

Rôle du pédiatre face aux difficultés scolaires

Chantal GARCIN (psychologue), Laurence GIRARD (consultante lactation) Séverine MARCAUD ,Peggy PIERRE(psychosomaticiennes) Martine VALLAT Danielle KIRNIDIS (orthophonistes)

Patrick de BOISSE (pédiatre)

Association AUTOUR DE L ENFANT.www.autourdelenfant.org

Résumé :

Le métier de pédiatre peut s'exercer dans des cadres très variés, mais sa finalité et son originalité tendent vers un seul objectif : accompagner les parents et les conseiller pour que leurs petits arrivent à l'âge adulte le plus heureux possible, le moins malade, et si possible avec leur potentiel individuel préservé. Les impératifs de la société et le rythme scolaire donnent peu de place au rythme individuel des enfants.

Dans le cadre de notre activité nous avons la chance de travailler en maternité, avec de plus en plus de prise en charge anténatale des enfants, et, en cabinet multidisciplinaire libéral, très orienté sur les problématiques psychosociales (obésité, divorce, troubles des apprentissages scolaires...)

Cette structure nous permet d'exercer un regard sur la globalité de l'enfant.

L'échec scolaire concerne une fraction importante des enfants (16 à 24%) selon le rapport « EURYDICE » .

Les troubles spécifiques du langage touchent 5 % des enfants et sont souvent méconnus ;

De plus en plus d'autres pathologies sont à connaître et à évaluer : trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et la panoplie des « dys » : dyscalculie, dyslexie, dyspraxie, dysorthographe...

Le pédiatre ne peut plus seul poser ces diagnostics et les traiter. Il garde un rôle essentiel pour harmoniser la prise en charge et le suivi de l'enfant sans partir dans tous les sens. Mais aussi surveiller les enfants traités (RITALINE-CONCERTA).

Enfin et surtout la pédiatrie reste un métier de prévention.

Dans le domaine des troubles de l'apprentissage, nous avons mis en place une politique d'allaitement maternel très large et de repérage clinique des enfants à risque.

L'allaitement au sein prolongé six mois augmente significativement les compétences cognitives des enfants.

Certaines pathologies maternelles ou traitement in utero sont à risques de troubles cognitifs ultérieurs chez l'enfant (traitement antiépileptique, tabac, alcool, cocaïne)

Nous traiterons uniquement les troubles des apprentissages des enfants sans pathologie génétique, neurologique, ou conséquences de la grande prématurité.

INTRODUCTION

Selon le rapport « EURYDICE » l'échec scolaire ,que l'éducation nationale définit au-delà de 2 ans de retard par rapport au programme scolaire, concerne 16 à 24 % des enfants. 10 % Des élèves quittent le système scolaire sans diplôme.

L'échec scolaire est en augmentation constante alors que le temps passé à l'école augmente ; les difficultés scolaires conduisent à des orientations souvent précoces ou pire à des exclusions du système scolaire sans qualification malgré des années à l'école.

Et pourtant le budget de l'éducation nationale est le premier budget de l'état !!

En région PACA 15 % des adolescents en 2005 sont obèses (contre 5 % en 1965), près de 60 % des couples en séparation ; ceci a des répercussions scolaires notables.

Les troubles spécifiques du langage qui touchent 5% des enfants sont encore trop méconnus ; Il existe d'autres troubles des apprentissages ne touchant pas le langage, comme, les dyspraxies de développement, les déficits attentionnels avec ou sans hyperactivité ...

LES CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC

Elles sont différentes selon que la famille est suivie et donc connue ou que l'enfant est adressé directement pour des difficultés scolaires.

Dans le cas de famille connue et suivies les parents se plaignent dès les premières années de difficulté pour aller à l'école puis rapidement de symptômes variés parlants d'anxiété, de tics, de conflits pour travailler, d'agitation ou de problème de concentration. Ces symptômes peuvent exister avant le CP

Souvent les parents ont été contactés par les enseignants qui notent des troubles identiques ou parfois très différents des plaintes parentales ; Des 4 ans si une anomalie du langage est repérée les enfants sont adressés directement aux orthophonistes par l'école.

