

## **1 - DIFFICULTES PSYCHOLOGIQUES**

**1.1 Quels troubles** (p. 1 à 2)

**1.2 Le casse-tête des diagnostics** (p. 3 à 6)

**1.3 Troubles associés** (p. 7 à 34)

1.3.1 TROUBLES NEUROVISUELS (p.7 à 9)

1.3.2 DYSPRAXIE (p.10 à 13)

1.3.3 TDAH-TROUBLES DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITE (p.14 à 18)

1.3.4 AUTRES TROUBLES DYS (p.19 à 24)

1.3.5 TED-TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT (p.24 à 30)

1.3.6 TROUBLES DE L'ATTACHEMENT (p.31 à 33)

### **1.1 Quels troubles**

**TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ?**

**TROUBLES DU COMPORTEMENT ?**

**TROUBLES DE LA PERSONNALITE ?**

**OU.... ?**

*Mais aussi*

**DIFFERENCE ?**

**HANDICAP - PAS HANDICAP ?**

**SITUATION DE HANDICAP ?**

*Quelques questions, parmi tant d'autres, que beaucoup d'entre nous, individuellement se sont posées, sans forcément trouver une réponse.*

Ces mêmes questions nous nous les sommes posées à ANJEU TC, le débat est riche d'avis contradictoires.

Les points de vue divergent tout particulièrement sur le sens donné au mot « handicap ». Voici la définition retenue dans la « loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » (Loi n° 2005-102 du 11 février 2005) :

*« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*

De plus, depuis le 1er janvier 2006 et la mise en place de la **Maison Départementale de la Personne Handicapée (MDPH)**, d'emblée nous sommes confrontés au terme « handicap ». C'est pourquoi, vous rencontrerez ce terme régulièrement au fil de nos pages, mais chacun, **au regard des difficultés rencontrées, gardera ses propres convictions sur cette notion.**

### **Qui sont ces jeunes ?**

Ce sont des enfants ou adolescents souffrant de **troubles psychologiques** important. Ils sont tous « particuliers » et les problématiques sont très différentes d'un jeune à l'autre. On entend parler de :

- troubles de la conduite et du comportement : déficit de l'attention, hyperanxiété, hyperactivité,
- troubles envahissants du développement, dysharmonies, syndromes autistiques,
- troubles psychotiques et névrotiques, phobies...

Comment rassembler une telle diversité de problématiques sous une dénomination commune ?

Cependant ce qui est certain c'est que ces enfants n'ont pas de problème d'efficacité intellectuelle même si souvent, sur le terrain scolaire, leurs difficultés entravent les apprentissages. Une prise en compte adaptée doit leur permettre de garder ou retrouver une place dans la vie scolaire et sociale.

Aussi avons-nous souhaité compléter cette rubrique par des informations sur les troubles spécifiques qui peuvent être associés ou à l'origine de troubles psychologiques.

*Consulter aussi la rubrique 2 - **TEMOIGNAGES***

## 1.2 Le casse-tête des diagnostics

### *Les diverses classifications*

Si la recherche d'un diagnostic n'est pas un but en soi, il n'en reste pas moins que tous les parents ont le désir bien légitime de savoir de quoi souffre leur enfant : ne pas savoir, augmente leur angoisse et les maintient dans un questionnement épuisant. (cf encadré en fin de ce dossier)

Beaucoup d'entre nous sommes confrontés à une absence quasi totale de diagnostic, mais à l'inverse, d'autres familles ont reçu pour leur enfant toutes sortes de diagnostics différents : *troubles des conduites ou troubles du comportement, psychose infantile, traits autistiques, dysharmonies évolutives, troubles névrotiques, hyperactivité ...* La liste n'est pas exhaustive !

Le problème devient parfois un vrai casse tête quand en plus, et ce n'est pas rare, tel diagnostic posé par un médecin est contredit par un autre ; ainsi par exemple, le témoignage d'une maman à propos de son fils : « *Le diagnostic de psychose infantile avait été posé par un médecin psychiatre qui a suivi notre fils pendant de longues années. Lors d'une consultation dans le cadre d'une orientation, un autre médecin psychiatre nous a répondu : psychose infantile, pour moi, cela ne veut rien dire !* »

Comment s'y retrouver !

Tout d'abord, il faut savoir que les diagnostics sont toujours établis **sur la base d'une classification**. Or il en existe plusieurs systèmes dans le monde et la France a la particularité d'utiliser l'une ou l'autre de ces classifications.

Voici les 3 principales :

- **La Classification Française** connue par les professionnels sous le nom de **CFTMEA** : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent. Elle a été établie par des travaux français.
- **La Classification Internationale des Maladies** connue par les professionnels sous le nom de **CIM 10**. Elle dépend de l'Organisation Mondiale de la Santé.
- **La Classification Américaine** connue par les professionnels sous le nom de **DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux. Elle a été créée par l'APA (American Psychiatric Association).

Toutes ces classifications ne sont pas immuables, elles font l'objet de révisions et petit à petit tendent à se rapprocher, ainsi le diagnostic de TED (Troubles Envahissants du Développement), utilisé dans la classification internationale n'apparaît dans la classification française que depuis l'année 2000, conjointement au terme de « psychoses précoces ».

On aurait pu penser que seule la classification française servait de référence dans notre pays, mais dans la réalité, les 3 classifications peuvent être utilisées par les médecins psychiatres en fonction du courant auquel ils appartiennent ou de leurs références théoriques.

C'est ainsi que les termes employés ne sont pas forcément les mêmes d'où les différences de diagnostic d'un médecin à l'autre.

*Un exemple : quand il est question de « dysharmonie psychotique » dans la classification française il s'agit de « Trouble Envahissant du développement non spécifié » dans la classification internationale.*

Pas facile pour les parents de se repérer et d'y voir clair !

Sans entrer dans le détail d'énoncés compliqués, il faut aussi savoir que ces différences vont bien au-delà des noms de pathologie : les critères cliniques d'évaluation qui fondent les diagnostics sont eux aussi parfois différents d'une classification à l'autre. Notre propos n'est pas de rentrer dans les querelles de spécialistes mais nous ne pouvons que mettre en avant les conséquences de ces divergences sur les jeunes et leurs familles.

### **Un diagnostic : pour quoi faire ?**

Certains professionnels contestent l'idée d'une recherche de diagnostic : ne pas enfermer les enfants dans une étiquette réductrice, ne pas avoir d'a priori, un diagnostic ne sert à rien etc., tels sont les arguments que bon nombre d'entre nous avons entendu.

Si en effet la prudence est de mise, il n'en reste pas moins que l'intérêt majeur du diagnostic est bien d'aider à orienter parents et professionnels vers des soins et prises en charge adaptées.

De plus un diagnostic précoce peut apporter aux parents des réponses aux questions qu'ils se posent sur le comportement de leur enfant, leur permettre ainsi de mieux comprendre son mode de fonctionnement et essayer de s'adapter aux besoins de leur enfant.

### **Un diagnostic : où s'adresser ?**

En premier lieu, ne pas hésiter à demander conseil à votre médecin traitant, pédiatre, au médecin scolaire... médecin psychiatre

Mais aussi à la MDPH (Maison Départementale des Personnes handicapées) qui a aussi pour mission de vous conseiller et de vous orienter dans vos recherches.

Souvent, nos enfants souffrent de troubles divers ou associés c'est pourquoi il nous paraît judicieux de ne pas s'en tenir au diagnostic d'un seul médecin mais de recourir à une équipe qui procédera à une évaluation non seulement des difficultés mais aussi des compétences de l'enfant. Ces équipes existent et sont formées de professionnels qui mettent en commun leurs conclusions chacun dans sa spécialité. Le ministère de la Santé a mis en place plusieurs sortes de centres que l'on appellera « centres d'évaluation et de bilans pluridisciplinaires. »

**Les CAMSP** : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce. Ces centres sont agréés par les Caisses d'Assurance Maladie et le Conseil Général du département au titre de la protection Maternelle et Infantile. Ils s'adressent aux enfants de 0 à 6 ans.

Ce sont des centres de prévention, de dépistage et de traitement, dont la vocation première est l'aide au **diagnostic précoce**. Les prises en charge sont remboursées par la Caisse d'Assurance Maladie.

Certains CAMSP ont gardé une spécificité dans un certain type de handicap comme par exemple le handicap moteur, mais beaucoup ont élargi leurs compétences et suivent des enfants souffrant de troubles psychiques, du comportement ou de troubles graves du langage.

### **LES CRA : Centres de Ressources Autisme**

Ces centres s'appellent aussi *Centres de Ressources Autisme et Troubles Apparentés* ou bien *Centres de Ressources Autisme et Troubles du Développement* ou bien encore *Centres de Ressources Autisme et Troubles Envahissants du Développement (TED)* ...

Les parents qui ne se sentent pas concernés par la problématique de l'autisme et des TED hésiteront peut-être à pousser la porte de ces centres. Pourtant il faut savoir que rien ne leur interdit de le faire. Les familles peuvent en effet y trouver non seulement une réponse à leur demande de diagnostic mais aussi y être écoutées et guidées.

#### Leurs objectifs :

- Accueil et conseil, orientation, information des familles
- réalisation de bilans et d'évaluations pluridisciplinaires approfondies en vue d'un diagnostic
- mise en relation avec les dispositifs de soins et dispositifs médico-sociaux concernés.

Il y a des CRA dans toutes les régions de France. Vous pouvez trouver les adresses sur <http://www.autismes.fr/> - le site de l'ANCRA (Association Nationale des CRA)

### **Les Centres de référence :**

Ce sont des centres de consultation multidisciplinaires souvent attachés à des équipes hospitalières ; plus spécialisés dans le diagnostic des enfants et adolescents porteurs de troubles du langage. A terme, il devrait s'ouvrir un centre par région.

