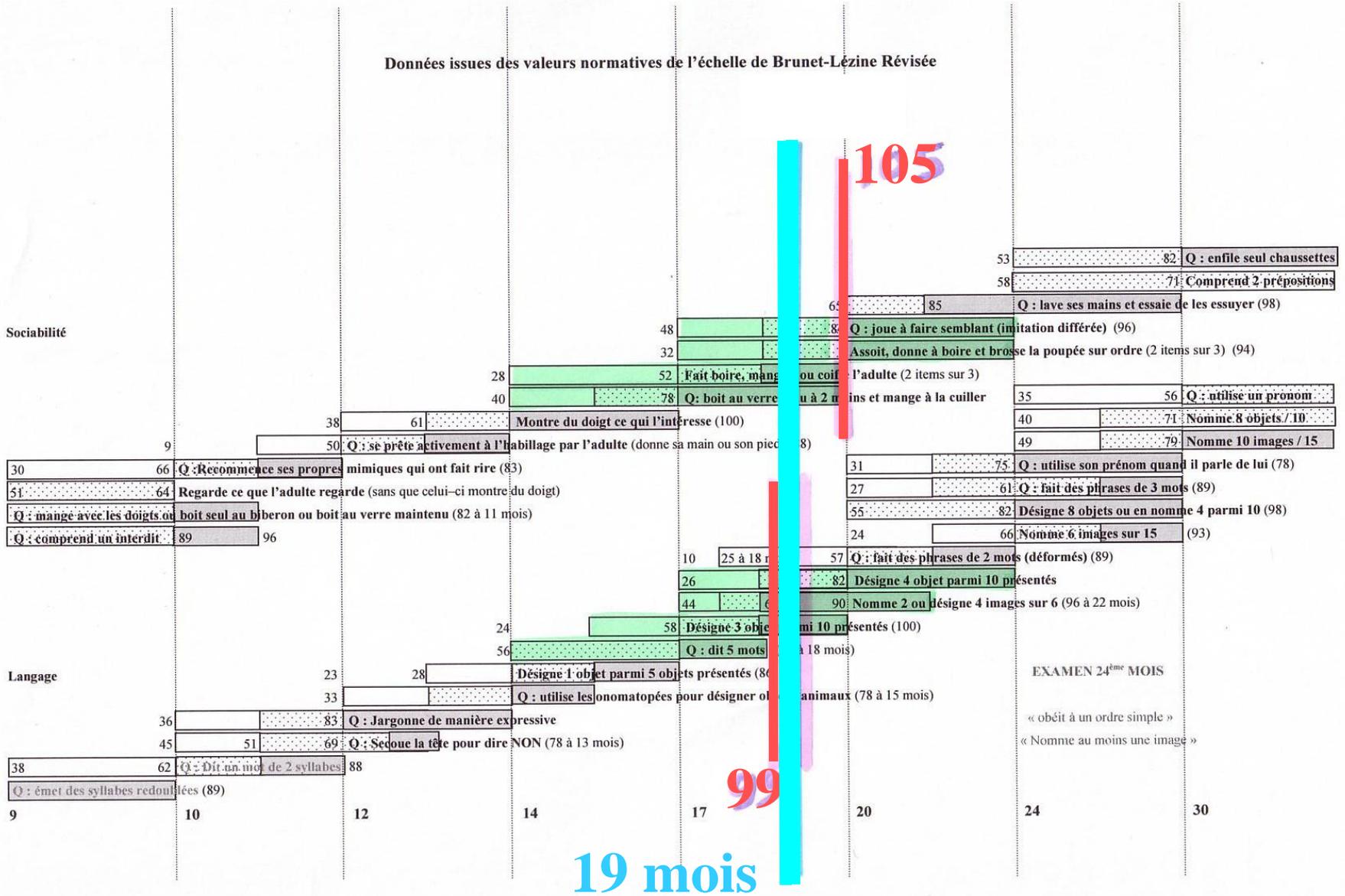
126

EXAMEN 24^{ème} MOIS
« superpose des objets (cubes) »