Au CP ou en CE1 les parents rapportent des problèmes de difficulté de lecture ou d'écriture

Dans le cadre de notre société, où la pression parentale et scolaire est forte, ces difficultés doivent attirer l'attention du pédiatre et doivent être évaluées.

Des troubles du développement des 3 premières années de la vie sont souvent retrouvés sur nos fiches de suivis d'enfants présentant des troubles des apprentissages confirmés :

- « coliques du nourrisson » durant au-delà des 3 premiers mois

- Échec de mise au sein d'une mère motivée, informée et bien encadrée

- des vomissements persistant au-delà de 6 mois ayant justifié plusieurs laits artificiels sans succès ou résistant au traitement classique anti-reflux

- Difficulté de sommeil nocturne dès le 6e mois et il y est rare

qu'un bon sommeil stable sur plusieurs mois dès cet âge soit suivi d'un trouble de l'attention ou d'hyperactivité.

Rarement des retards de tonus, bien au contraire, ces enfants sont décrits comme « en avance » ou « trop vifs » ou « nerveux » par la famille ; ils sont souvent responsables de grosses bêtises très tôt dès la deuxième année, et plus tard d'accident plus fréquent par « maladresse » ou « défaut d'attention »

L'enfant tombe souvent malgré une marche normalement acquise, se cogne, évite les jeux d'assemblage et de construction, mange tard seul ou salement, renversent les bols ou les verres, les lacets sont impossibles.

Dans le cas d'enfants adressés pour difficulté des apprentissages, l'âge moyen est plus tardif CE2 ou CM1 ; là encore le développement de l'enfant est rarement calme, l'orthophoniste, le psychologue ou le pédopsychiatre a déjà été vu et parfois depuis plusieurs années sans succès, puisque le trouble persiste et amène les parents à consulter.

LE DIAGNOSTIC REPOSE

Sur l'interrogatoire des parents :

qui doit rechercher le début des troubles, préciser le contexte familial (divorce conflictuel ou non, gros risque au-delà de 2 ans de conflits) les circonstances de la grossesse (prise de médicament notamment psychotropes ou anti-épileptiques) la qualité des premiers mois, le type d'allaitement.

L'avis des parents en consultation permet de voir le comportement de l'enfant sans pour autant l'examiner ce qui selon l'âge est très important pour gagner sa confiance ; on peut remarquer si l'enfant reste calme sur ses parents (l'idéal dans ces consultations est d'avoir le père et la mère et un seul enfant) ou au contraire détruit le cabinet s'excite s'agite s'oppose au discours des parents, se met en pleurs...

Il est indispensable de se faire une idée de l'enfant et de se donner le temps de le laisser venir ; lui donner un jeu, un livre, un papier pour dessiner ou écrire suivant l'âge, d'évaluer comment il entre dans sa consultation.

Les questions à l'enfant sont toujours très simples et doivent chercher à le rassurer surtout si c'est un enfant déjà mal noté à l'école et anxieux, qui comprend mal ce qu'il fait là, et qui a peur d'en reprendre une couche de mauvaise note...

Pourquoi son pédiatre devrait-il être aussi au courant de ses problèmes à l'école ? C'est très important de remettre l'enfant en confiance et de lui expliquer ce qu'on va faire, que l'on n'est pas là pour le sanctionner, et que l'on va évaluer ses difficultés après l'avoir examiné.

L'EXAMEN CLINIQUE

Doit être adapté à l'âge de l'enfant. Le poids et la taille la courbe d'indice de masse corporelle, sont tracés et souvent seront le reflet des difficultés rencontrées par l'enfant.

L'enfant hyperactif et agité est rarement gros. L'enfant anxieux, avec des difficultés psychologiques est rarement maigre avant 10 ans.