Attention : les noms de ces centres ne sont pas les mêmes d'une région à l'autre ; ils peuvent s'appeler « Unité d'Évaluation, Réseau, Unité de Neuro-psychologie etc.)

#### Leurs objectifs :

- Proposer une évaluation multidisciplinaire avec le concours d'une équipe de consultation, afin de porter un diagnostic précis et d'orienter ainsi la prise en charge rééducative et le mode d'intégration scolaire.
- Assurer le suivi et la coordination des soins qui seront réalisés pour la plupart des enfants, en mettant en place un travail en réseau avec les partenaires extérieurs.

Le ministère a mis les coordonnées de ces centres à la disposition de tous ceux qui sont à la recherche d'un lieu d'information, de diagnostic ou de prise en charge des troubles spécifiques du langage.

De même que pour les CRA, n'hésitez pas à pousser la porte de ces centres d'évaluation, qui pourront au moins vous guider dans vos recherches.

Pour les trouver consulter le site <http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/page104.htm>

En 2007 nous avons fait une enquête auprès de nos adhérents.

Pour résumer, cette enquête avait révélé que tous les participants s'accordaient pour dire qu'ils avaient souhaité avoir un diagnostic.

Essentiellement pour comprendre, aider leur enfant, partager avec d'autres parents.

Dans cette recherche de diagnostic il ressortait un grand manque d'aide et de conseils pour savoir où s'adresser

Nous avons relevé une grande diversité de diagnostics, qui ressemblaient parfois plutôt à des inventaires de symptômes qu'à de véritables diagnostics. L'expression « troubles du comportement » par exemple évoque plus un symptôme qu'une pathologie.

De façon majoritaire le fait d'avoir un diagnostic avait aidé à comprendre et à expliquer à l'entourage, à prendre conscience, à mettre en place des soins, une thérapie, et aussi à déculpabiliser.

Inversement pour certains parents, le diagnostic n'était pas tout à fait convaincant, ne résolvait pas les problèmes ou n'avait pas permis d'obtenir l'aide concrète espérée.

## **1.3 Troubles associés**

### **1.3.1 TROUBLES NEUROVISUELS**

### **1.3.2 DYSPRAXIE**

### **1.3.3 TDAH - TROUBLES DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITE**

### **1.3.4 AUTRES TROUBLES DYS**

### **1.3.5 TED - TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT**

### **1.3.6 TROUBLES DE L'ATTACHEMENT**

Nous avons pu constater qu'un certain nombre d'enfants cumulent plusieurs sortes de troubles, qui peuvent être masqués ou mis de côté. On peut parfois se demander si ces troubles associés ne sont pas à l'origine des difficultés psychologiques.

Il n'est pas dans nos propos de vous conseiller de courir dès demain chez un spécialiste, ni de dire que tous les enfants aux prises avec les troubles psychologiques sont forcément atteints de l'un ou l'autre des troubles traités dans ce dossier mais de vous en faire connaître l'existence.

A chacun ensuite, selon ses observations de se faire une idée.

### **1.3.1 TROUBLES NEURO-VISUELS**

Sylvie CHOKRON est chercheur au Laboratoire de psychologie et neurocognition à Grenoble ; elle prend également en charge ceux qui ont " désappris à voir ", à la Fondation ophtalmologique Rothschild, à Paris.

Nous avons relevé quelques éléments de ses propos :

#### **Qu'est-ce qu'un trouble neurovisuel ?**

Un exemple : Un enfant peut avoir une très bonne acuité visuelle mais avec un champ visuel de 10 ° ou 20° au lieu des 180° habituels. Imaginez alors ce qui se passe lorsque la vision correspond à ce que l'on voit à travers un tube. Vous verriez une toute petite portion de la scène et pour vous représenter la scène globale qui est autour de vous il faudrait en permanence bouger les yeux, bouger la tête ; c'est ce que vont devoir faire ces enfants pour compenser leurs troubles. Bien évidemment dans l'apprentissage de la lecture ou de la locomotion ou de la recherche visuelle c'est extrêmement handicapant de ne pas pouvoir traiter un ensemble d'éléments.

Certaines lésions cérébrales peuvent empêcher la transmission des informations entre l'œil et le cerveau. Ainsi, il y a des enfants qui ne perçoivent qu'une partie du champ visuel ; pour d'autres ce sont des détails de la réalité qui leur échappent, comme gommés. Il ne s'agit donc pas seulement d'avoir une bonne vue, il faut également savoir analyser correctement les informations envoyées par les yeux et les mémoriser. Attention, rien à voir ici avec une mauvaise acuité visuelle - ces enfants n'ont d'ailleurs pas forcément besoin de lunettes !

Ces troubles neurovisuels sont à la frontière entre l'ophtalmologie et la neurologie.

De fait, dans la majorité des cas, les lésions cérébrales de ces enfants sont apparues au moment de la naissance ou peu après. La cause la plus probable pourrait venir d'une mauvaise oxygénation du cerveau lors de l'accouchement, pendant les périodes d'apnée du nourrisson, ou bien lors d'un problème cardio-respiratoire au cours d'une anesthésie. Très brefs, ces accidents passent facilement inaperçus ou sont jugés sans conséquences par les médecins. Pourtant un manque d'oxygène - même très court - peut entraîner l'apparition de lésions, surtout sur les cerveaux aussi fragiles que ceux des nouveau-nés ou des nourrissons.

### **Quelles conséquences ?**

#### **- Difficultés dans les gestes quotidiens :**

Si les troubles neurovisuels peuvent entraîner des difficultés pour comprendre ce que l'on voit, et pour s'en rappeler, ils interagissent également sur toutes les activités qui exigent la vision en incluant bien sûr la locomotion, le sport, l'utilisation des objets de la vie quotidienne tel que se verser de l'eau dans un verre, écrire, traverser la rue, faire du vélo...

#### **- Difficultés relationnelles :**

C'est toute la relation au monde extérieur et aux personnes qui sont autour d'eux qui peut être touchée. En effet quand on ne voit pas bien, alors on peut très bien ne pas reconnaître les visages ou ne pas répondre aux sourires parce qu'on n'a pas compris que la personne en face de vous était en train de sourire.

#### **- Difficultés de comportement :**

N'étant pas aisément dépistés, les enfants qui souffrent de ces troubles finissent souvent par être taxés de mauvaise volonté, de simulation, ils peuvent même être étiquetés comme ayant des problèmes de comportement.

Ils sont souvent en échec scolaire, ballottés d'une classe à l'autre sans que jamais personne n'ait compris l'origine de leurs difficultés. Cela peut entraîner des troubles du comportement et être parfois confondu avec des troubles de la personnalité.

Nous avons déjà pu remarquer que les enfants porteurs de troubles neurovisuels peuvent avoir des signes qui ressemblent à ceux que l'on observe dans l'autisme, nous avons aussi pu repérer que parmi les enfants dyspraxiques on retrouve énormément d'enfants ayant des troubles neurovisuels.

De même, certains enfants qui ont du mal à faire attention ou à comprendre ce qu'ils voient peuvent développer des troubles de l'apprentissage.

### **Dépistage :**

Pourquoi ces troubles sont-ils si mal dépistés ?

Notamment parce que leur expression est très différente selon les cas.

Exemple : les enfants victimes de certaines lésions sur une voie visuelle spécialisée dans le transfert des images rapides et peu contrastées se retrouvent perdus dans un vrai brouillard visuel lorsqu'ils tentent de lire un texte. En effet les images persistent dans leur cerveau plus longtemps que la normale, les lignes de texte se superposent entre elles. Résultat cela entraîne de grandes difficultés pour l'apprentissage de la lecture.



### - De l'intérêt du dépistage

Il est d'autant plus important de dépister ces éventuels troubles visuels qu'ils peuvent être pris pour d'autres pathologies de type comportementales, psychiatriques, environnementales... et éviter ainsi que les enfants qui en souffrent ne soient, finalement, jamais bien rééduqués puisqu'ils auront été mal diagnostiqués.

La plupart du temps les lésions liées aux souffrances néonatales se réparent et il se peut très bien que l'on ne voie plus une lésion à l'IRM, alors qu'elle a encore des effets néfastes sur le fonctionnement du cerveau de l'enfant.

Le souci actuel c'est que très peu d'enfants bénéficient d'un bon diagnostic. Alors que la population concernée est estimée à 3 ou 4 % des enfants.

### - De nouveaux outils

A la demande du Ministère de la Santé, le premier test de dépistage à grande échelle de ces troubles a été élaboré. Depuis 2007 un ensemble de tests très rapides a été mis au point afin de permettre le dépistage de ces troubles neurovisuels chez l'enfant. Ces tests doivent être proposés lors de la visite du médecin scolaire à l'entrée au CP, surtout afin d'éviter que des enfants développent des troubles des apprentissages parce qu'ils auraient du mal à faire attention ou à comprendre ce qu'ils voient.

### - Un dépistage en deux étapes

- Le test pratiqué dans le cadre de l'école pour faire un état des lieux rapide et repérer les enfants qui ont un problème visuel. Ce test est constitué de 6 épreuves et demande environ 10 minutes à 15 minutes. Médecins scolaires et infirmières seront chargés de leur mise en œuvre.
- Dans un deuxième temps, les enfants pour lesquels on aura décelé des troubles, soit visuels, soit attentionnels, soit de mémoire visuelle pourront être orientés vers un « Centre Référent pour les troubles des apprentissages » chez l'enfant. Il en existe 33 en France. Ces centres pourront alors proposer un bilan plus détaillé qui permettra de cibler le processus qui fait défaut. (est-ce au niveau de la perception, de l'attention, au niveau spatial ou de la mémoire ?...)