25 à 50 %
50 à 75 %
75 à 90 %

19 mois

Données issues des valeurs normatives de l'échelle de Brunet-Lézine Révisée



105

99

19 mois

Retard simple de la marche ou Hypotonie congénitale bénigne

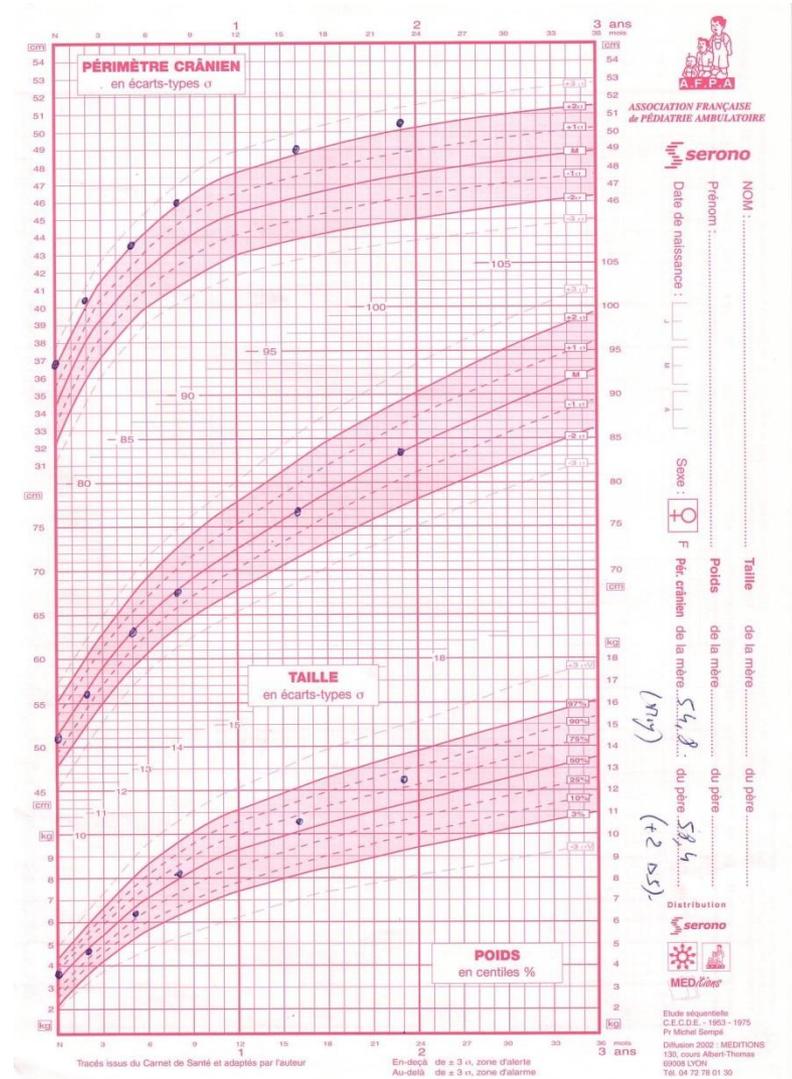
- surtout chez les filles
- peut être familial
- retard postural ISOLE : motricité fine, socialisation, langage Nx
- parfois, se sont assis tôt, pas toujours...
- Pas de quatre pattes
- Déplacements efficaces : shuffling sur les fesses, jambe repliée
- En suspension verticale : membres inférieurs en équerre
- Excellent pronostic

Faustine, 23 mois : Ne marche pas

Née à terme, sans SFA,
Mensurations normales

PC : +2 DS (comme son père)
Poids et taille moyenne

Prend objets < 5 mois
Assise sans aide : 9 mois



A 23 mois

Ne se hisse pas debout, ne s'assoit pas seule

Se déplace sur les fesses depuis quelques semaines

Excellente interaction sociale

Mange seule à la cuillère

Langage : 1 à 2 mots, sans association, bonne compréhension

Pointe de l'index, désigne les parties du corps

Examen neurologique strictement normal, hyperlaxité

Suivi interrompu par les parents...