La globalité de l'examen permet de se faire une idée des capacités de concentration et de développement de l'enfant, de son langage, en lui demandant par exemple ce qu'il apprend à l'école, le nom des copains, en lui demandant s'il aime ou pas l'école et pourquoi, ce qu'il fait comme activité...

On peut terminer ou commencer en le faisant lire suivant l'âge ou en lui faisant faire des calculs simples.

Au terme de ce premier examen on arrive à se faire une première idée souvent précise du problème et l'on peut dès lors décider de ne rien faire si l'enfant est en confiance et calme, si les parents sont présents et si l'enfant est très jeune 4 ou 5 ans. Souvent une prise en charge orthophonique même avant 5 ans permettra de faire le point et mettra l'enfant sur de bons rails.

Une prise en charge précoce est toujours gage de meilleure évolution, car la barre est plus facile à redresser

La place des multiactivités sportives ou culturelle est essentielle à proposer dès 3 ans à condition d'éviter la compétition, de laisser l'enfant évoluer et choisir. De nombreuses structures existent à MARSEILLE et parfois il faudra changer de lieu pour trouver l'activité qui met l'enfant en confiance. Il va trouver lui-même

l'activité ou il sera à l'aise et contournera ses difficultés. Il faut se rappeler qu'un enfant en confiance réussira toujours mieux à l'école qu'il soit agité ou anxieux.

La relation suivie pédiatre -enfant qui est souvent longue et régulière permet très souvent de rassurer la famille et surtout l'enfant, de recadrer les anxiétés et tout rentre dans l'ordre

AILLEURS UN BILAN S'IMPOSE

LE BILAN PSYCHOMOTEUR peut être fait en collaboration avec les orthophonistes et les neuropsychologues.

Dans notre centre, les tests sont effectués dans le cadre d'un bilan psychomoteur complet par notre psychomotricienne.

La batterie rapide d'évaluation cognitive (BREV) permet l'examen neuropsychologique rapide entre 4 et 9 ans. C'est un examen simple et fiable pour déterminer si une plainte des parents et des enseignants est justifiée, pour prescrire les évaluations complémentaires utiles dans le diagnostic des troubles de l'apprentissage. Cet examen clinique dure 15 à 30 minutes suivant l'habitude du praticien, l'âge de l'enfant et la relation enfant-médecin.

3 subtests sont à effectuer :

-L'étude des fonctions verbales :mémoire des chiffres, évocation lexicale, expression syntaxique, répétition des logatomes, compréhension syntaxique ;

-L'étude des fonctions non verbales :sériation de jetons (avant six ans) graphisme, attention visuelle, discrimination d'objets entremêlés, complétion de formes ;

-évaluation des apprentissages scolaires :lecture et orthographe (après six ans), calcul pour tous

le score à chaque subtest est apprécié en fonction de l'étalonnage de référence.

Le tests de CONNERS est un interrogatoire comportemental de l'enfant pour les parents

Cette prise en charge n'est pas remboursée par la sécurité sociale. Elle correspond à la prise en charge unique de plus de la moitié des enfants avec des troubles des apprentissages scolaires. La durée de la prise en charge en psychomotricité est rarement de moins d'un an pour un trouble de gravité moyenne, à raison d'une séance par semaine

Le but est de remettre l'enfant en confiance et de lui faire utiliser d'autres voies que les raisonnements classiques pour progresser.

LE BILAN ORTHOPHONIQUE

Est souvent indiqué avant 5ans .car les troubles du langage oral sont annonciateurs à 90% de futures difficultés d'apprentissage de l'écrit, en effet quand un enfant a une mauvaise syntaxe et un lexique pauvre à sa disposition, comment pourra t-il par la suite conduire une quelconque analyse grammaticale ou accéder au sens de ce qu'il lit ?