### **Comment aider l'enfant ?**

Une fois que le diagnostic est fait, les troubles peuvent alors être rééduqués. Il n'y a pas de traitements médicamenteux ou chirurgical. La rééducation va apprendre à l'enfant à réparer, à contourner la lésion. Par exemple pour un enfant qui n'arrive pas à voir dans la périphérie de son champ visuel on va l'hyper stimuler dans cette partie là et forcer son cerveau à gérer ses stimuli. Le cerveau va alors devoir mettre en œuvre des circuits qui n'étaient pas utilisés jusque là, afin de contourner l'effet de la lésion et améliorer si ce n'est résoudre le problème.

Mais attention il n'y a pas conflit entre neurologie et psychologie. Ce qu'il faut comprendre c'est qu'on peut avoir des troubles psychologiques parce qu'on a un mauvais contact avec le monde qui nous environne. La rééducation neurovisuelle viendra en parallèle de toute autre forme de prise en charge pour aider l'enfant à avoir le meilleur rapport possible aux apprentissages et aussi aux relations avec son environnement.

Vous trouverez la liste des Centres référents pour les troubles du langage et des apprentissages sur : <http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/page104.htm>

### **1.3.2 DYSPRAXIE**

*Jusqu'à encore quelques années le terme de dyspraxie était pratiquement inconnu du grand public et c'est grâce au travail d'envergure de l'association « Dyspraxique mais Fantastique » que petit à petit les pouvoirs publics, les parents et les professionnels ont eu une meilleure connaissance de l'existence de ces troubles qui touchent 3 à 6% des enfants, principalement les garçons.*

*Nous nous sommes largement inspirés des écrits de cette association et du professeur MAZEAU, médecin de rééducation, spécialisée en neuropsychologie infantile, pour vous présenter ce qu'est la dyspraxie.*

#### **Qu'est ce qu'une praxie ? Qu'est ce qu'une dyspraxie ?**

« On dit que c'est un handicap caché, invisible. »  
« Invisible » parce que quand on regarde un enfant dyspraxique, il n'a pas l'air différent d'un autre enfant. Il peut marcher, entendre, voir etc. Et pourtant, la dyspraxie est un réel handicap, reconnu comme tel. »

Les praxies sont des fonctions cognitives élaborées qui permettent la gestion de tous les gestes volontaires issus d'un apprentissage. Par exemple mettre une cuillère dans la bouche, se coiffer, tricoter, battre des œufs... Ce sont les praxies qui permettent à un individu de réaliser automatiquement un geste, à partir de la simple évocation mentale de ce geste.

Le mot **dyspraxie** vient donc de « PRAXIE » qui veut dire « coordination des gestes appris » et de DYS qui veut dire « fonctionne mal » : les difficultés sont dans le geste lui-même, dans la mémorisation pour faire ce geste.

#### **Les manifestations les plus courantes**

- L'enfant est maladroit : tout ce qu'il touche se renverse, se casse, tombe, se déchire,
- Il a besoin d'aide pour s'habiller, se laver, manger proprement, couper ses aliments, bien au-delà de l'âge normal.
- Il a du mal à retrouver ses affaires, à ranger, à s'organiser, il oublie son cartable...
- Il a beaucoup de mal à écrire et n'accède que très difficilement à l'écriture cursive ou liée.
- Il a du mal à utiliser une règle, une paire de ciseaux, une gomme...
- Il est lent, malhabile, le résultat de son travail est grossier. Il est facilement distrait et il a du mal à se concentrer en classe, il oublie les instructions et consignes.

Votre enfant est peut-être dyspraxique si :  
Il est le roi des maladroits  
Il met ses habits à l'envers  
Il ne mange pas proprement  
Il a une écriture illisible  
Il a des cahiers sales et déchirés  
Il se cogne souvent.

#### **Les différents types de dyspraxie**

Nous ne les listerons pas tous mais parmi les plus connus citons :

La dyspraxie constructive : concerne les activités (bricolage, couture, menuiserie, jeux de construction : cubes, légos, mécanos, puzzles...)

La dyspraxie visuo-spatiale : difficultés dans toutes les tâches mettant en œuvre la notion d'espace : (géométrie, géographie, lenteur en lecture...)

La dyspraxie de l'habillement : difficultés à agencer, orienter ou disposer les vêtements lors de l'habillement, pour se boutonner, utiliser une fermeture Eclair, faire ses lacets...

La dyspraxie orofaciale : difficultés pour réaliser des gestes simples ou complexes des organes de la bouche et du visage. L'enfant a du mal à mâcher, mastiquer ou déglutir

La dysgraphie dyspraxique : difficultés pour écrire (pas d'automatisation de l'écriture liée).

La dyspraxie idéomotrice : difficultés à réaliser des gestes symboliques et des mimes en l'absence de manipulations d'objet (faire chut, mimer l'action de jouer de la trompette...) imiter les gestes réalisés par un autre.

Un enfant explique : « Je ne fais pas ce que je veux, ma main ne dessine pas ce que j'ai dans la tête, je connais les réponses au contrôle mais je ne sais pas comment les organiser sur ma feuille »

### Troubles associés

Ces divers types de dyspraxies vont donc affecter l'enfant de différentes manières, d'autant plus que d'autres troubles peuvent y être associés, contribuant à compliquer le diagnostic :

- Trouble de la coordination motrice (TAC) : l'enfant court de façon désordonnée, n'arrive pas à coordonner les bras et jambes en nageant, tombe, se cogne souvent
- Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- Difficultés de langage oral : parle tard et prononce ou articule mal (dyspraxie de la parole).

*C'est en général lors des 1<sup>ères</sup> années d'école maternelle que se révèlent les premiers symptômes. En effet auparavant la « maladresse » générale de l'enfant a pu passer inaperçue. C'est l'association et la durabilité de l'ensemble de ces symptômes qui doivent alerter et faire suspecter une éventuelle dyspraxie. Mais attention : « **Tout enfant maladroit n'est pas dyspraxique !!** »*

La dyspraxie peut également être une composante d'un plus grand syndrome :

Syndrome d'Asperger, autisme, autres Troubles Envahissants du développement (TED) ...

### Quelles peuvent être les causes des dyspraxies ?

#### Ce que la dyspraxie n'est pas :

La dyspraxie n'est pas un trouble d'origine musculaire (l'appareil musculaire fonctionne normalement). De plus, elle n'est pas un trouble d'ordre intellectuel. Au contraire, les individus qui sont aux prises avec ce trouble (enfants et adultes) ont généralement de très bonnes capacités de compréhension et de raisonnement, et ce tant sur le plan verbal que non verbal. Ils peuvent clairement expliquer le but qu'ils veulent atteindre (p. ex., je veux faire de la bicyclette, attacher mes lacets) ainsi que la façon dont ils doivent s'y prendre (c'est-à-dire, décrire la séquence de mouvements qu'ils doivent produire).

Selon le Dr MAZEAU, « Il n'y a pas une mais des causes possibles ». Chez certaines personnes, le handicap peut être dû à des lésions cérébrales plus ou moins localisées (enfant prématuré, tumeur, accident vasculaire cérébral). Il s'agit de dyspraxie lésionnelle. Pour d'autres, sans antécédent

pathologique, les raisons pour lesquelles les fonctions praxiques ne se développent pas normalement sont encore « obscures. » On parle de dyspraxie développementale.

### Les conséquences pour l'enfant

Un enfant dyspraxique **n'arrive jamais à automatiser ses gestes, Il doit donc exercer un contrôle permanent de ses mouvements. Ce qui lui demande une attention et des efforts constants (bien qu'invisibles par l'entourage) entraînant une fatigue anormale** et souvent méconnue.

A cela s'ajoute parfois l'incompréhension de l'entourage. Ainsi il s'entend dire qu'il est « maladroit, paresseux, rêveur... » qu'il « ne fait pas d'efforts », qu'il « ne s'applique pas ».

Il peut ainsi se trouver rapidement en échec scolaire et il n'est pas rare qu'il soit parfois considéré comme déficient intellectuel en raison de sa lenteur et de sa gaucherie. La dyspraxie a souvent un impact très néfaste sur le développement de **l'estime de soi**. L'enfant se croyant incapable de faire comme les autres il aura quelquefois tendance à s'isoler, se replier sur lui-même.

Une dyspraxie non diagnostiquée peut avoir des effets en chaîne dans la vie d'un enfant, allant de la démotivation à la perte de la confiance en soi. Certains en arrivent à déprimer, abandonner ou se rebeller et développer des troubles du comportement.

### L'importance du diagnostic

La dyspraxie devrait être dépistée le plus tôt possible, c'est pourtant rarement le cas parce que c'est une pathologie encore méconnue et dont les symptômes sont banalisés.

Selon Michèle MAZEAU, « un diagnostic tardif est souvent synonyme d'un long passé d'échecs scolaires et d'incertitudes sur l'avenir. L'adolescent ou le jeune adulte est perturbé au niveau psychologique et affectif, réservé, voire introverti. Il présente un grand décalage entre le verbe et l'écrit ce qui peut engendrer un manque de confiance et une mauvaise estime de lui-même »

Qui peut faire le diagnostic ?

La réalité des parents aujourd'hui c'est souvent le "*parcours du combattant*". Il n'existe pas de circuit fléché et les réponses données sont variables selon les régions, les professionnels, les structures.

Si on soupçonne que l'enfant puisse avoir un trouble d'apprentissage relié à une dyspraxie, la première démarche à suivre est d'obtenir une évaluation complète en neuropsychologie. Dans un premier lieu, ceci permet de préciser la nature et l'origine des difficultés. Par la suite, le professionnel saura orienter de façon appropriée les interventions.

Il est possible de s'adresser à son médecin traitant qui pourra orienter vers un neuropédiatre, un médecin de rééducation fonctionnelle, un **neurologue**, une équipe pluridisciplinaire (psychomotricien, psychologue...) d'un CMPP, CAMSP ou centre hospitalier. Il existe également des centres référents pour les troubles du langage et des apprentissages<sup>1</sup> répartis sur toute la France.