A 4 ans 3 mois

A marché à 23 mois

Scolarisée en MSM, très vive, langage normal

Causes neurologiques de retard de la marche

Retard postural isolé

- Problème orthopédique
- Pathologie neuromusculaire :
 - Myopathie : congénitale / progressive
 - Neuropathie : amyotrophie spinale type II > neuropathie sensi-mot

Retard postural associé à un retard des autres domaines

- Retard psychomoteur (retard mental) +++
- Pathologie centrale :
 - diplégie spastique : éveil souvent conservé
 - hypotonie cérébelleuse

Causes neuromusculaires

Pauvreté des mouvements spontanés des membres inférieurs

Absence ou faiblesse de réaction de retrait nociceptif

Maintien jambes horizontales impossible

Ballottement excessif des membres inférieurs en suspension axillaire

Amyotrophie

Pied tombant (paralyse extenseurs)

Malpositions des pieds

Abolition des ROT

Troubles sensitifs et trophiques

+/- hypomimie faciale, fasciculations linguales

Bilel

Marche à 17 mois

Mais à 22 mois :

ne court pas, tombe souvent, ne monte les escaliers qu'à 4 pattes,
S'aide d'un appui sur les membres inférieurs pour se relever du sol

Associe deux mots en courtes phrases

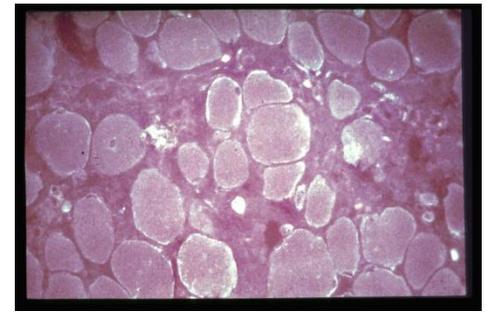
Examen neurologique peu informatif à part un signe de Gowers

CPK : 10 800 UI

Biopsie musculaire : dystrophie musculaire progressive

Gène DMD : délétion exons 45 à 54 avec décalage du cadre de lecture

= Myopathie de Duchenne



Causes centrales

Spasticité +/- dystonie :

Ne tient pas assis car bascule en arrière

Tient « trop bien » debout : absence de stade du sauteur

Ataxie cérébelleuse :

hypotonie congénitale

oscillations du tronc en position assise

absence de réaction de stabilisation latérale

**+/- associé à une épilepsie, à un retard d'autres domaines :
langage, sociabilité**

Paul

Parents non consanguins,
Le père a marché à 2 ans

Né à terme, 3300 g, 50.5 cm, 35 cm

Hypotonie néonatale modérée
Alimentation OK, sourire 2 mois

Posture très retardée :
Tête 6 mois, assis stable 18 mois
Debout avec appui 22mois

28 mois : marche non acquise
Déplacement 4 pattes sautillant
Empile quelques cubes

Examen clinique :

Marche avec aide en ciseaux
Quadriparésie spastique
Préhension +/- dystonique

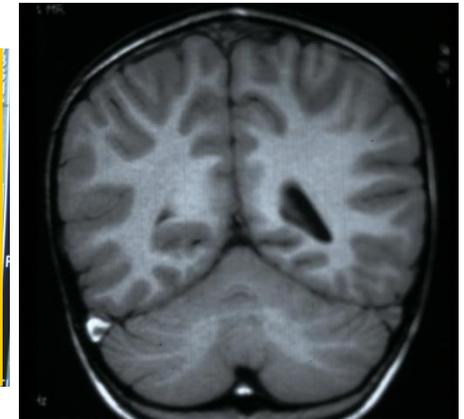
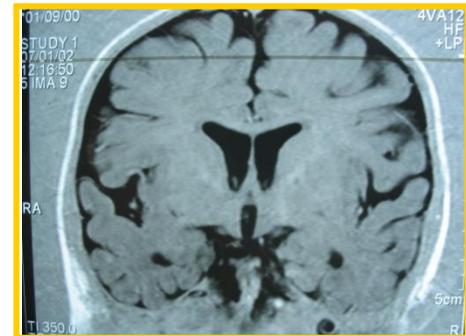
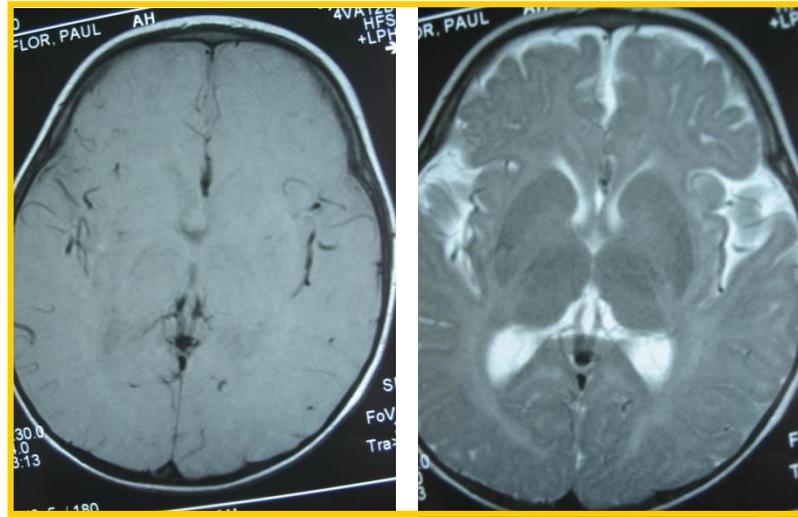
Bonne compréhension des
consignes