Il faut donc réagir au plus tard à l'âge de 4 ans pour préparer le futur CP et d'ailleurs la sécu prend en charge l'orthophonie à partir de 3 ans .Il est justifié si l'on rencontre des plaintes répétitives des parents ou des enseignants concernant le langage écrit et parlé.

Souvent les enfants sont directement envoyés en orthophonie et heureusement « recircuités » en psychologie ou psychomotricité si au bilan orthophonique apparaît une souffrance psychologique ou d'importants troubles de l'attention.

Le danger est parfois de faire perdre du temps aux enfants en n'évaluant pas le contexte global psychologique, psychomoteur et orthophonique.

Le bilan des capacités de concentration, d'écriture et de lecture est primordial dans notre centre. Il est systématiquement proposé au 2e trimestre du CP ou en CE1. Il permet de repérer tôt un dysfonctionnement et de proposer une prise en charge plus efficace mono ou pluridisciplinaire.

Cette prise en charge est remboursée pour l'orthophonie seule.

LE BILAN PSYCHOLOGIQUE OU PEDOPSYCHIATRIQUE

Il est primordial en cas d'anxiété, de tics, d'obésité, d'agitation psychomotrice.

Surtout en cas de problématique familiale (divorce, décès, perte d'emploi, ...)

Il doit y avoir une vraie relation psychologue-parents-enfant et bannir le jardin secret total.

Il peut y avoir des éléments négociés avec l'enfant et le psychologue pour des raisons de confiance ou de secret médical.

Les parents doivent être informés de la durée de ce suivi et de son objectif.

Le rôle du pédiatre est d'adapter ces intervenants en évitant les parcours du combattant des multi-séances hebdomadaires ne laissant que peu de place au jeu et à la liberté de se reposer pour l'enfant.

Cette prise en charge est remboursée en pédopsychiatrie et non en psychologie ; la moitié des enfants en difficulté scolaire en ont besoin à un moment ou à un autre.

LES PRINCIPAUX TABLEAUX CLINIQUES

Par définition ils concernent tous des enfants à intelligence normale

mais présentant un trouble spécifique. En cas de non-diagnostic, les enfants se

retrouvent en échec et punis, alors que souvent ils travaillent plus que les autres !!!

Il faut toujours éliminer un trouble auditif ou visuel avant la plupart des diagnostics.

LES DYSLEXIQUES

Elle touche 3 fois plus le garçon et concerne 8 à 10 % des enfants scolarisés
Il s'agit d'un trouble développemental, à composante génétique, qui affecte des aires particulières du cerveau. On naît avec !!

Les conséquences sont diverses :troubles du langage écrit ou parlé, troubles de la lecture, difficulté d'acquisition des règles de grammaires ou d'orthographe, et de compréhension des textes.

Ce diagnostic se posera après deux années de lecture soit après le CE1 ;il faut éliminer une déficience intellectuelle (QI NORMAL).les conséquences sont très variables et l'enfant doit toujours faire des efforts pour rester au niveau.

La dyslexie se rééduque en orthophonie en mettant en place des mécanismes de compensation, mais on reste dyslexique. Plus la rééducation est précoce plus elle sera efficace et durable

LES DYSCALCULIES

L'enfant compte sur ces doigts au-dessus de dix, n'arrive pas à classer les nombres dans l'ordre du plus grand au plus petit...

Elle peut être isolée ou associée a un autre trouble cognitif ;l'enfant acquiert mal les nombres, la logique et les systèmes numériques

Il se retrouve nul en math et dévalorisé par rapport aux autres

La rééducation est possible en psychomotricité .

LA DYSPRAXIE VISUO-SPATIALE (ou visuo-constructive)

On naît avec et tout petit, on est maladroit.