<sup>1</sup> Vous trouverez la liste des Centres référents pour les troubles du langage et des apprentissages sur : <http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/page104.htm>

En tout état de cause si vous vous posez des questions, n'hésitez pas à consulter, pour faire réaliser un **bilan pluridisciplinaire** qui permettra alors de cerner la nature et l'ampleur du (ou des) trouble(s) afin de prendre en charge l'enfant de manière globale.

### **Comment aider l'enfant ?**

Selon le type de troubles, des rééducations ou des soutiens seront mis en place :

- Orthophonie : pour aider à la lecture, à l'articulation...
- Psychomotricité, ergothérapie : pour travailler la motricité fine, la coordination des membres, le schéma corporel dans l'espace...
- Orthoptie : rééducation des stratégies du regard, de la motricité oculaire...
- Psychologie : aider l'enfant à gérer sa différence, renforcer l'estime de soi...

Et puis et surtout, se documenter sur cette pathologie afin de mieux la comprendre et de l'expliquer :

- A l'enfant lui-même afin de ne pas laisser s'installer le doute quant à ses capacités mentales et à sa bonne volonté, pour éviter qu'il ne développe des troubles du comportement et qu'il ne perde confiance en lui.
- A son entourage familial et scolaire afin que le regard porté sur lui soit compréhensif et positif.

### **En savoir plus**

Une association : DMF - « Dyspraxique mais Fantastique » -

95 Rue d'Avron - 75020 PARIS - tél : 06-16-74-96-38

Sites : [www.dyspraxie.info](http://www.dyspraxie.info)



### **1.3.3 TDAH - TROUBLES DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITE**

*Dans le langage commun, on parle d'enfant hyperactif mais en terme plus médical, on entendra les mots « hyperkinésie » ou TDAH selon le choix des différentes classifications qui servent de référence. Il faut savoir que tous ces mots désignent globalement les mêmes troubles. Pour des raisons pratiques, nous avons opté pour l'utilisation du sigle TDAH dans le dossier qui suit.*

#### **Pourquoi le sigle TDAH ?**

Parce que le terme hyperactivité utilisé seul, désigne simplement une exagération du comportement moteur de façon isolée, alors que le TDAH suppose un véritable dysfonctionnement qui gêne ou handicape le sujet de façon permanente. L'hyperactivité ne représente qu'une des trois dimensions principales du TDAH et ne prend pas en compte les deux autres : le déficit de l'attention et l'impulsivité.

**T** : pour **trouble** (défini comme un ensemble de symptômes) : le terme de trouble est préféré à celui de maladie dans la dénomination actuelle. Trouble suppose en effet qu'il existe un dysfonctionnement sans pour autant revêtir le sens plus péjoratif de maladie.

**D** : pour **Déficit** (qui se rapporte à l'attention) : le déficit attentionnel représente l'un des piliers de ce syndrome.

**A** : pour **Attention** : l'attention est un processus neurophysiologique complexe qui touche à de nombreux systèmes à l'intérieur du cerveau et dont la mesure n'est pas aisée. Les chercheurs s'accordent à différencier plusieurs sous-types au sein du système attentionnel, en particulier l'attention soutenue (ou concentration) et l'attention sélective (dirigée vers une cible). Les rapports de l'attention avec l'éveil et la vigilance sont étroits. L'attention est une fonction qui influence le comportement moteur.

**H** : pour **hyperactivité** : l'hyperactivité est certainement la partie la plus visible de ce syndrome et a longtemps été considéré comme le syndrome le plus perturbateur et gênant pour l'enfant et son entourage. C'est elle qui donne son nom -inexact- au trouble quand on en parle en langage commun (il est en effet plus aisé de parler d'un enfant « hyperactif » que d'un enfant « TDAH »).

#### **LE TDAH relève-t-il de la médecine ?**

En dépit de très nombreuses hypothèses, le TDAH semble bien un trouble neuropsychiatrique lors duquel un dysfonctionnement cérébral, même minime, entraîne des troubles observables qui appartiennent au domaine de la psychopathologie (trouble du comportement, irritabilité, instabilité...) et de la neuropsychologie (troubles attentionnels, perturbations neurocognitives...)

Dans l'état actuel des connaissances, les travaux en génétique et en neurobiologie semblent corroborer cette hypothèse en montrant l'existence d'une altération des

mécanismes de fonctionnement de certains neuromédiateurs<sup>2</sup> comme la dopamine<sup>3</sup> ou la noradrénaline<sup>4</sup>

### **Le TDAH : 3 symptômes majeurs**

- Déficit de l'attention,
- Impulsivité,
- Hyperactivité motrice.

-----

L'hyperkinésie : « Groupe de troubles caractérisés par un début précoce (habituellement au cours des cinq premières années de la vie), un manque de persévérance dans les activités qui exigent une participation cognitive et une tendance à passer d'une activité à l'autre sans en finir aucune, associés à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive. Les troubles peuvent s'accompagner d'autres anomalies. Les enfants hyperkinétiques sont souvent imprudents et impulsifs, sujets aux accidents, et ont souvent des problèmes avec la discipline à cause d'un manque de respect des règles, résultat d'une absence de réflexion plus que d'une opposition délibérée. Leurs relations avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue. Ils sont mal acceptés par les autres enfants et peuvent devenir socialement isolés. Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi. »

*Source : CIM 10*

## **Quelles origines possibles ?**

### **Les circonstances de la naissance ?**

Même si apparemment les possibles lésions, blessures ou dommages physiques, liés aux circonstances difficiles de la naissance, se surmontent en quelques jours, ils peuvent rester enregistrés dans le subconscient de la personne et affecter son équilibre psychosomatique tout au long de sa vie.

Alors pour peu que plusieurs facteurs aggravants se cumulent dans les tous premiers instants de sa vie (anesthésie, césarienne, souffrance fœtale ...) le

Parmi les parents d'enfants hyperactifs qui consultent, nombreux sont ceux qui disent qu'ils présentaient les mêmes troubles que leur enfant et que les répercussions ont touché leur vie professionnelle (instabilité professionnelle), leur vie de couple (difficultés relationnelles).

Ce qui n'était au départ qu'un petit débordement finit par perturber toute la vie de l'individu.

*Source : Conférence Mars 2006  
du Dr Olivier REVOL*

<sup>2</sup> Neuromédiateur : substance chimique produite par certaines régions du cerveau et ayant un rôle messager entre les neurones. Une insuffisance ou un défaut de transport de certains neuromédiateurs pourrait être à l'origine des TDAH.

<sup>3</sup> Dopamine : neuromédiateur indispensable aux fonctions motrices en particulier, nécessaire au maintien de l'attention et de la concentration.

<sup>4</sup> Noradrénaline : neuromédiateur impliqué dans le maintien de la vigilance (l'alerte) et de l'attention

nouveau-né risque de développer quelques possibles dysfonctionnements d'ordre cérébral (lésions, traumatismes, altération de certains circuits cérébraux...)

D'autres facteurs sont susceptibles de jouer un rôle dans la survenue ultérieure de l'hyperactivité, parmi lesquels figurent la prématurité ou un faible poids de naissance, un diabète maternel ou encore la prise de toxiques pendant la grossesse... mais tout ceci reste encore à préciser.

### **Des facteurs héréditaires ?**

Par ailleurs il existerait une composante héréditaire à ce trouble. Il est fréquent que l'un des parents d'un enfant hyperactif amené en consultation se plaigne d'avoir aussi été comme « monté sur des ressorts » pendant son enfance, voire encore à l'âge adulte.

### **Et le facteur familial ?**

Aujourd'hui les spécialistes semblent enfin avoir admis que les circonstances environnementales, familiales, inter relationnelles, aussi inadaptées puissent elles être parfois, ne peuvent être tenues pour responsables de telles pathologies, qui ont une assise organique évidente.

### **Dépistage et prévention :**

Aucun test biologique classique ne permet d'affirmer le diagnostic TDAH. Il semble que la seule possibilité de prévenir le TDAH soit le repérage des enfants à risque dès l'école maternelle.

Car c'est effectivement souvent l'entrée à l'école qui met en évidence les

difficultés de l'enfant. D'où l'importance de la vigilance des enseignants. En effet comme pour la plupart des troubles, la prise en charge d'un enfant hyperactif doit être mise en place le plus précocement possible.

Pour autant attention à ne pas faire de tous les enfants « turbulents » des enfants « hyperactifs » ! C'est l'importance et la concomitance des signes connus de l'hyperactivité qui pourra permettre au spécialiste d'affirmer ou non le diagnostic.

Le diagnostic reposera donc sur l'observation de l'enfant, sur le recueil des informations données par l'école et les parents. Il existe quelques outils : tests d'attention - échelles de comportement telles que l'échelle de Conners.

« **L'Echelle de CONNERS** est remplie par les parents et les enseignants.

Elle devrait être connue de tous. Elle comporte 10 items, il faut quelques minutes pour la remplir. Un questionnaire rempli par la maîtresse et qui se révèle positif (supérieur à 15) ne dit pas pourquoi l'enfant est hyperactif, mais me dit que la personne qui a rempli le questionnaire le considère hyperactif. Un score supérieur à 15 est très évocateur. On accorde de 0 à 3 points par item.

On met ensuite en perspective l'échelle des parents et celle des enseignants. S'il existe un décalage entre les différentes échelles, c'est que le trouble n'est pas constitutif, mais que le problème se situe seulement à l'école, par exemple, et qu'il s'agit d'un enfant dys ou précoce ou déficient qui n'a pas été dépisté. Si le résultat est supérieur seulement pour l'un des parents, c'est que le problème se situe avec ce parent. »

*Source : Conférence Mars 2006 Dr Olivier REVOL*



### Où s'adresser ?

En France, il n'existe encore que de rares structures spécialisées dans l'évaluation du TDAH, le diagnostic ou le suivi des enfants hyperactifs.