Pas de tâche,
viscéromégalie...

Oculomotricité normale
(ATCD nystagmus ?)

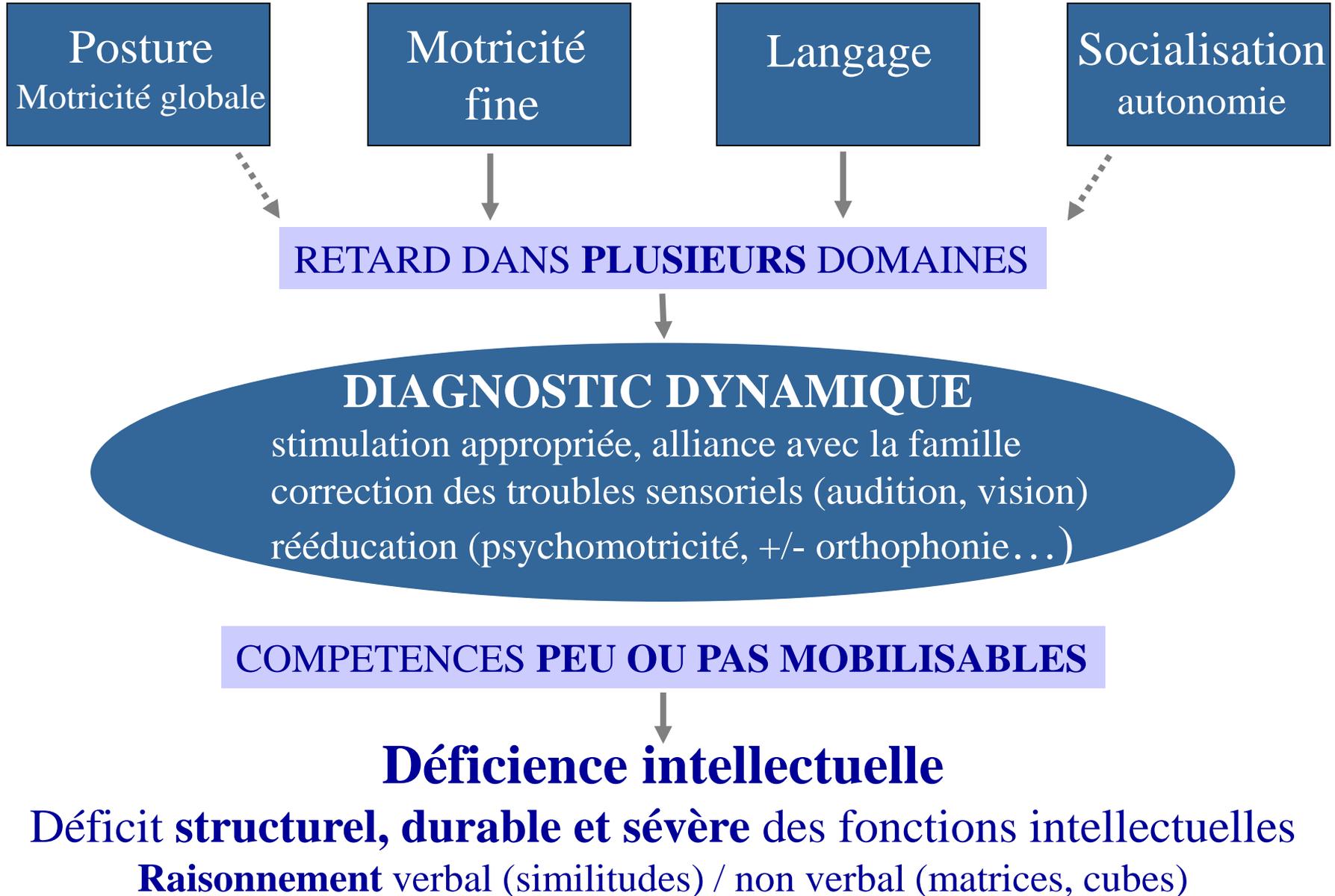
Paul

IRM à 15 mois



Mutation ponctuelle gène *PLP* (125 del G, exon 2)

Retard de développement psychomoteur



Thomas, 14 mois : retard postural

Seul enfant du couple, pas d'ATCD neurologique familial

40 SA : Césarienne en urgence pour bradycardie et liquide méconial

PN : 3000 g, T 50 cm, PC 35 cm, APGAR 10 / 10

Bon éveil, bonne succion dans les 48 premières heures

Tête souvent en arrière, tenue stable à 6 mois

Station assise à 10 mois

Sourire réponse précoce, bon contact oculaire

Préhension volontaire vers 8 à 9 mois

Thomas, 14 mois

Double les syllabes, pas de mots, pointage déclaratif (?)

Ne rampe pas, ne s'assoit pas seul

A l'examen, calme, fatigué, se laisse manipuler, bon contact oculaire

Tenue assise sans aide avec un bon parachute latéral

Pas de déficit moteur proximal scapulaire ou pelvien

Ne pousse pas sur ses jambes en position suspendue sous les aisselles

Pas d'amyotrophie, ROT symétriques non diffusés, non spastique

Examen somatique normal

EEG et CPK normaux

=> Retard postural simple ?

Nouvelle consultations à 6 mois

Thomas, 20 mois :

Se met assis seul à 18 mois / Ne se hisse pas encore debout

Se déplace sur les fesses sans l'aide des bras

En position debout : instable, pas de réflexe postural