Elle affecte tout ce qui est geste volontaire, les gestes ne sont jamais automatisés ;elle ne s'arrange pas avec l'age

C'est un trouble fréquent 6 à 8 % des enfants de 5 à 11 ans soit 2 enfants par classe.
Huit garçon pour une fille. Les prématurés sont plus exposés

Doit se rechercher chez un enfant quand il a un travail brouillon, des copies raturées, un travail non organisé ,une orthographe aléatoire ou une écriture irrégulière, sa chambre et son cartable sont en fouillis

Cet enfant est considéré comme maladroit, tombe souvent, fait tout tomber autour de lui depuis tout petit

Un trouble oculomoteur est souvent associé car le regard n'est pas stable, l'enfant saute des mots ou des lignes, mais l'examen ophtalmo est normal

L'enfant s'épuise pour compenser, il n'est ni immature ni paresseux !

Ces résultats à l'écrit sont tres inférieurs à ceux de l'oral, la présentation des devoirs est catastrophique et l'enfant redouble inutilement ,souvent considéré comme paresseux ;ce trouble se complète fréquemment de dyscalculie et dysorthographe .

S'il n'est pas diagnostiqué cela peut évoluer vers la phobie scolaire et l'exclusion .

La rééducation est essentielle en psychomotricité ou neuropsychologie, elle est d'autant plus efficace quelle est précoce

Il est essentiel que ces enfants soient encouragés et rassurés. Les enseignants aussi doivent être aidés car l'enfant ne fait pas exprès, les contrôles oraux doivent être favorisés et l'informatique doit pouvoir être autorisée en classe.

LE TROUBLE D'HYPERACTIVITE AVEC OU SANS TROUBLE DE L'ATTENTION (THADA)

Touche 3 à 5 % des enfants en âge scolaire aux États-Unis ; plus souvent les garçons .

Une composante familiale est fréquente ; les enfants sont toujours intelligents.

Les prématurés de moins de 33 SA et les retards de croissance in utero sont plus exposés (alcool, tabac, cocaïne, plomb)

Le fer, coenzyme de la dopamine, serait plus souvent abaissé dans les formes sévères (dosage de la ferritine lors du bilan)

En PET-Scan, il semble exister des lésions du réseau striato-frontal et des troubles des neurotransmetteurs.

Les 3 symptômes : hyperactivité, impulsivité, inattention

Doivent apparaître avant l'âge de 7 ans et durer depuis plus de six mois, ne sont pas en rapport avec une autre pathologie.

L'hyperactivité se définit par une instabilité motrice, l'enfant ne tient pas en place, se lève partout et sans cesse ; le sommeil est très perturbé ; ceci épuise l'entourage

L'impulsivité se caractérise par une impossibilité d'inhiber certaines

actions ; l'enfant coupe les conversations, impose sa présence sans cesse ; il veut tout et tout de suite et répond trop vite aux questions sans réfléchir.

L'inattention se retrouve à l'école, dans les jeux, les consignes ne sont pas respectées et l'enfant commet de nombreux oublis

D'autres troubles peuvent s'associer au THADA :

-anxiété, (50 %) opposition, dépression (1/3)

En grandissant les troubles s'atténuent ou disparaissent mais des difficultés peuvent persister et perturber la vie adulte : des adultes peuvent rester impatients et hyperactifs avec des vies affectives tourbillonnantes.

Le traitement repose sur la RITALINE ou le CONCERTA qui existe maintenant sous forme à libération prolongée. Les posologies sont de 0,5 à 1 mg/kg /jour

Le traitement est mis en route en milieu hospitalier les effets indésirables sont peu sévères et les enfants nettement améliorés. La suspension annuelle pendant les vacances permet d'apprécier l'amélioration des troubles.

Les traitements non médicamenteux sont essentiels.

QUELLE PREVENTION PRIMAIRE DES TROUBLES DES APPRENTISSAGES PEUT FAIRE LE PEDIATRE ?

La pédiatrie est un métier idéal de prévention ; elle s'exerce de plus en plus dès la période intra-utérine jusqu'à l'adolescence.

Les consultations pédiatriques prénatales, encore insuffisamment développées, sont à ce titre essentielles.