Certains hôpitaux disposent d'un service spécialisé (SHIP : service d'hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie) qui peut proposer une ou plusieurs périodes d'observation de plusieurs jours, permettant d'évaluer la problématique et les besoins de l'enfant.

### Quelles conséquences ?

Au début, en maternelle, ce sont juste des enfants fatigants, pénibles qui présentent des troubles du comportement. Ensuite en primaire les difficultés apparaissent, l'hyperactivité gêne leurs apprentissages, les relations sociales (ils perdent leurs copains, sont rejetés). Cela s'aggrave au collège : échec scolaire massif, copains de plus en plus rares, baisse de l'estime de soi (à force de remontrances entendues à la maison, à l'école, au sport...). Au lycée cela peut aller jusqu'à la toxicomanie, la dépression. Si rien n'est fait cela peut perdurer à l'âge adulte et perturber toute la vie de l'individu.

**D'où l'intérêt d'un dépistage précoce pour une prise en charge bien adaptée.**

Ces troubles vont inévitablement modifier en retour les relations familiales. C'est pourquoi les intervenants (médecins, psychologues, etc.) qui sont amenés à suivre ces enfants doivent apporter une attention toute particulière à conseiller les familles.

### Quelles réponses ?

- médicaments : Le traitement du TDAH repose généralement sur des médicaments qui stimulent le système nerveux central.

Ce traitement médicamenteux (connu en France sous le nom de : « Ritaline »), **n'est pas un calmant mais un excitant** qui va agir en augmentant la vigilance, en rendant l'enfant attentif. En n'étant plus parasité par ce qui se passe autour de lui il va pouvoir se tenir tranquille et par conséquent profiter de ce qui lui est proposé, principalement à l'école.

Si l'indication est bien posée, le traitement est immédiatement efficace. Il est aussi immédiatement réversible en cas d'arrêt. Il peut donc être proposé seulement les jours d'école ou quand les circonstances familiales ou sociales l'exigent.

En revanche l'inefficacité du traitement doit amener à reconsidérer le diagnostic : dans ce cas ce n'est sans doute pas un TDAH. En effet il faut aussi savoir que la Ritaline peut aggraver des troubles de l'humeur ou de la dépression : Un enfant anxieux ou dysharmonique, ou déprimé à qui on donne de la RITALINE peut être encore plus mal.

En tout état de cause, le traitement médicamenteux ne doit pas être considéré isolément. Il peut être prescrit comme catalyseur, le temps d'apaiser, de soulager l'enfant et sa famille pour pouvoir démarrer les autres formes de thérapies et de prises en charge, qui sont :

- Psychothérapies qu'elles soient d'inspiration analytique, comportementale, cognitive. Les thérapies comportementales ont pour but de modifier certains comportements de l'enfant. Elles s'adressent à l'enfant seul ou peuvent s'adresser aussi à ses parents afin

de leur apporter des conseils pratiques pour la gestion des colères, de l'agitation, des troubles du sommeil.

Les thérapies cognitives font davantage appel à un travail sur le raisonnement et la résolution de certains problèmes posés à l'enfant ou utilisent des jeux de rôle dans un groupe restreint.

- Rééducation en psychomotricité pour aider l'enfant à améliorer ses compétences motrices : motricité fine, graphisme, coordination visuo-motrice, latéralisation

- Orthophonie pour améliorer son accès au langage.

- Aide psychopédagogique, conseils ... mise en place d'aménagements à l'école comme à la maison

- Thérapie familiale qui, si elle n'est pas souvent proposée, peut pourtant aider les parents à s'adapter au comportement difficile de leur enfant, à accepter le diagnostic ou le traitement médicamenteux et à harmoniser les relations dans la cellule familiale.

Enfin ne perdons pas de vue que la plupart des enfants hyperactifs ont des capacités intellectuelles normales ou supérieures à la normale ... et que si s'occuper de tels enfants demande beaucoup de temps, d'énergie, de disponibilité et de patience, ils sont peut-être en mesure de nous apporter parfois plus que nous ne pouvons imaginer.

*Principales sources :*

- **Réponses à vos questions sur l'hyperactivité** - Sous titre : *Reconnaître l'hyperactivité et aider l'enfant à la surmonter* - De Michel Lecendreux, Eric Konofal et Monique Touzin  
Collection Pocket Evolution

[www.tdah-france.fr](http://www.tdah-france.fr)

Avec notamment la conférence de mars 2006 du Dr Olivier REVOL, neuropsychiatre qui dirige le service de **Neuropsychologie de l'enfant** à l'Hôpital neurologique de LYON.

### **1.3.4 AUTRES TROUBLES DYS** **ou TROUBLES SPECIFIQUES DES APPRENTISSAGES (TSA)**

Les troubles DYS regroupent toutes sortes de troubles qui ont en commun d'entraîner des difficultés scolaires. Le terme DYS est habituellement assimilé aux Troubles Spécifiques des Apprentissages ou TSA.

Un trouble spécifique des apprentissages est un trouble cognitif, développemental d'un ou de plusieurs apprentissages. Il est durable et persistant. Il atteint un enfant qui par ailleurs ne présente pas :

- de déficit intellectuel
- de trouble sensoriel : auditif, visuel
- de trouble moteur
- de trouble psychologique grave.

Extrait d'un dossier du ministère de la santé sur les troubles DYS :

« Les apprentissages fondamentaux : acquisition de la lecture, du calcul, de l'écriture, de l'orthographe, ne sont pas naturels, mais résultent d'actions pédagogiques et constituent les objectifs prioritaires des premières années de scolarité.

Près de 20% des enfants présentent des difficultés scolaires. Les causes en sont multiples. Parmi elles, les troubles spécifiques des apprentissages sont encore trop souvent méconnus. »

#### **Quels troubles ?**

Le préfixe "DYS" signifie "trouble, difficulté" :

- **dyslexie**, s'applique à la lecture
- **dyspraxie**, aux gestes
- **dysgraphie**, à l'écriture et au dessin
- **dyscalculie**, à l'apprentissage du calcul
- **dysorthographe**, à l'apprentissage de l'orthographe
- **dysphasie**, au langage

Les TSA incluent aussi le TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité.

Tous ces troubles peuvent être isolés ou associés, combinés, légers ou plus sévères.

#### **Les DYS sont-ils fréquents ?**

Ils touchent 5 à 6 % de la population, soit 1 enfant par classe.

Environ 6000 enfants par classe d'âge souffrent d'un trouble sévère nécessitant des structures spécialisées au moins pendant quelques années. Il s'agit alors d'un véritable handicap reconnu par la MDPH.

Mais « Tous les élèves atteints de TSA ne relèvent pas du champ du handicap et ne nécessitent donc pas une scolarisation dans un dispositif spécifique ou encore un accompagnement par un Auxiliaire de Vie Scolaire. Un grand nombre d'entre eux ont seulement besoin d'aménagements pédagogiques et il appartient aux écoles de les mettre en place. »

*Extrait du dossier élaboré par l'inspection académique du Rhône :  
TSA Démarches de repérage et aménagements pédagogiques à l'école primaire.*

### **Quelles en sont les causes ?**

Ce sont des dysfonctionnements neuropsychologiques liés, le plus souvent, à un défaut de maturation de certains circuits cérébraux. Ces dysfonctionnements sont présents dès la naissance et peuvent avoir une origine génétique.

Ils peuvent aussi être liés à la prématurité, à un incident prénatal, à un traumatisme ou une maladie. Même lorsque ces troubles sont considérés comme spécifiques ou développementaux, leur origine est souvent plurifactorielle.

### **Quelles conséquences ?**

Elles sont multiples, la conséquence la plus visible est l'échec scolaire avec souvent un désinvestissement progressif. Mais les troubles des apprentissages sont aussi 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, mauvaise estime de soi, anxiété, fatigue...) et sur le vécu familial.

Les DYS peuvent aussi engendrer des troubles du comportement qui ne font qu'aggraver les difficultés.

« Les troubles "dys" représentent un handicap spécial dans la mesure où il n'est pas évident à déceler, on peut en douter, voire mettre en doute la parole de ceux qui l'affirment... Alors même qu'ils devraient intéresser particulièrement l'école, plus que les autres handicaps, car l'école elle-même est le lieu même d'expression de ces troubles. Dès que les enfants DYS sortent de l'école, ils n'ont pratiquement plus de handicap ! »

Michel Habib, neurologue

***Attention à ce que des troubles du comportement ne masquent pas des troubles DYS - Le problème étant que ces troubles DYS passent alors inaperçus et ne soient pas rééduqués.***

### **Troubles du langage oral :**

#### **La dysphasie**

La dysphasie est un trouble **durable** et souvent sévère de l'acquisition du langage oral au regard des normes établies pour l'âge. Les garçons sont beaucoup plus touchés que les filles. Le déficit de langage oral est le signe prédominant : l'enfant communique par gestes, par le regard.

Elle peut se présenter sous des formes diverses, l'enfant peut :

- être inintelligible
- ne pas construire de phrases
- avoir des problèmes de compréhension du langage oral

Ces troubles peuvent être isolés ou associés à d'autres manifestations (repli, agitation...) Ils ont, de fait, un retentissement constant sur les apprentissages scolaires classiques, puisque le langage est l'outil privilégié de la transmission du savoir à l'école.

Sans entrer dans le détail, il faut savoir qu'il existe divers types de dysphasie et de multiples combinaisons des atteintes, conduisant à des rééducations différentes. D'où la nécessité d'un diagnostic précis.

## Troubles du langage écrit :

### La dyslexie

La dyslexie est un trouble spécifique du langage écrit habituel (lecture et écriture)

La dyslexie est un trouble d'apprentissage de la lecture (déchiffrage) et de l'acquisition de son automatisme.

La dyslexie met l'enfant en grandes difficultés, en classe, pour acquérir les techniques du langage qui lui permettraient d'apprendre à lire, à écrire, à s'exprimer oralement.

