

MODULE 3 : MATURATION ET VULNERABILITE

## **DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT**

*Aspects normaux et pathologiques*  
(Sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité,  
langage, intelligence)

## **L'INSTALLATION PRECOCE DE LA RELATION MERE-ENFANT TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE**

MODULE : 3 MATURATION ET VULNERABILITE.

ITEM N° 32.

ENSEIGNANTS : Pr. P Duverger, Dr J. Malka.

MODE D'ENSEIGNEMENT : ARC / E.D.

OBJECTIFS :

- Savoir diagnostiquer une anomalie du développement somatique, psychomoteur, intellectuel et affectif.
- Savoir diagnostiquer les troubles du sommeil du nourrisson et de l'enfant.
- Repérer précocement les dysfonctionnements relationnels.
- Savoir dépister les troubles précoces de l'apprentissage.

## *1<sup>ère</sup> Partie*

# **DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT**

## *Aspects normaux et pathologiques*

*(Sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité,  
langage, intelligence)*

### **LES TROUBLES DU SOMMEIL**

- 1°/ Chez le nourrisson
- 2°/ Chez l'enfant

### **LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION**

- 1°/ Les anorexies
  - L'anorexie commune souvent dite d'opposition ou de sevrage (2<sup>ème</sup> semestre)
  - Anorexies sévères précoces, non psychotiques
- 2°/ Les vomissements
- 3°/ Le mérycisme
- 4°/ Le Pica
- 5°/ La potomanie
- 6°/ Les coliques idiopathiques

### **LES CONTROLES SPHINCTERIENS**

- 1°/ L'énurésie
- 2°/ L'encoprésie

### **PSYCHOMOTRICITE**

- 1°/ Retards psychomoteurs
- 2°/ Troubles de l'acquisition de la coordination
- 3°/ L'instabilité psychomotrice
- 4°/ Les Tics, les TOCs

### **LE LANGAGE**

- 1°/ Troubles de l'articulation
- 2°/ Retard de parole
- 3°/ Retard simple de langage
- 4°/ La dysphasie (ou audimutité)
- 5°/ Le mutisme
- 6°/ Bégaiement
- 7°/ Les dyslexies

### **LE RETARD MENTAL**

***Pour en savoir plus ...***

# DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT

## *Aspects normaux et pathologiques*

*(Sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence)*

### LES TROUBLES DU SOMMEIL

La qualité du sommeil est très importante tout au long de la vie. Elle participe, dès la naissance, à l'éveil du bébé, puis du nourrisson et plus tard de l'enfant et de l'adulte.

Les troubles du sommeil sont souvent un indicateur des difficultés de l'enfant et il est important de les dépister et prendre en charge le plus précocement possible. En effet, le nourrisson a peu de moyens pour manifester son malaise ou sa souffrance et il ne peut l'exprimer qu'à travers son corps et en particulier les fonctions essentielles que sont le sommeil et l'alimentation, fonctions physiologiques mais aussi support de la relation mère-enfant. En ce sens, ces troubles ne doivent pas être banalisés ou minimisés.

La prescription de psychotropes (hypnotiques...) est à éviter dans la grande majorité des cas. Elle ne se fait jamais en première intention et lorsqu'elle est nécessaire, elle sera toujours ponctuelle et constituera un appoint à la prise en charge.

#### **Organisation normale du sommeil**

Le rythme veille/sommeil est particulier chez le bébé et le nourrisson. Il n'existe pas de différence entre la nuit et le jour. Les réveils se font toutes les 3 heures environ et les réveils nocturnes (2 fois par nuit) sont normaux jusqu'à 2-3 mois. Ainsi, les besoins en sommeil sont schématiquement :

- Nouveau-né et bébé (0 à 3 mois) : en moyenne, 16 heures par 24 heures.
- Nourrisson : 15 heures de sommeil dont 2 siestes dans la journée, à 6 mois.
- A partir du 4<sup>ème</sup> mois : mise en place du cycle nyctéméral (veille / sommeil)
- Entre 1 an et 4 ans : 13-14 heures par 24 heures dont 1 sieste dans la journée.
- Adolescence : stabilisation autour de 8-9 heures par 24 heures.

La qualité du sommeil et son organisation dépendent aussi des **conditions de vie** de l'enfant (bruit, calme, température, satiété et confort...) et de la **sécurité affective**. Cette sécurité affective repose sur une continuité et une qualité de l'interrelation entre le bébé et son entourage permettant l'apaisement. C'est dans ce contexte de suffisante sérénité que le nourrisson acquerra la capacité à se séparer, à être et rester seul et qu'il pourra s'abandonner dans le sommeil, sans risque ni angoisse.

#### **Origine des troubles du sommeil**

L'origine des troubles est soit intrinsèque (tensions psychiques internes, angoisses...) soit extrinsèque (excitations dues à l'environnement, aux conditions de vie...) Soit les deux.

Le retentissement des troubles du sommeil est parfois considérable sur la vie familiale. Le climat d'énerverment, voire d'exaspération qui en résulte est lui-même source de conflit et majeure, en retour, les troubles du sommeil du nourrisson.

La fréquence des troubles du sommeil semble en augmentation.

L'investigation des troubles du sommeil doit toujours se faire dans une triple dimension : médicale, éducative et psychologique.

Les troubles du sommeil se présentent de manière différente et n'ont pas la même signification en fonction de l'âge de l'enfant.

## **1°/ Chez le nourrisson**

Il est normal que l'enfant ne "fasse ses nuits" qu'après 3 mois.

**L'insomnie** est le principal trouble du sommeil chez le nourrisson.

Devant un trouble du sommeil précoce, deux règles sont à retenir :

- Recherche systématique d'une pathologie organique.
- Aucun traitement hypnotique symptomatique ne sera prescrit en 1<sup>ère</sup> intention.