Langage : quelques mots isolés et jargon peu compréhensible

Pointe de l'index pour attirer l'attention

Bonne interaction sociale / Donne l'objet sur ordre

Préhension maladroite avec légère dystonie

Ne remplit pas la cuillère

Pas de spasticité ni ataxie

=> Psychomotricité + nouvelle consultation dans 6 mois

+/- explorations si peu de progrès

Thomas, 28 mois :

Marche à 23 mois,

Se relève seul, marche avec chutes fréquentes, demi tour instable

Préhension grossière

IRM cérébrale normale

Ammoniémie, points redox, CAA, CAO, acide orotique, caryotype

Hyperlaxité → X fragile : négatif

3 ans 4 mois :

Petites phrases avec troubles articulatoires, écholalie

Préhension dystonique

Respecte peu les consignes, agitation psychomotrice

Dysarthrie + maladresse gestuelle => étude du gène ARX

Ne pas inquiéter inutilement
mais savoir débiter un bilan étiologique à temps.

se donner du temps

mais pas trop!

Léo, 27 mois :

frère aîné, âgé de 5 ans, a marché à 15 mois.

né à 41 SA voie basse sans souffrance fœtale
PN 3 720 g, taille 50.5 cm, PC 34 cm

- trois bronchiolites avec hospitalisation,
- dysplasie hanche G dépistée sur la radiographie à 4 mois
=> deux mois de langage en abduction.
- discret strabisme œil G => cache œil D récent

consultation pour
retard postural + retard de langage

27 mois, 91.6 cm (+1 DS), 14.3 kg (90^{ème} p), PC 48.4 cm (-1 DS)