**On ne parlera de dyslexie qu'à la fin du CE1, stade où les enfants doivent avoir acquis la lecture.**

C'est aussi un trouble durable car il persiste malgré la rééducation orthophonique.

Ces enfants ont par ailleurs une bonne compréhension et des compétences normales dans les activités ne faisant pas appel à la lecture et à l'écriture

#### **Quelques signes pour y penser !**

- Difficultés persistantes à lire, erreurs sonores (ex : k/g, t/d), dire un mot pour un autre (tabac/table), erreurs visuelles (p/q, a/o, m/n).
- Meilleure compréhension quand l'énoncé est oralisé.
- Grande lenteur dans toutes les activités comprenant de l'écrit
- Ecriture peu lisible

### La dysorthographe

Elle succède souvent à la dyslexie. Le dépistage ne peut se faire que vers l'âge de 7 ans et le diagnostic doit être posé par un centre de référence des troubles du langage.

La dysorthographe désigne les erreurs orthographiques. Elle se manifeste par la difficulté ou l'impossibilité de considérer la phrase comme un ensemble organisé. Ainsi, l'enfant dysorthographique (alors que son audition est normale) présentera :

- des difficultés à analyser les données auditives - des confusions de sons,
- des difficultés dans l'organisation de l'espace, du temps, et de la phrase elle-même (il ne distingue pas les fonctions différentes des mots dans la phrase).

On retrouve aussi les erreurs spécifiques de la dyslexie :

Confusion ou inversions de lettres ou de syllabes, mauvais découpage des mots, méconnaissance du vocabulaire ou de la grammaire.

La rééducation orthophonique ne parvient souvent qu'à une correction incomplète des difficultés en orthographe.

### La dysgraphie

La dysgraphie affecte l'écriture et la graphie en général. Le dessin des lettres et des chiffres ne respecte pas les bonnes dimensions, le sens de la graphie est perturbé. L'écriture est pratiquement illisible et donc source d'échec scolaire.

La dysgraphie peut présenter différentes formes, elle est qualifiée de :

- raide lorsque l'écriture est crispée
- molle si l'écriture est négligée avec impression de laisser-aller

- impulsive quand la rapidité prend le dessus sur la forme. Le graphisme perd alors toute structure, il est précipité et manque totalement de fermeté et d'organisation.
- lente et précise quand la personne émet des efforts épuisants afin d'être structuré et précis
- maladroite quand les lettres sont disproportionnées, les espaces ne sont pas respectés entre les mots ou quand les lignes ne sont pas droites.

Elle peut aussi exprimer des difficultés affectives de la personne ou manifester un refus du modèle scolaire ou encore être une des manifestations de la dyspraxie (voir notre bulletin de septembre)

### **La dyscalculie**

La dyscalculie est un trouble des outils de logique et des mathématiques

L'enfant atteint de dyscalculie présentera des difficultés à acquérir ce qu'un autre enfant apprend normalement au cours du cycle II :

- difficulté pour lire et écrire les nombres
- difficulté de mémorisation des tables d'additions et de multiplications,
- difficulté pour associer les opérations à la résolution d'un problème.

La dyscalculie est souvent associée à d'autres troubles des apprentissages. Actuellement, elle est encore mal identifiée et fait l'objet de recherches.

**AVERTISSEMENT :** Tout enfant en difficulté scolaire, n'est pas forcément atteint de trouble DYS. Il faut en identifier le caractère spécifique durable et pathologique.

### **L'importance du dépistage précoce**

- Les parents sont les premiers à remarquer les difficultés de l'enfant.
- L'enseignant est ensuite le mieux placé pour repérer des difficultés. Il se doit de rencontrer les parents pour en discuter et savoir s'il existe déjà une prise en charge. Si le problème se confirme, il signale l'enfant aux personnes ressources de l'école.
- Le RASED : réseau d'aides spécialisées aux enfants en difficulté peut être une première réponse concrète pour aider l'enfant.
- Le psychologue scolaire peut pratiquer une observation en milieu scolaire des enfants présentant des signes d'alerte, en concertation avec les enseignants.

D. PENNAC. "Chagrin d'école". Gallimard. 2007.

« J'étais une nullité scolaire et je n'avais jamais été que cela... C'était beaucoup plus qu'une certitude, c'était moi.

De cela certains enfants se persuadent très vite, et s'ils ne trouvent personne pour les détromper, comme on ne peut vivre sans passion, ils développent, faute de mieux, la passion de l'échec ».

### **Le diagnostic**

Dans ce travail en réseau, le médecin scolaire a une place tout à fait particulière tant pour le dépistage que pour le diagnostic, pour la mise en place des aménagements adaptés et pour le suivi des élèves en étroite collaboration avec les équipes pédagogiques et les parents.

Un examen complet de l'enfant doit être fait : tests sensoriels, examen clinique, tests spécifiques pour les troubles des apprentissages

Le bilan global fera ressortir : les acquis qui serviront d'appuis, les besoins prioritaires, les obstacles particuliers.

### **Ce qui va les aider**

Pour aider concrètement un enfant aux prises avec ces troubles, il sera nécessaire d'estimer les conséquences, de prévoir les prises en charge, les adaptations, les aménagements ... de mesurer la pertinence du projet et d'en assurer la pérennité.

Un certain nombre d'élèves progressent grâce à la mise en place d'aménagements adaptés à leurs besoins particuliers. Ces aménagements ne sont pas au détriment des autres élèves de la classe, bien au contraire ils peuvent même bénéficier à certains d'entre eux.

Ces élèves ont besoin d'une rééducation globale - orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, etc. - ainsi que de l'aide des psychologues et des enseignants.

**Un travail d'équipe** est indispensable pour croiser les informations et donner de la cohérence aux actions proposées :

- Soutien psychologique pour soulager leur souffrance et les aider à retrouver l'estime d'eux-mêmes quand ils l'ont perdue
- Mise en place d'aménagements, de matériels spécifiques à leur type de troubles.

### **Quelques adresses**

#### **Le réseau TAP**

Le réseau TAP Ile de France Sud (Réseau troubles des apprentissages) a pour objectif de promouvoir une meilleure prise en charge des enfants porteurs de troubles des apprentissages, qu'ils soient dyslexiques, dysorthographiques, dyscalculiques, dysphasiques, dyspraxiques ... Le réseau est composé de professionnels : médecins, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthoptistes, psychologues qui ont décidé de coordonner leurs pratiques afin que la prise en charge des enfants soit facilitée.

Coordonnées :

Réseau TAP Ile de France Sud - CHU Bicêtre -

78 rue du Général Leclerc - 94275 Le Kremlin Bicêtre Cedex - <http://www.reseautap.org>

**Le RESODYS** (Réseau régional des troubles du langage et déficit d'apprentissage :

<http://www.resodys.org/>

**Les centres de référence des troubles du langage - adresses sur le site**

<http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/page104.htm>

**Des associations :**

- **CORIDYS** : <http://www.coridys.asso.fr> : coordination des intervenants auprès des personnes souffrant de dysfonctionnements neuropsychologiques
- **APEDA** : Association française de Parents d'Enfants en Difficultés d'Apprentissage du langage écrit et oral <http://www.apeda-france.com/>
- **Association AVENIR DYSPHASIE** : <http://www.dysphasie.org>
- **Fédération Française des Dys** : <http://www.ffdys.com/>



### **1.3.5 TED - TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT**

Les **Troubles Envahissants du Développement** regroupent un ensemble de troubles affectant le développement de l'enfant.

On trouve parfois dans les écrits d'autres terminologies : TSA ou troubles du spectre autistique, ou troubles apparentés à l'autisme ...

Ces troubles se caractérisent par des déficiences ou des difficultés majeures du développement :

- des interactions sociales
- de la communication verbale et non verbale
- des intérêts, des activités et des comportements qui présentent un caractère restreint stéréotypé et répétitif

**ATTENTION** à la confusion : L'autisme est le plus connu des TED mais un enfant atteint de TED n'est pas forcément un enfant autiste !

Certaines caractéristiques des TED peuvent aussi se manifester chez des personnes présentant d'autres problématiques (déficience intellectuelle, particularités sensorielles, troubles des apprentissages, etc.) Dans le cas des personnes ayant une pathologie TED, plusieurs éléments sont présents en simultanéité et en interaction.

Les TED regroupent des manifestations très diverses, entraînant des situations de handicap différentes les unes des autres. Cette diversité peut être précisée sous forme de catégories.

#### **Les TED dans les classifications :**

RAPPEL sur les 3 principales classifications des maladies :  
**CFTMEA** Classification Française  
**CIM 10** Classification Internationale des Maladies  
**DSM IV** Classification américaine

Selon les spécialistes qui établissent le diagnostic et selon la classification à laquelle ils se réfèrent, les parents peuvent ne pas s'y

retrouver : Les mots diffèrent sans qu'il y ait pour autant de véritable divergence.

*Un exemple : quand il est question de « dysharmonie psychotique » dans la classification française il s'agit de « Trouble Envahissant du développement non spécifié » dans la classification internationale.*

C'est pourquoi la HAS (Haute Autorité de Santé) dans son rapport de juin 2005 recommande d'utiliser la terminologie employée par la Classification Internationale des Maladies (CIM 10). Cela permet d'homogénéiser la formulation des diagnostics donnés aux parents et de faciliter les comparaisons.

Quand une autre classification est utilisée (CFTMEA, DSM IV...), il est conseillé d'indiquer en complément la correspondance avec la CIM 10.

Si l'on s'en réfère seulement à la classification française, le diagnostic de TED n'apparaît que depuis l'année 2000, conjointement au terme de « psychoses précoces ».