### **a) Aspects cliniques**

Il s'agit de nourrissons dont les réveils sont très fréquents et les périodes de sommeil trop courtes. Les insomnies sont classiquement de 3 types:

- Insomnie commune : réveils fréquents, pleurs, cris...
- Insomnie agitée et bruyante: pleurs, cris et manifestations motrices pouvant aller, dans les formes graves, jusqu'à se taper la tête avec les poings ou contre les barreaux du lit.
- Insomnie calme : le nourrisson reste éveillé, les yeux grands ouverts, immobile, absent, sans appeler et sans jouer. Ce type d'insomnie se retrouve fréquemment dans les antécédents de psychose infantile.

Certains enfants luttent contre le sommeil et arrivent à ne dormir que 4-5 heures.

### **b) Etiologie**

- Eliminer une cause organique (affections aiguës ou chroniques)
- Rechercher une éventuelle maltraitance (enfant non désiré)
- Rechercher une erreur hygiéno-diététique :
  - Repas insuffisant ou trop abondant, horaires des repas mal adaptés
  - Conditions environnementales défavorables
  - Erreur de puériculture, incohérences de soins
  - Rigidité éducative...
- Apprécier le contexte et la qualité des inter relations +++
  - Les troubles du sommeil sont très fréquemment liés à une forte inquiétude parentale, notamment des angoisses de mort (que ces craintes soient fondées par des événements antérieurs ou non). Certaines mères (parfois pères) peuvent aller jusqu'à réveiller l'enfant pour vérifier que tout va bien.
  - Les mères anxieuses (mais aussi parfois les pères), soucieuses des performances de leur nourrisson, le soumettent à de multiples sollicitations. Ces hyper stimulations ne respectent pas toujours les rythmes du bébé.
  - Manque de continuité dans le gardiennage de l'enfant, avec discontinuité affective et attitudes maternelles contradictoires ou imprévisibles.
  - Ailleurs les conflits au sein du couple dominant le tableau familial, la crainte de la séparation enfant/parents entre alors en écho avec la menace d'une séparation père/mère. Un enfant qui dort dans le lit de ses parents parce qu'il ne dort pas seul dans sa chambre peut-être un excellent contraceptif pour un couple en conflit.
  - Enfin, les troubles du sommeil du nourrisson peuvent être secondaires à une dépression maternelle ou à un trouble psychiatrique d'un ou des deux parents.

## 2°/ Chez l'enfant

L'endormissement est un moment crucial car il fait séparation. C'est un moment d'importante régression et de vulnérabilité. L'enfant doit investir un objet ou une aire transitionnelle (petits rituels du coucher comme le biberon d'eau ou de lait, la troisième histoire, l'envie de pipi...) pour assumer cette distance sans la vivre comme une rupture. Par ailleurs, les phobies normales, entre 3 et 5 ans, (peur du noir, des voleurs, du loup, des monstres...) peuvent être sources de difficultés d'endormissement. Il importe que les parents aient assez de souplesse et d'autorité pour éviter toute crispation.

### - Le coucher de l'enfant et les perturbations de l'endormissement

L'opposition au coucher est fréquente, à un moment où se négocie la propreté. Cela arrive de manière occasionnelle chez tous les enfants et il est important que l'enfant ressente qu'il possède une "certaine" maîtrise de la situation, sans devenir un petit tyran (voire un véritable).

On ne parlera de trouble que devant la répétition du phénomène de manière fréquente. Deux cas de figure sont alors retrouvés :

- Refus du coucher : fréquent entre 2 et 4 ans, marquant une opposition aux parents : l'enfant refuse d'aller au lit ou se relève. Cela s'accompagne de manifestations bruyantes qui s'éternisent (pleurs, cris...)
- Peur du coucher : l'enfant est en proie à l'angoisse (phobie du coucher) : angoisse d'être séparé des parents, peur du noir qui persiste, peur de s'endormir.

### - Les dysomnies

**Les insomnies** d'endormissement sont fréquentes aux 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> années de vie (et se réactivent au cours de l'adolescence)

Chez le petit enfant, elles se retrouvent à l'endormissement ou en première partie de sommeil. L'ambivalence est parfois importante entre le respect des règles éducatives pour "faire plaisir" à ses parents et le besoin de maîtriser l'angoisse de séparation. Des terreurs nocturnes ou des événements traumatiques (maladie, séparation, décès...) peuvent venir troubler le sommeil de l'enfant.

A l'adolescence, elles témoignent d'une angoisse des changements de cette période, mais il convient de prendre garde à une dépression débutante ou avérée (qui s'accompagne davantage de réveils précoces). Il s'agit d'un symptôme d'appel qui nécessite une prise en charge globale de la situation de l'adolescent.

**Les hypersomnies** sont fréquentes, surtout chez l'adolescent dont le rythme de sommeil est inversé. Cette hypersomnie est parfois le refuge devant des difficultés qu'affronte le jeune (difficultés familiales, scolaires...). Là encore, il s'agit d'un symptôme d'appel qui nécessite une prise en charge globale de la situation de l'adolescent.

Une forme particulière : **la narcolepsie**

Elle peut débuter pendant l'enfance. Elle se caractérise par : somnolence et accès de sommeil diurnes invincibles, accès de cataplexie (souvent déclenchés par le rire et les émotions), hallucinations hypnagogiques, paralysies du sommeil.

## **- Les troubles du cours du sommeil ou parasomnies**

Ils sont de plusieurs types et d'allure paroxystique, sous-tendus par l'angoisse.

### **Les terreurs nocturnes**

Elles surviennent chez environ 1% des enfants.

Davantage chez le garçon, de 3 à 12 ans.

Elles ont lieu dans la 1<sup>ère</sup> partie de nuit, au cours du sommeil lent, de 1 à 3 h après l'endormissement. L'enfant est retrouvé assis dans son lit, après un cri ou un hurlement. Il a les yeux grand ouverts et paraît effrayé. Parfois, il semble se débattre contre des images terrifiantes, comme halluciné. Il ne reconnaît pas ses proches qui n'arrivent que difficilement à le calmer.

Les manifestations végétatives sont intenses : sueurs, mydriase, tachypnée et tachycardie. L'épisode dure généralement ¼ d'heure et l'enfant se rendort. Au réveil, l'amnésie du rêve est totale, ou bien seuls sont évoqués des éléments très frustes (boule, piquants).