Posture

avec hypotonie axiale et segmentaire

tenue de tête à trois mois, une station assise à 12 mois

marche seul à 26 mois

se hisse du sol avec l'aide d'une chaise sans Gowers

fait des pas avec élargissement du polygone

Motricité fine

empile trois cubes sans tremblement intentionnel, avec maladresse

encastre des figures géométriques, s'adapte au retournement planchette

regard parfois périphérique pour réaliser ces tâches

Sociabilité

jeux d'imitation avec les poupées,

mange seul à la cuillère depuis plusieurs mois

Participe au lavage des mains

langage

comprend les consignes sans difficultés

En désignation d'images, du mal à rester attentif

Il ne produit que quelques mots isolés,

fait « coucou », « bravo », « au revoir » et dit « non »

il n'y a pas d'incontinence salivaire, pas de difficulté à mâcher

Examen neurologique normal

sans déficit proximal des ceintures scapulaires ou pelviennes,

ROT présents et symétriques, sans spasticité

ped valgus bilatéral

examen somatique : RAS

Conclusion de la consultation :

retard de développement qui touche plusieurs domaines
(posture, langage expressif et coordination fine)

mais plusieurs indices sont très encourageants :

- comprend bien les consignes,
- a un raisonnement adapté à l'âge pour encastrier des figures
- assez autonome à la maison
- bonne interaction sociale

D'autre part,

depuis le début les séances de psychomotricité en septembre,
a fait des progrès dans ces différents domaines.

Quel suivi médical ?

on se donne quelques mois avant de poursuivre les investigations
[le pédiatre avait fait : caryotype, CKP, EEG veille sommeil]

poursuite des séances de psychomotricité
stimulation bienveillante parents et frère,

⇒ Voir comment il mobilise ses compétences motrices et langagières.

A revoir dans 9 mois, à l'âge de 3 ans

S'il persiste un décalage notable,

⇒ IRM cérébrale, pour vérifier en particulier l'intégrité du cervelet

rester attentif sur la qualité de
la manipulation fine et
l'exploration visuo-spatiale

Consultation à 3 ans

progrès réguliers, incontestables, avec prise en charge pluri disciplinaire.

Son lexique s'enrichit nettement : production ou compréhension

- désigne sans difficulté nombreuses images

- peut dire des mots souvent en répétition mais parfois spontanément

Cependant,

n'associe pas encore 2 mots à 3 ans

préhension reste assez grossière avec pince pouce index inconstante.

=> On convient de poursuivre les investigations.

- gène ARX et créatine dans les urines

-IRM cérébrale sous AG

=> Tout est normal

5 ans

redouble moyenne section

ergothérapie, orthophonie, orthoptie

progresses régulièrement.

garde des difficultés tant au niveau du langage que de la motricité fine.

Il est difficile de savoir s'il a des capacités de raisonnement préservées.

Sur des tâches de raisonnement visuel analogique, Léo reste assez gêné par l'aspect spatial de la tâche.

=> test psychométrique (WIPPSI III)

6 ans : redouble GSM

WPPSI-III

capacités de raisonnement préservés

- similitudes 10

- matrices 9

scores d'échelle verbale (83) et performances (82)

⇒ pas de déficience intellectuelle.

vitesse de traitement très lente

troubles gestuels et d'attention visuelle.

capacités visuo constructives déficitaire

Expression du langage,

troubles phonologiques importants

simplifications de mots.

6 ans 6 mois

grande section de maternelle, AVS à mi-temps

Orthophonie, ergothérapie, orthoptie

Diagnostic de « dyspraxie verbale »

reste en difficulté pour gestes fins, graphisme et langage expressif.

Sa maîtresse a encore du mal à le comprendre hors contexte.

Conners : certain degré d'anxiété, pas d'hyperactivité.

test d'attention standardisé :

Défaut d'attention soutenue et impulsivité.

L'indication de RITALINE

7 ans : Passage CP avec AVS

A bien débuté le décodage syllabique

Il ne marche pas à 18 mois...

Ne pas inquiéter inutilement...
ni laisser passer un retard pathologique.

- **Quatre dimensions** du développement psychomoteur :

Posture (motricité globale)

Coordination oculo-manuelle (motricité fine)

Socialisation (autonomie)

Langage

⇒ **Matériel adapté** à utiliser toujours de la même manière

- Examen clinique vient **confirmer une hypothèse basée sur l'anamnèse**

- Se donner du temps pour mobiliser ses compétences...

- mais pas trop... : réévaluer fréquemment !