*Cette brève incursion dans les classifications pour expliquer en partie la difficulté pour les parents à se repérer tant les diagnostics peuvent être différents d'un médecin ou d'une équipe à l'autre.*

**Les catégories de TED (F84) identifiées dans la CIM-10**

**F84.0** Autisme infantile

**F84.1** Autisme atypique (en raison de l'âge de survenue, de la symptomatologie, ou des deux ensemble)

**F84.2** Syndrome de Rett

**F84.3** Autre trouble désintégratif de l'enfance

**F84.4** Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés

**F84.5** Syndrome d'Asperger

**F84.8** Autres troubles envahissants du développement

**F84.9** Trouble envahissant du développement, sans précision

**Origine :**

Les causes des TED ne sont ni clairement, ni définitivement établies. Il se dessine actuellement un consensus pour en admettre la multiplicité :

Des anomalies cérébrales : il s'agirait d'un désordre neurologique des 1<sup>ers</sup> stades de développement du cerveau, c'est pourquoi, on classe les TED parmi les troubles neuro-développementaux.

- Une prédisposition génétique apparaît de plus en plus probable. En ce qui concerne le syndrome de Rett, une mutation génétique a été identifiée et reconnue responsable de ce TED.
- De plus, des facteurs environnementaux et biologiques, qui ne sont pas clairement connus, viendraient déclencher des processus menant au développement des TED.

**« Les caractéristiques psychologiques des parents ne sont pas un facteur de risque dans la survenue des TED »**

**Symptômes et repérage individuel des troubles :**

Les signes d'alerte évocateurs d'un risque de TED sont :

- Des troubles de la communication et du langage : retard ou absence de langage parlé, usage stéréotypé ou répétitif des mots, absence d'un jeu de « faire semblant » varié et spontané ou d'un jeu d'imitation sociale...
- Des troubles des relations sociales : incapacité ou grande difficulté à établir des relations avec ses pairs, absence de spontanéité à partager ses intérêts ou ses réussites avec d'autres, manque de réciprocité sociale ou émotionnelle, réticence aux contacts : tactile, visuel, auditif (baisers, caresses, ne fixe pas le regard, semble faire le sourd) ...
- Des centres d'intérêts restreints : comportements répétitifs, préoccupation anormale et limitée à un ou plusieurs centres d'intérêt, adhésion quasiment incontournable à des habitudes ou des rituels ...

Les personnes atteintes de TED ont en général du mal à s'adapter aux changements de l'environnement.

L'intensité des troubles peut varier considérablement d'une personne à l'autre et pour une même personne au cours de sa vie.

Le 1<sup>er</sup> signe d'alerte d'un risque de TED, c'est **l'inquiétude des parents** évoquant à leur pédiatre ou généraliste, une difficulté de développement de leur enfant, des interrogations sur son comportement.

### **Conséquences :**

#### **Pour la personne elle-même**

- L'isolement

Un enfant atteint de TED même s'il est en capacité de s'exprimer aura des difficultés à communiquer, à se faire des amis, à partager les choses qui l'intéressent avec d'autres personnes. Il ne saura pas comment se comporter dans un groupe. Il aura alors tendance à développer des comportements qui dérangent ou à rester seul.

- Des troubles du comportement

Les enfants souffrant de TED ont souvent des comportements répétitifs tant vis-à-vis des objets (ouvrir et fermer les portes, transvaser des petits jeux d'un objet vers l'autre,...) mais aussi vis-à-vis de leur propre corps (balancements, mouvements des mains,...).

Leur manque de notion de temps provoque souvent une grande difficulté à gérer les changements. Tout changement ressenti comme une perte de repères peut provoquer des réactions qui semblent incompréhensibles pour l'entourage, et générer de l'angoisse. Ces enfants ont une perception des choses très différente de la nôtre, et comme ils ne parviennent pas à dire la cause de leurs angoisses, cela engendre un processus très pénible pour les parents et pour eux-mêmes. Un fait aussi banal qu'un changement de rideaux, ou un objet déplacé... pourra provoquer cris, fortes colères ou agressivité.

- Des difficultés d'apprentissage

En raison notamment d'un accès difficile au langage écrit ou parlé, ou en raison de ses centres d'intérêts restreints, l'enfant atteint de TED n'est pas en mesure d'apprendre comme les autres enfants, il doit donc bénéficier d'une scolarité adaptée à ses difficultés

#### **Pour sa famille :**

- incompréhension de la part de l'entourage : famille élargie - cercle amical - voisinage - encadrement scolaire ... qui peut conduire à un jugement, une stigmatisation des parents, à un sentiment de culpabilité.
- Le renoncement des parents à expliquer, à communiquer peut induire un repli, un isolement de la famille dans sa globalité
- Les répercussions sur les frères et sœurs sont inévitables ; quelques uns auront besoin d'une aide psychologique pour surmonter leurs difficultés.

### **Fréquence**

Les TED toucheraient 6 à 7 personnes sur 1000, soit 1 enfant sur 150 (cf. chiffres INSERM). Les TED ne sont pas un handicap rare. Ils touchent plus fréquemment les garçons que les filles.

## Diagnostic

Toutes les associations concernées insistent sur l'importance d'un diagnostic le plus précoce possible afin que l'enfant bénéficie au plus tôt d'une prise en charge adaptée.

Le diagnostic est fondé sur un entretien orienté avec les parents et une observation clinique directe de l'enfant. Bien qu'il n'y ait actuellement pas de diagnostic biologique des TED il existe des « outils » validés qui peuvent être utilisés par les professionnels amenés à faire les bilans/diagnostics.

Avant tout diagnostic et demande de bilan il est fortement conseillé de vérifier ce qui pourrait être en rapport avec des facteurs organiques : (ophtalmologie, ORL...)

Ces bilans/diagnostics sont pluridisciplinaires : observation clinique, psychologique, psycho-éducative, orthophonique, psychomotricienne ...

Une consultation neurologique, une consultation génétique, voire la réalisation d'une IRM, peuvent aussi faire partie des investigations.

« Le diagnostic nécessite une équipe pluridisciplinaire entraînée à l'examen du développement de l'enfant, notamment dans ses aspects psychopathologiques et ayant une bonne connaissance de ce qui peut être proposé aux parents en termes de soins, d'éducation, de pédagogie et d'accompagnement de leur enfant.

Cette équipe doit être en relation avec les professionnels susceptibles d'assurer les consultations génétique et neurologique. Telles que définies, ces équipes peuvent être localisées en CAMSP, CMPP, cabinet de praticiens libéraux coordonnés entre eux, service de psychiatrie infanto-juvénile, service de pédiatrie, unités d'évaluation ou Centre de Recherche de l'Autisme. »

Rapport HAS juin 2005

## Les Centres de Ressources Autisme : (CRA)

Ces centres sont des *Centres de Ressources sur l'Autisme et les Troubles Envahissants du Développement (TED)* ... Ils s'adressent aussi bien aux enfants qu'aux adolescents ou aux adultes.

### Leurs objectifs :

- Accueil, conseil, orientation, information, formation **auprès des familles et des professionnels**
- réalisation de bilans et d'évaluations pluridisciplinaires approfondies en vue d'un diagnostic
- mise en relation avec les dispositifs de soins et dispositifs médico-sociaux concernés
- Recherche et études, conseil et expertise au niveau national

A ce jour, il y a des CRA dans toutes les régions de France. Si vous souhaitez une adresse, la MDPH de votre département pourra vous renseigner ou bien consulter le site <http://www.autismes.fr/> - le site de l'ANCRA (Association Nationale des CRA).

## Les soins et l'accompagnement

Il n'existe pas de traitement curatif à proprement parler.

Il est très difficile de se repérer, tant pour les parents que pour les professionnels, dans la multiplicité des accompagnements, interventions, méthodes, techniques, programmes qui existent pour prendre en charge les difficultés des enfants souffrant de TED.

Il n'existe pas UNE prise en charge des TED, mais **des modalités différentes**, variables en fonction de la personne, du moment, de ses difficultés. Certaines prises en charge pertinentes à un moment, ne le seront plus ensuite.

Globalement, on retrouve 3 niveaux de prise en charge : **pédagogique, éducatif et thérapeutique**, pour lesquels tout le monde s'accorde généralement sur :

- la nécessité d'intervenir précocement, de manière individuelle et structurée,
- la nécessité de construire les objectifs de la prise en charge à partir d'une évaluation régulière, et ce dans les différents milieux de vie de l'enfant.

Enfin, un partenariat avec les familles apparaît incontournable, en les plaçant dans une position de participation active à l'éducation de leur enfant.

Ensuite, selon les besoins spécifiques de chaque l'enfant, des rééducations aussi diverses que la psychomotricité, la kinésithérapie, l'orthophonie, l'ergothérapie ou l'orthoptie peuvent être entreprises dès le plus jeune âge.

Il est important aussi de pouvoir proposer une prise en charge psychologique régulière afin de prendre en compte la souffrance, les angoisses et le mal être de ces personnes ou pour répondre à l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte lorsqu' il prend conscience et souffre de son handicap.

Ces interventions permettent non seulement d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de TED mais leur donnent aussi la possibilité de progresser. En effet, **il est important de rappeler que les apprentissages continuent à l'âge adulte**.

L'évaluation régulière, du fonctionnement de la personne avec TED et de ses potentialités, permet d'adapter le projet personnalisé d'interventions, d'établir le plan personnalisé de compensation, et chez l'enfant le projet personnalisé de scolarisation.

Enfin, il était difficile de faire ce dossier sur les TED sans aborder **les méthodes dites comportementales ou programmes globaux d'interventions**. Même si certaines font encore parfois polémique.

On peut citer par exemple :

- **La méthode ABA "Applied Behavior Analysis"** (Analyse Appliquée du comportement) qui consiste à **stimuler les enfants autistes** tout au long de la journée par divers exercices.

Ce travail intensif de rééducation en compagnie d'éducateurs spécialement formés à cette méthode a pour but de développer l'autonomie des enfants souffrant d'autisme et de permettre leur

*Il est impossible ici de rendre compte de façon exhaustive de toutes les méthodes qui existent. Devant tant de diversité, il est important de bien se renseigner avant de faire appel à l'une ou l'autre de ces méthodes (notamment en raison de l'aspect financier*

intégration dans la société.