Ces terreurs peuvent être uniques ou répétitives. Dans ce dernier cas, l'évolution peut s'organiser sur un mode phobique, parfois sévère.

### **Le cauchemar ou rêve d'angoisse**

Le cauchemar (ou rêve d'angoisse) provoque un réveil (brutal) de l'enfant pendant le dernier tiers de la nuit. L'enfant se réveille, pleure, appelle et se calme assez facilement en présence des parents. Les manifestations végétatives sont modérées. Il est capable de raconter précisément un rêve effrayant.

Ces épisodes sont banals (entre 3 et 8 ans) et généralement bénins. Ils disparaissent à la puberté. Seule la répétition est problématique.

### **Le somnambulisme**

Le somnambulisme est une activité motrice plus ou moins complexe (de quelques mouvements stéréotypés à une déambulation) inconsciente, sans souvenirs au réveil. L'accès peut durer une dizaine de minutes, plutôt en début de nuit. Il est plus fréquent chez le garçon entre 5 et 12 ans. Il n'y a aucun dangers à réveiller l'enfant. Il disparaît spontanément à la puberté.

### **La somniloquie**

La somniloquie correspond au fait de parler pendant le sommeil, de quelques mots au vrai discours. Souvent brève, il n'y a pas lieu de s'inquiéter.

### **Les rythmies d'endormissement**

Les rythmies d'endormissement consistent en des balancements de la tête ou du corps, avec parfois des bruits de heurts plus ou moins violents contre le mur, pouvant même déplacer le lit. Elles peuvent apparaître dès 4 mois, ne sont pas systématiquement pathologiques, mais peuvent parfois témoigner de carences affectives ou de troubles envahissants du développement.

### **Le bruxisme**

Il s'agit d'un claquement ou d'un grincement des dents.

L'étiologie en est inconnue. Le traitement est symptomatique (orthodontie).

# LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION

Avec les troubles du sommeil, c'est un motif très fréquent de consultation en pédopsychiatrie avant 1 an. Ils sont générateurs de beaucoup d'inquiétude chez les parents. Leur gravité est variable, depuis les simples fluctuations de l'appétit aux anorexies graves, avec risque vital.

## *Pour comprendre*

L'alimentation est au cœur de la relation précoce mère-enfant. L'acte de manger chez l'enfant est un acte complexe et répond à plusieurs fonctions :

- **La faim** : manger répond à un besoin instinctuel fondamental. La faim crée un état de tension apaisé par le repas.
- **Le plaisir** : manger procure de surcroît du plaisir; plaisir de sucer, de mordre et de croquer, servant d'exutoire à l'agressivité normale.
- **L'échange et l'attachement** : l'alimentation met en relation deux êtres. Les relations et la communication se font sous diverses formes : regards, paroles, toucher... L'adulte, en faisant don de nourriture à l'enfant, fait don de lui-même, d'amour. L'enfant, en acceptant la nourriture, accepte sa mère (qui, en retour, se sent aimée et reconnue comme bonne mère). Etre nourri pour un enfant, c'est aussi être aimé.
- **Le dedans et le dehors** : au niveau de la bouche, s'opère des échanges entre ce qui est du dehors (de l'autre) et ce qui est dedans (soi). Plusieurs mécanismes psychiques inconscients (introjection, incorporation, identification...) font intervenir ces notions de dedans et de dehors, d'intime et de collectif, de soi et de l'autre... des limites du corps...
- **La structuration de la personnalité et la mise en place des relations d'objet** (relation avec l'entourage). Le Moi se forme à partir d'éprouvés corporels. L'enfant établit une relation objectale dans laquelle s'enracine la fonction alimentaire.
- **Significations sociales et culturelles – imaginaires et symboliques** : dans chaque culture, manger revêt des significations particulières qui dépassent le simple fait de manger...

**Manger ne se limite donc pas au seul fait de s'alimenter et ne constitue pas qu'une simple fonction physiologique. Manger fait aussi intervenir la psyché, consciemment et inconsciemment.**

De nombreux facteurs interviennent sur la relation mère-enfant au moment de l'alimentation du nourrisson.

### → **Du côté de la mère**

- Facteurs extrinsèques :

La société avec ses rituels et ses idées préconçues familiales qui se transmettent de génération en génération.

Le médecin et la "mode pédiatrique du moment" concernant l'hygiène et la diététique.

Le choix du type d'allaitement et son déroulement.

Les conditions de vie et d'environnement.

- Facteurs intrinsèques :  
Etat de santé de la mère, physique mais aussi psychique.  
Disponibilité et sécurité affectives.

→ **Du côté du nourrisson**

- Etat de santé physique
- Tempérament et capacités à adresser des messages
- Facilités à s'exprimer (échange de regards, tonicité...)

→ **Dans l'interaction mère-nourrisson**

- Réceptivité de la mère aux messages du nourrisson et réciproquement
- Capacités d'ajustement corporel, de regard mutuel
- Qualité de l'interaction avec découverte des compétences du nourrisson et gratifications en retour

## 1°/ les anorexies

Il convient de distinguer l'anorexie commune, la plus fréquente, des formes sévères et complexes d'anorexies, beaucoup plus rares.

### - L'anorexie commune souvent dite d'opposition ou de sevrage

C'est la forme la plus fréquente. Elle survient au 2<sup>ème</sup> semestre.

Il s'agit plus d'une conduite de refus alimentaire que d'une absence d'appétit.

Le nourrisson est classiquement vif et plutôt précoce dans son développement psychomoteur. Le contact avec lui s'établit facilement.

L'anorexie apparaît comme un refus progressif ou rapide de l'alimentation solide, parfois à l'occasion d'un changement de régime alimentaire, d'une poussée dentaire, d'un sevrage. La consommation de liquide est satisfaisante.

La mère est souvent angoissée, doutant de ses compétences.

La lutte pour faire manger l'enfant est quotidienne et à chaque repas. La mère use de divers stratagèmes souvent éphémères. Le repas est ainsi très long, il se finit parfois par un vomissement qui marque "la victoire" de l'enfant.