In utero certaines molécules ont confirmé leur toxicité sur le développement cérébral.

L'alcool est maintenant reconnu .
responsable de foethopathie sévère avec microcéphalie et trouble des
apprentissages graves.

La cocaïne,le tabac sont accusés de troubles cognitifs

Egalement les traitements antiépileptiques durant la grossesse sont connus pour les
risques malformatifs mais moins pour les effets tardifs sur les apprentissages et très
fréquents

Les expositions au plomb de la future mère sont à risques

Le rôle préventif de l'allaitement est publié régulièrement :

pour des durées supérieures à 6 mois le quotient intellectuel a pu être mesuré à 3,5
points de plus pour les enfants à terme mais aussi pour les prématurés et les RCIU
jusqu'à 6 points de plus ;ces différences sont significatives.

L'allaitement maternel diminue aussi largement le risque d'obésité et de maladie
métabolique à l'âge adulte surtout dans les populations à risques que sont les
prématurés et les RCIU.

Ce rôle préventif de l'allaitement au sein semble lié aux acides gras à très longues
chaînes (DHA et a .arachidonic) absent des formules industrielles,et qui sont des
composants essentiels des lipides cérébraux qui représentent 60% de la composition
du cerveau de

l'enfant. Ceux ci jouent aussi un rôle majeur dans le développement de la rétine.

Le dosage de ces a.gras dans le cerveau,effectué lors d'autopsie, est corrélé au
dosage érythrocytaire au cordon ;il est très nettement supérieur en cas d'allaitement
au sein et corrélé à sa durée.

Le conseil médical pendant la grossesse ou en maternité est très variable,et trop
souvent l'allaitement est contre-indiqué de façon discutable.

La mise en place de structure d'information et de formation des femmes enceintes
sur l 'allaitement maternel est indispensable,ainsi que le suivi en postnatal ;
la durée de l'allaitement est liée à la qualité de la consultation de lactation 15 jours
après l'accouchement.

Si le taux d'allaitement maternel en France a augmenté de 10 points en 10 ans,(55%
dans le sud de la France,45 % dans le nord) la durée à 3 mois est toujours de 5 %
nous plaçant loin derrière les scandinaves (75 % à 6 mois) .

La formation des médecins en France est très insuffisante et 50% des arrêts en
postnatal sont injustifiés,la grande majorité des médicaments peuvent être utilisés lors
d'allaitement contrairement à ce qui est écrit dans le VIDAL !!

Les pouvoirs publics auront un rôle majeur à jouer dans cette optique en diffusant les
messages d'information sur l'allaitement, les risques d'exposition in utero du
foetus,en favorisant la poursuite de l'allaitement trop souvent arrêté à 10 semaines
pour une contrainte à la reprise du travail.

Le financement de telle structure doit être évalué.

Un réseau d'information autour de la naissance ne pourrait coûter que 5 euros par
accouchement pour chaque maternité !!!

BIBLIOGRAPHIE :

1)BREV,une batterie dévaluation des fonctions cognitives,
C.BILLARD archives de pédiatrie 13 (2006) 23-31

2)HYPERACTIVITE lexpérience franco-anglaise
journée parisienne de pédiatrie ABSTRACT novembre 2005

3)TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE L HYPERACTIVITE
M_F LE HEUZEY hôpital robert DEBRE paris pediatrie pratique n 167 avril 2005

4)DYSLEXIE,du cabinet de pédiatre au centre de référence
PR BILLARD hop bistre abstract pediatrie n 190 septembre 2005

5)JEANNE SIAUD-FACHIN
aider l'enfant en difficulté scolaire
odile jacob ed

6)breast –feeding and cognitive development :a meta-analysis
james w Anderson
am J clin Nutr 199 ;70 :525-3

7)small-for-gestational-age infants need diergol quality more than quantity fot their
development :the role of human milk
agoniste c
acta paediatr 2005 jul ;94(7) :823-7