En France, la méthode ABA est à l'essai dans quelques écoles pilotes

<http://www.abaautisme.org>

- **Le P.E.C.S : Picture Exchange Communication System** (Système de communication par échange d'image)

Le PECS permet de suppléer ou d'augmenter la communication des enfants ayant des troubles autistiques ou présentant un déficit de la communication sociale.

En utilisant le P.E.C.S., les enfants apprennent à venir chercher leur interlocuteur pour lui remettre l'image de l'objet ou de l'activité qu'ils désirent, en échange de cet objet ou activité.

[www.pecs-france.fr](http://www.pecs-france.fr)

- **Le programme TEACH** (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children). Celui-ci s'appuie sur les données des recherches les plus avancées pour aider à établir un Projet d'Education Individualisé (PEI) et à mettre en place un environnement structuré visuel.

### En résumé

Le fonctionnement des personnes avec TED :

- montre une grande diversité
- peut présenter des particularités dans ses composantes : sensorielle, motrice, cognitive, communication, interactions sociales, émotionnelle, corporelle.
- évolue tout au long de la vie en fonction de la sévérité des symptômes, de l'âge de la personne, de son développement, de ses expériences, de la qualité et de l'intensité de son accompagnement.

« L'autisme, au sens le plus large du terme, se manifeste par de nombreuses caractéristiques encore très mal connues de la plupart des gens.

Conséquences : les autistes sont mal compris, de graves carences entravent l'accompagnement des plus touchés, quant aux plus autonomes, ils sont peu reconnus, mal compris et suscitent l'incrédulité »

[...] « Une vraie communication entre tous, autistes, parents, professionnels, amis, associations... ne pourra s'instaurer que si cette volonté de comprendre est partagée par tous. »

**Association SATEDI**

Pour établir ce dossier :

- Rapport « Autisme et autres troubles Envahissants du développement » écrit par la **HAS** (Haute Autorité de Santé) en Janvier 2010, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- Revue Déclic du 20 mars 2009
- Rapport des **ASH 04 de mai 2010**
- **Circulaire DGAS** n° DGS/DHOS/3C/2005H24

- **Sites Internet :**

- <http://autisme.france.free.fr> - Association créée à l'initiative de parents d'enfants autistes ou atteints de troubles envahissants du développement.
- [www.autisme.fr](http://www.autisme.fr) site de l'ANCRA : Association Nationale des Centre de Ressource Autisme
- <http://www.arapi-autisme.fr/> Association pour la recherche sur l'autisme et la prévention des inadaptations créée à l'initiative d'un groupe de parents et de professionnels.
- [www.sesame-autisme.com](http://www.sesame-autisme.com) Association de parents au service des personnes autistes
- [www.aspergeraide.com](http://www.aspergeraide.com) Asperger Aide France - organisation nationale de parents, de professionnels et de personnes concernées par le Syndrome d'Asperger et l'autisme.
- [www.satedi.org](http://www.satedi.org) Spectre Autistique Troubles Envahissants du développement International - Association regroupant des personnes francophones avec autisme - toute personne présentant un trouble envahissant du développement, quelle que soit l'importance de son handicap.

### **1.3.6 TROUBLES DE L'ATTACHEMENT**

*Même si la notion des troubles de l'attachement n'est pas reconnue par tous les médecins en France, il nous a paru intéressant de vous transmettre une information sur ce type de troubles bien spécifiques. Le sujet étant très complexe, nous vous en proposons une présentation rapide et volontairement simplifiée afin de vous en donner les éléments essentiels pour une meilleure compréhension.*

*Vous trouverez en fin de bulletin des éléments de lecture, sites ou associations spécialistes de la question si vous vous sentez interpellés par le sujet ou si vous désirez en savoir davantage.*

#### **La notion d'attachement :**

C'est John BOWLBY, psychanalyste anglais, qui, le premier a parlé de « notion d'attachement ». L'attachement étant le lien particulier unissant l'enfant à sa mère ou à la personne de référence pour lui. Le mot attachement c'est à la fois l'idée de "lien" et le "sentiment d'affection".

#### **La théorie de l'attachement :**

John Bowlby propose ensuite une théorie de l'attachement selon laquelle la formation d'une relation affective stable et durable avec l'enfant est une composante essentielle à son développement.

Il émet l'hypothèse que toute privation d'environnement affectif arrête le développement des êtres vivants qui ont besoin d'attachement pour s'épanouir.

L'enfant possède dès sa naissance la capacité de s'assurer la proximité de l'adulte par des comportements comme les pleurs, les sourires, les vocalises. Ces comportements assurent la survie de l'enfant parce qu'ils suscitent une réponse à ses besoins de nourriture, de sécurité et d'affection.

L'attachement est la composante affective de la relation parents-enfant.

#### **Les troubles de l'attachement ou troubles réactionnels de l'attachement : TA**

Le trouble réactionnel de l'attachement, actuellement plus simplement appelé « **Trouble de l'attachement** », en abrégé **TA**, désigne les désordres émotionnels comportementaux et d'interaction sociale dus à un échec de l'attachement relatif aux besoins primaires lors de la petite enfance.

Les troubles de l'attachement surviennent chez un enfant ayant connu une rupture de lien avec sa mère et/ou toute personne d'attachement sécurisant, au cours des premières années de sa vie.

Il peut s'agir d'une rupture provisoire (par exemple en cas d'hospitalisation avec séparation entre la mère et l'enfant) ou d'une rupture définitive (abandon, décès...).

Cette rupture de lien, cette « blessure primitive », perturbe la construction de l'attachement chez l'enfant et donc ne lui permet pas d'accéder à la sécurité de base indispensable à l'élaboration d'une personnalité adulte.

La problématique des « troubles de l'attachement » est désignée dans la classification américaine DSM IV sous l'appellation de RAD (*Reactive Attachment Disorder*) sous le n°



(DSM IV) 313.89. Elle n'apparaît pas, à notre connaissance, dans les autres classifications.

*« Tous les enfants souffrant de troubles de l'attachement mettent constamment à l'épreuve l'amour de leurs parents et les liens qu'ils ont avec eux et ce par un processus d'exigences, de mensonges, de manipulations jusqu'à avoir avec eux des comportements agressifs, voire violents ».*

**Association Pétales France**

### **Manifestations - Symptômes**

Les signes des troubles de l'attachement se manifestent de manière et d'intensité variables suivant les enfants, leur passé, leur âge et leur relation avec ceux qui les entourent.

#### **Quelques exemples :**

**Le petit enfant** pleure sans arrêt, sans raison apparente. Refuse le contact avec sa maman, a peu de contacts oculaires. Il fait des crises de colères disproportionnées. A besoin de tout contrôler.

**L'enfant plus grand** présente des troubles de l'alimentation, du comportement émotionnel, montre de la violence ou une agressivité passive, des difficultés scolaires, parfois même une obsession sexuelle ...

**Chez l'adolescent** on retrouve ce même type de comportements avec une évolution possible vers la délinquance. Il a une faible estime de lui-même, s'oppose à l'autorité, ne distingue pas bien les limites entre le bien et le mal. Il est agité, violent physiquement et verbalement.

Il apparaît donc que certains comportements préoccupants des enfants ou des adolescents peuvent trouver une explication dans une rupture vécue dans la petite enfance plutôt que dans une mauvaise éducation ou un manque d'amour des parents, qu'ils soient parents biologiques ou adoptifs. Cette rupture pouvant entraîner chez l'enfant une perte de la confiance en l'autre, confiance pourtant nécessaire pour que puissent se créer des liens réciproques.

#### **Le problème du diagnostic :**

Les symptômes pris isolément peuvent souvent faire penser à d'autres pathologies telles que : troubles du comportement, de l'identité, hyperactivité ... Ces similitudes au niveau des symptômes ne facilitent pas le diagnostic. Ce qui caractérise les troubles de l'attachement est donc bel et bien la rupture du lien mère-enfant (ou de la personne substitutive à la mère) principalement avant l'âge de 3 ans, accompagnée ou non de carences de soins, de maltraitance ou de négligence.

*« Attention, une agressivité passagère, un refus d'obéissance à 3 ans, le rejet agacé d'un bisou ...ne suffisent pas pour évoquer des troubles de l'attachement : les symptômes doivent être nombreux, répétés, massifs.*

**Association Pétales France**



## Où trouver de l'aide ?

### Pour l'enfant

Il n'est pas rare que certains parents en arrivent à un tel degré de désespérance qu'ils peuvent se laisser tenter par certaines approches thérapeutiques douteuses, souvent coûteuses et dont les effets ne sont nullement prouvés.

Attention donc à faire les bons choix en vous adressant à des professionnels reconnus.

### Pour les parents

Un enfant porteur de tels troubles, ne pouvant créer des relations véritables, peut profondément mettre à mal sa famille et souvent en premier lieu sa mère.

Les parents sont la plupart du temps envahis par un sentiment de culpabilité. Ils se retrouvent complètement isolés. Ils ne sont pas crus ni compris.

Il peut être d'autant plus difficile de trouver de l'aide que les troubles de l'attachement ne sont pas bien connus ou reconnus.

## Vous souhaitez plus de renseignements ?

Une association existe, en France, en Belgique, au Canada : **PETALES** (Parents d'Enfants souffrant de Troubles de l'Attachement Ligue d'Entraide et de Soutien)

Adresse : PETALES France - B.P. 50132 - 02303 CHAUNY Cedex

N° Ecoute : 03 23 39 54 12

Mails : [secrtaire@petalesfrance.fr](mailto:secrtaire@petalesfrance.fr) - [presidente@petalesfrance.fr](mailto:presidente@petalesfrance.fr)

Site : [www.petalesfrance.fr](http://www.petalesfrance.fr)