Les relations mère-enfant sont alors très rapidement perturbées, tant la mère se sent particulièrement disqualifiée dans son rôle propre de "bonne mère" nourricière. Le refus de la nourriture est ressenti par la mère comme un rejet de la part de son enfant.

Cela peut correspondre à la reprise d'activité professionnelle de la mère la rendant moins disponible pour son enfant. Cette indisponibilité psychique a des répercussions sur l'épanouissement de l'enfant.

A noter de même que le 9<sup>ème</sup> mois du post-partum correspond à une période de fragilité maternelle (avec un pic de dépression du post-partum).

On distingue 2 formes :

#### - La forme simple

La plus fréquente et souvent réactionnelle à un changement dans l'environnement. Elle cède souvent avec un réaménagement des relations mère-enfant (sans omettre le père) et un soulagement des angoisses réciproques.



### **- Les formes complexes**

Avec vomissements fréquents retentissant sur la courbe de poids et associant une stagnation pondérale dans les cas les plus graves et chroniques. La réassurance habituelle reste inefficace.

Après avoir éliminé une cause organique, une approche pédopsychiatrique est indispensable afin d'évaluer les relations mère-enfant et ce qui sous-tend l'angoisse maternelle (angoisse de mort, enfant non désiré, culpabilité...).

Non traitées, certaines anorexies communes peuvent s'aggraver. L'enfant présente alors un tableau dépressif : il est inerte, passif et semble désinvestir le monde extérieur. D'autres anorexies peuvent témoigner d'un trouble grave du développement de l'enfant et être le symptôme d'un processus autistique en train de se constituer. Elles nécessitent une prise en charge spécialisée.

### **- Anorexies sévères précoces, non psychotiques**

Elle est plus rare et beaucoup plus grave. La perte de poids est constante.

Elles sont très précoces, après la naissance (1<sup>er</sup> trimestre). L'enfant semble ne pas avoir faim; il a peu de mouvements de succion ou de déglutition. Il est hyper vigilant vis à vis de son entourage mais interagit très peu avec lui. Son regard est fixe et semble vide. L'enfant est passif, indifférent, peu mobile, rejetant la tétine proposée. La gestuelle est lente, la mimique, pauvre. Il y a peu de sollicitations vocales et corporelles.

L'impression de l'entourage est celle d'un enfant qui ne veut pas vivre et qui se laisse mourir. Le pronostic vital est parfois engagé.

Le contexte de survenue est celui d'une privation affective. Par exemple lorsque la mère est très sévèrement déprimée, l'enfant ne pouvant pas alors introjecter une représentation stable de sa mère, du fait du manque d'investissement de celle-ci à son égard. C'est le cas aussi de nourrissons longtemps hospitalisés ou placés en institution.

## **2°/ Les vomissements**

Quand ils n'ont pas d'origine organique, ils sont dits psychogènes ou fonctionnels. Ils surviennent souvent au 2<sup>ème</sup> semestre (parfois plus tôt). Ils peuvent être spontanés ou provoqués, isolés ou associés à une anorexie. L'enfant finit par avaler des aliments, puis vomit. Plus l'enfant est petit, plus les risques de déshydratation sont grands.

Des conditions psychologiques et relationnelles non satisfaisantes sont souvent retrouvées (modifications du mode de vie, séparation brutale avec la mère...)

## **3°/ Le mérycisme**

Il survient en général entre 3 mois et 1 an. Une première période de comportement normal doit avoir précédé le trouble. Il est plus fréquent chez le garçon.

Le mérycisme est une régurgitation provoquée et répétée, plus ou moins importante, du bol alimentaire, suivie de la rumination (re-mastication) des aliments avant nouvelle

déglutition. Le nourrisson (dos courbé, la tête en arrière) se force pour ramener la nourriture dans la bouche (à la différence du vomissement) et cela lui semble déplaisant. Cela se produit souvent quand il est seul. Le mérycisme s'accompagne souvent de repli (isolement, regard dans le vide), d'irritabilité, de colères et de comportements autoérotiques ou d'autostimulation.

Il existe des formes bénignes, débutantes, qui ne s'accompagnent pas d'autres troubles de la relation.

Dans les formes sévères, il existe un retard de croissance, une dénutrition et une cassure de la courbe pondérale. Le trouble ne doit pas être dû à une pathologie organique (gastro-intestinale - sténose du pylore - ou autre)

Le mérycisme est parfois retrouvé chez des enfants placés en institution et on incrimine le plus souvent une carence affective grave.

#### **4°/ Le Pica**

C'est l'ingestion répétée, pendant au moins un mois, de substances non comestibles (peinture, plâtre, sable, terre (géophagie), cailloux, papier, ficelles, cheveux...) alors que l'enfant est clairement en âge de distinguer entre objets et aliments (soit après 18 mois), hors pratiques culturelles (femmes enceintes de tribus aborigènes d'Australie).

L'ingestion de selles s'appelle la coprophagie.

Les principales complications sont les bézoards, les carences minérales (fer, zinc) et le saturnisme (peintures au plomb, d'autant qu'elles avaient un goût sucré).

Une carence affective grave doit être recherchée, ainsi qu'un trouble grave du développement ou une déficience mentale.

#### **5°/ La potomanie**

Il s'agit d'une consommation excessive d'eau (simple, le plus souvent), jusqu'à plusieurs litres par jour. Les causes organiques sont fréquentes (diabète notamment). On retrouve souvent des thèmes de lavement, de purification, souvent dans un cadre de restriction alimentaire.

Un trouble grave du développement, une déficience mentale sont à rechercher.

#### **6°/ Les coliques idiopathiques**

Survenant typiquement du 1<sup>er</sup> au 3<sup>ème</sup> mois, ces coliques sont très fréquentes. Elles cessent classiquement au 6<sup>ème</sup> mois. Le bébé est en bonne santé mais s'agite brutalement en hurlant, quelques minutes après le repas alors qu'il était près de s'endormir. Il donne l'impression de douleur et son faciès est rouge et révolté. L'épisode de colique peut durer plusieurs heures. L'enfant se calme au bercement, à la marche et en mangeant, mais les cris reprennent ensuite.

L'examen pédiatrique est strictement normal (petit météorisme, mais aucun trouble digestif, bon appétit, bonne prise de poids). Les coliques seraient l'expression psychosomatique d'angoisses partagées entre l'enfant (hyper vigilant) et ses parents (sur protecteurs). Les hypothèses étiologiques restent actuellement pluri-factorielles.

Les bilans biologiques et les prescriptions sont réduits.

# LES CONTROLES SPHINCTERIENS

Motif très fréquent de consultation pour le jeune enfant. Le contrôle des sphincters dépend à la fois de la maturation neurologique de l'enfant, de la maturité de la personnalité de l'enfant et de la relation mère (parents)-enfant. Les exigences des parents et de leur enfant (propreté obligatoire avant l'école, rétention, affirmation de soi) sont sources de conflits d'autorité.

Le contrôle vésical survient après la continence fécale.

Les troubles sphinctériens sont donc souvent, au départ, le résultat de l'intrication de plusieurs facteurs, physiologiques et psychologiques.

## 1°/ L'énurésie

C'est un trouble du contrôle de la miction. Ce n'est pas une incontinence.

La miction est normale, active et complète mais involontaire, inconsciente et non contrôlée, après 4 ans (âge de maturité physiologique) mais parfois plus tôt. L'enfant sait qu'il est mouillé vers 18 mois et peut réclamer le pot avant 2 ans.

Ce comportement est relativement fréquent et atteint environ 10 % des enfants, avec 2 garçons pour une fille. Il doit survenir au moins 2 fois par semaine ou provoquer une angoisse significative ou une altération sociale ou scolaire. Les énurésies occasionnelles (diurnes ou nocturnes) sont fréquentes.

Environ  $\frac{3}{4}$  des enfants énurétiques ont un parent ancien énurétique plus tolérant au trouble (importance de l'âge où les parents consultent pour leur enfant).

L'interrogatoire distingue :

- l'énurésie primaire (sans la moindre période, même très courte, de propreté)
- l'énurésie secondaire
- l'énurésie nocturne (la plus fréquente)
- l'énurésie diurne.

Un enfant ne peut être propre la nuit que s'il est propre le jour. Il faut rassurer l'enfant et ses parents sur un point car l'enfant a souvent peur de s'endormir : la miction ne survient pas au cours de l'endormissement mais au réveil, le plus souvent en fin de nuit, souvent à l'occasion d'un rêve.

Ce même interrogatoire met en évidence :

- le rythme des épisodes énurétiques : depuis une naissance, un déménagement, le divorce des parents ? Un week-end sur deux et la moitié des vacances ? Chez les grands-parents (parents absents) ? Juste la veille de l'école ? Depuis des difficultés scolaires ? Après la naissance d'un(e) petit(e) frère (sœur) ? De telles évidences apportent des éléments sérieux quant à la compréhension des conflits que vit l'enfant.
- les avantages ou bénéfices secondaires : attention bienveillante, soins apportés, fin de nuit dans le lit des parents, etc.

L'interrogatoire suffit parfois à écarter une cause médicale à laquelle il faut toujours penser : urologique, malformative, infectieuse, neurologique, épileptique (nocturne). En cas de doute, un bilan est nécessaire (échographie, UIV, ECBU...).

À la différence de l'encoprésie, l'énurésie est généralement isolée, surtout quand l'enfant est jeune et quand la période de propreté a été inférieure à une durée d'un an. Il existe

souvent de longues périodes de rémissions spontanées. Il faut tout de même rechercher des troubles du sommeil, une potomanie, des traitements déjà utilisés...

L'énurésie est un symptôme et non une maladie. Il n'existe pas de personnalité ou de structure propre à l'énurésie, mais elle s'intègre dans un tableau qu'il faut apprécier avec soin à travers l'histoire de l'enfant et de sa famille, pour réintégrer le symptôme dans la dynamique psychique de l'enfant et de sa famille et comprendre sa place et son sens.

Ainsi, d'un point de vue psychologique, l'énurésie peut être l'expression :

- D'une satisfaction passive (plaisir d'être mouillé...)
- D'une satisfaction active, agressive, sadique...Expression d'un sentiment de puissance
- D'une satisfaction masochiste (plaisir d'être puni...)
- De fantasmes dans le cadre de la problématique Œdipienne.
- D'une recherche de bénéfices secondaires (régression...)

L'évolution est toujours spontanément favorable, mais en un temps variable.

Toute énurésie ne nécessite pas une prise en charge et si traitement il y a, il est fonction des options étiologiques. Il est alors symptomatique.

Le rappel des règles hygiéno-diététiques est toujours important : restrictions des boissons du soir...

La psychothérapie est parfois nécessaire.

Les thérapies comportementales utilisent des tableaux à étoiles (gommettes...), des sonnettes réagissant à l'humidité ("pipi stop"... ) etc.

Un traitement médicamenteux (antidépresseur, hormone antidiurétique) ne doit pas être de première intention. La pharmacothérapie utilise l'imipramine (Tofranil® à faible posologie). Les analogues de l'hormone antidiurétique (Minirin®, en spray) ont montré quelques succès.

## **2°/ L'encoprésie**

C'est une défécation involontaire ou délibérée dans la culotte (ou ailleurs) au moins une fois par mois, pendant plus de 3 mois, chez un enfant de plus de 4 ans. En l'absence de toute affection organique.

Elle est moins fréquente que l'énurésie.

Elle est trois fois plus fréquente chez le garçon (3 garçons pour une fille)

Elle est plus souvent secondaire que primaire et presque exclusivement diurne.

Enfin, elle est permanente ou intermittente.

L'encoprésie secondaire est la plus fréquente, succédant ainsi à une période plus ou moins longue de propreté. Elle survient alors entre 5 et 8 ans. Elle peut-être isolée ou bien associée à d'autres troubles, telle l'énurésie (dans 1 cas sur 2). Elle peut-être transitoire et ponctuelle à la faveur d'un événement : naissance dans la fratrie, déménagement...

Il s'agit d'un symptôme à comprendre dans toute la dynamique psychique de l'enfant.

Les encopresies primaires relèveraient surtout de carences éducatives, alors que les encopresies secondaires correspondraient plutôt à des conflits intrapsychiques. Certains enfants présentent ce moyen d'expression de leur agressivité au cours de colères ou dans le cadre d'un "trouble oppositionnel avec provocation". Les enfants encoprétiens sont souvent honteux et mis à l'écart voire souffre-douleur à l'école et dans leur famille (lieu de tensions considérables).

Aspects pédiatriques : Il importe de distinguer les formes avec ou sans rétention, en sachant que des alternances existent. Il n'y a généralement pas de rétention lorsque l'enfant s'isole, s'accroupit et défèque volontairement, totalement dans sa culotte. En revanche, lorsque la rétention est importante, le rectum est rempli de matières fécales et l'émission de selles se fait par rengorgement et provoque de minimes souillures dans la culotte. La rétention active par l'enfant lors de l'arrivée du bol fécal (source de plaisir) et son trajet à rebours (rétropulsion) dans le rectum peut entraîner une distension rectale chronique puis un méga colon fonctionnel (avec hypotonie de la paroi et perte de la sensibilité à la pression), radicalement différent du méga colon idiopathique de Hirschsprung. L'enfant encoprétique peut ainsi être constipé puis présenter des diarrhées évacuatrices.

Aspects psychologiques : Comme dans l'énurésie, il n'existe pas de personnalité ou de structure propre à l'encoprésie. Il s'agit d'un symptôme dont l'expression est variable.

Les formes les plus fréquentes se situent dans le cadre d'une organisation névrotique en cours de structuration, mais encore labile et instable, sensible aux approches thérapeutiques. Le facteur de rétention est ici important, souvent dans un contexte de mécanismes de type obsessionnel.

Au cours des psychoses infantiles, c'est davantage la peur de l'évacuation dans les toilettes qui empêche la propreté (angoisses de vidange, d'évacuation, de perte de substances corporelles, etc).

Ailleurs, l'expulsion de selles peut être comparée à un passage à l'acte servant à décharger des mouvements pulsionnels agressifs chez des enfants dont les traits de personnalité évoquent la psychopathie (opposition, passages à l'acte, faible respect des règles sociales, pauvreté des représentations et de la vie mentale).

Enfin, chez l'enfant carencé, l'auto-érotisme de rétention est pauvre et l'encoprésie apparaît essentiellement comme un mode d'investissement du fonctionnement corporel destiné à lutter contre la dépression.

Quelle que soit l'organisation psychologique de l'enfant, la famille est partie prenante du symptôme. Les modes de relation parents-enfant sont toujours problématiques.

L'évolution : Une des conséquences péjoratives de l'encoprésie est l'éviction scolaire. L'encoprésie peut persister tardivement en l'absence de traitement. Elle disparaît lors des séparations d'avec la famille. Le pronostic est moins bon que pour l'énurésie et l'évolution vers des troubles graves de la personnalité est fréquente.

Le traitement : Il ne doit jamais s'attaquer directement au symptôme. Ainsi, la prise en charge (diagnostique et thérapeutique) doit éviter au maximum les diverses manœuvres centrées sur le sphincter anal (suppositoires, lavements...) qui renforcent l'érotisme anal.

Il n'y a pas de traitement médicamenteux.

La psychothérapie est une bonne indication dans les formes graves, névrotiques; elle s'avère plus délicate dans les autres formes.

# PSYCHOMOTRICITE

La psychomotricité, le langage et l'intelligence se développent simultanément. Les acquisitions de l'enfant dans ces 3 secteurs sont étroitement liées au développement affectif. L'importance de l'affectivité sur le développement moteur a été bien mise en évidence dans les carences affectives précoces.

Les interactions sont donc étroites entre le psychisme et la motricité.

## *Pour comprendre*

### - Développement de 0 à 2 ans

#### → **Réflexes archaïques**

Ils sont les premières réponses aux stimuli extérieurs. Ils existent dès la naissance. Ils ont une valeur fonctionnelle et adaptatrice importante. Leur absence est un signe d'immaturité. Leur évolution et leur disparition sont le signe d'une bonne maturation. Quatre réflexes sont recherchés :

- **Réflexe de Moro** ou "**réflexe d'embrassement**". Les bras s'écartent symétriquement et se rejoignent. Il est déclenché par des stimulations proprioceptives. Sa persistance après 6-7 mois est pathologique.

- **Réflexe de fouissement**. Réflexe de recherche et d'orientation vers le sein. Il est suivi des réflexes de succion et de déglutition.

- **Réflexe de redressement et de marche automatique**. A une pression plantaire, l'enfant réagit en se redressant. A la naissance, on constate un réflexe de marche si on soutient l'enfant debout sous les aisselles. Ce réflexe disparaît ensuite.

- **Grasping**. La stimulation de la paume de la main entraîne une flexion des doigts et un agrippement.

#### → **Tonus musculaire**

Au niveau des membres :

- Attitude en flexion (naissance) à attitude en extension (vers 3-5 mois)

- Hypertonie (naissance) puis hypotonie (8-9 mois) qui disparaît vers 18 mois

Au niveau du tronc : Hypotonie axiale puis progressivement contrôle tonique des muscles de l'axe permettant le développement postural.

#### → **Développement postural**

Il est progressif avec

- Tenue de tête vers 3 mois.

- Tenue assise vers 6 mois et véritablement stable vers 8-9 mois.

- Station debout débutant vers 9-10 mois, acquise vers 11-12 mois

#### → **Motilité et locomotion**

Les premiers mouvements sont des décharges motrices sans objet à type de flexion - extension, de pédalage dans le vide.

- Vers 3 mois : mouvements de s mains devant les yeux. Possibilité de se soulever du lit.

- Vers 5 mois : se redresse seul.

- Vers 6 mois : commence à ramper, à se déplacer sur les fesses, puis à 4 pattes.

- Vers 12 mois : acquisition de la marche (variations entre 10 mois et 2 ans)

L'autonomisation est progressive avec possibilité pour l'enfant de s'éloigner ou de se rapprocher de l'autre

→ **Préhension**

Elle suit l'évolution de la motricité et la disparition du grasping :

- Vers 5 mois : elle est cubito-palmaire. La main "ratisse".
- Vers 6 mois : elle est digito-palmaire : entre les doigts et la paume.
- Vers 9-10 mois, elle est radio-digitale. C'est le début de la pince.

La préhension permet l'exploration des objets, leur manipulation à volonté.

Le porter à la bouche est habituel (Cf. Stade psychoaffectif oral)

→ **Sensorialité**

Le bébé, puis le nourrisson a des compétences.

- Il voit dès le 4<sup>ème</sup> jour particulièrement le visage humain (pendant la tétée)
- Il entend dès la naissance et peut localiser un son dans l'espace. Il reconnaît la voix de sa mère dès la 3<sup>ème</sup> semaine.
- Le nouveau-né reconnaît l'odeur du lait de sa mère et de sa peau.
- Le "peau à peau" (contact cutané entre la mère et son bébé est indispensable à l'établissement d'une bonne relation affective mère-enfant.

→ **Sourire**

Il semble exister dès la naissance et serait dû à la satisfaction alimentaire.

Il peut être provoqué, entre 2 et 8 semaines, par des stimuli extérieurs.

Il devient intentionnel vers 2-3 mois (signe organisateur de Spitz) et prend alors valeur de communication.

**- Développement après 2 ans**

→ **Evolution motrice**

Elle consiste en une acquisition progressive d'une motricité de plus en plus fine. Après une phase d'instabilité psychomotrice normale (avant 3 ans), l'enfant va se stabiliser. Le contrôle tonique devient meilleur.

→ **Latéralisation**

Une dominante latérale s'établit progressivement, au niveau de la main mais aussi du pied et de l'œil. Elle se détermine généralement entre le 6<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> mois. Certains enfants restent ambidextres.

→ **Schéma corporel**

L'enfant reconnaît progressivement les différentes parties de son corps et du corps de l'autre. Vers 3 ans, l'enfant peut se représenter de manière grossière (dessin du bonhomme). Parallèlement, l'enfant investit son propre corps. La qualité de cet investissement est liée à celui que la mère aura pour son enfant.

→ **Organisation spatio-temporelle**

La notion d'espace s'élabore progressivement par l'intermédiaire du corps et en relation avec les expériences kinesthésiques et visuelles. Simultanément, se constitue la notion de temporalité et de rythme (vers 5-6 ans).

Les troubles psychomoteurs sont de plusieurs types :

1°/ Retards psychomoteurs

Il s'agit d'un retard des acquisitions posturales ou du tonus.

Les causes peuvent être somatiques et nécessitent une consultation spécialisée neuropédiatrique ou CAMSP.

Après avoir éliminer une cause organique, une consultation de pédopsychiatrie est indispensable car des causes psychiques peuvent également se retrouver telle une psychose précoce, une carence affective, des dysfonctionnements interactifs précoces, une maltraitance.

## 2°/ Trouble de l'acquisition de la coordination

Cette perturbation marquée du développement de la coordination interfère gravement avec la réussite scolaire ou les activités de la vie courante (maladresse, imprécisions ou lenteur motrice). Il existe souvent des troubles associés : troubles du langage (articulation), des apprentissages (écriture), des difficultés relationnelles avec les pairs (jeux). L'enfant peut présenter un retard dans les différentes étapes du développement moteur (pour s'asseoir, ramper, marcher). Il convient de rechercher une prématurité, une hypoxie néonatale, une malnutrition, des anomalies neurologiques...

Un dépistage rapide s'obtient en demandant à l'enfant de sauter à pieds joints, à cloche pied, de se tenir sur une jambe, de taper du doigt, attacher un lacet, attraper un ballon... Les tests spécialisés retrouvent des scores "performances" ou "non-verbaux" inférieurs aux scores "verbaux".

Un dépistage de troubles sensoriels (acuités auditive et visuelle) s'impose comme dans tout retard. Un bilan neurologique recherchera une infirmité motrice cérébrale, une myopathie...

La prise en charge consiste en une rééducation psychomotrice, perceptivomotrice ou globale.

## 3°/ L'instabilité psychomotrice

Synonymes : turbulence, hyperactivité, agitation, trouble hyperkinétique, ADHD...

Il s'agit d'un motif fréquent de consultation pour des enfants en maternelle ou en primaire, où elle a une fréquence estimée à 3-5 %. Mais il convient de distinguer un comportement pathologique (aux origines très diverses) des enfants "plein de vie".

Le début des troubles se situe entre 5 et 6 ans.

Elle prédomine nettement chez le garçon (7 garçons pour 1 fille)

Il s'agit d'un syndrome et non d'une maladie.

Le diagnostic repose sur l'entretien des parents, l'entretien avec l'enfant seul et une observation des relations parents-enfant. Parfois, certaines échelles (Conners) ou certains bilans : psychologique, psychomoteur, orthophonique permettent d'argumenter le diagnostic.

Cliniquement, sont retrouvés :

### - Une instabilité motrice

Hypermotricité souvent inadaptée, désordonnée, sans but précis

Mouvements incessants, bruyants, maladroits, plus ou moins contrôlés

Envahissement de l'espace, surtout celui d'autrui, parasitage incessant

Indiscipline, ne supporte pas de rester assis

Anarchie du comportement : activité brouillonne et maladroite

Impulsivité : la moindre occasion est bonne pour grimper, sauter, toucher

Incapacité à différer

Travail bâclé, réponses trop rapides

Les incessantes réprimandes et les punitions sont généralement inefficaces.



### - Une instabilité psychique

Eparpillement de l'enfant, happé par tous les stimuli extérieurs

Inattention et difficultés de concentration intellectuelle

Distraktion

En revanche, l'enfant peut réaliser correctement un travail lorsqu'un adulte disponible se trouve à ses côtés

### - Symptômes associés, plus ou moins marqués

Angoisse généralement diffuse, masquée par l'agitation

Agressivité, colères déclenchées par les frustrations

Attitudes de provocation

Conduites d'opposition, de défi, de refus, d'indifférence aux remontrances

Variations de l'humeur avec passage du rire aux larmes, de l'excitation à la tristesse, du sentiment de triomphe à l'effondrement dépressif

Faible investissement du langage, difficultés à verbaliser, notamment ses sentiments de malaise ou d'insécurité

Difficultés relationnelles, isolement par rejet des pairs

Anomalies de la coordination, maladresse

Troubles des apprentissages (20-50 % des cas) : difficultés de lecture, de calcul

### - Conséquences

Sur le plan familial

Exaspération, dramatisation, rejet, banalisation, déni...

Contre attitudes violentes

Aggravation du tableau clinique

Sur le plan scolaire

Résultats médiocres

Mesures disciplinaires inopérantes

Exclusions répétées

Retard voire échec scolaire

→ Complication grave compromettant l'avenir de l'enfant.

Le diagnostic différentiel doit se faire avec :

- Turbulence développementale

- Trouble du développement

- Retard mental

- Prise médicamenteuse (corticoïdes, antiasthmatiques...)

- Pathologie neurologique (épilepsie)

- MALTRAITANCE.

L'instabilité psychomotrice n'est qu'un syndrome, une réponse psychomotrice non spécifique. C'est souvent une réaction défensive immédiate chez un enfant confronté à un bouleversement de son monde relationnel. Elle peut aussi s'inscrire dans certaines psychoses infantiles ou troubles graves de la personnalité.

La psychiatrie française insiste sur le caractère fréquemment contradépressif de l'hyperactivité et parle de défenses pseudo maniaques en cas d'impossibilité d'élaboration de la position dépressive (lutte contre la perte) en maintenant une illusion de toute puissance. L'enfant s'éparpille pour ne pas penser, notamment à sa tristesse et à ses causes. Il convient

de replacer le comportement de l'enfant (parfois sa seule possibilité de s'exprimer) au sein de son environnement familial et affectif.

#### Approches thérapeutiques

Elles sont très différentes et discutées. Elles associent :

- Approche familiale : toujours nécessaire pour soutenir les parents et modifier les interactions pathologiques qui se sont instaurées.
- Approche corporelle (danse rythmique, relaxation, rééducation psychomotrice) qui restaurent le plaisir de l'action et de la maîtrise du corps.
- Psychothérapie : difficile chez un enfant qui lutte pour ne pas prendre en compte sa vie mentale et qui a du mal à verbaliser. Mais elle est importante pour travailler dans ce sens, pour restaurer la continuité de la pensée de l'enfant.
- Approche comportementale et cognitive : parfois utiles.
- Traitement médicamenteux : le plus classique est la Ritaline® (méthylphénidate) Dérivé amphétaminique, dont l'efficacité est prouvée quand l'indication est bonne. Elle ne concerne que les enfants de plus de 6 ans. Elle est affaire de spécialiste et doit être réfléchie (plus d'un million d'enfants en consomment au Etats-Unis). Le traitement médicamenteux n'est jamais isolé.

#### 4°/ Les tics, les TOCs

**Les tics** sont des mouvements moteurs ou des vocalisations involontaires, irrésistibles, rapides, récurrents, non rythmiques et stéréotypés. Ils peuvent être simples ou complexes. Ils apparaissent souvent vers l'âge de 6-7 ans. Ils sont aggravés par le stress et disparaissent pendant le sommeil. Ils peuvent être transitoires (réactionnels à un stress comme une séparation), chroniques ou intermittents (disparaissant par périodes).

**Le syndrome de Gilles de la Tourette** débute entre 7 et 15 ans et se caractérise par des tics moteurs associés à des tics verbaux comme des grognements ou des jurons voire des obscénités. L'halopéridol à faible dose permet un taux important de réponses.

**Les TOCs** de l'enfant sont rares et ont une symptomatologie globalement comparable aux TOCs de l'adulte. Il existe un pic précoce de survenue des TOC avant la puberté. Les idées obsessionnelles se développent sur quelques semaines et engendrent une angoisse importante que l'enfant ou l'adolescent tente de colmater par des compulsions plus ou moins ritualisées.

Les obsessions peuvent être idéatives (erreur à un devoir, oubli, préoccupation corporelle), impulsives (peur de blesser une personne, de se jeter d'un pont, d'insulter un professeur), phobiques (peur du sida, de la saleté, des microbes).

Les compulsions sont en rapport: vérifications dans le miroir, évitement du contact, rituels alimentaires, lavage, nettoyage, vérifications, besoin de réassurance, évitement voire refus scolaire. Quand les compulsions sont dépassées, l'enfant peut présenter des accès de colères parfois violentes. L'environnement est parfois intégré dans les rituels. La famille est désemparée; elle a "tout essayé" pour comprendre et mettre fin aux comportements absurdes de l'enfant.

Le retentissement scolaire et social des TOCs est parfois majeur.

Le traitement actuel associe une prise en charge plurielle : psychothérapie (analytique ou cognitive et comportementale) parfois appuyée par des antidépresseurs de type IRS : Zoloft® (sertraline) à partir de l'âge de 6 ans. L'information aux parents est capitale.

# LE LANGAGE

Le langage est un moyen d'expression, de contact et de communication. Il prend une part essentielle dans les relations de l'enfant avec autrui et est intimement lié au développement et à la structuration du fonctionnement psychique.

## *Pour comprendre*

### Définitions

- **Langage** : "Fonction complexe qui permet d'exprimer et de percevoir des états affectifs, des concepts, des idées au moyen de signes acoustiques ou graphiques" (Rondal). Le langage ne saurait être étudié seulement comme un instrument, mais est bien une fonction structurante de l'organisation du Moi de l'enfant.
- **Langue** : système de langage propre à une communauté.
- **Parole** : production de significations sous forme de sons articulés.

### L'acquisition du langage

L'apprentissage du langage est étroitement dépendant de la stimulation verbale et non verbale de l'environnement. Le langage commence par les cris à la naissance puis viennent les vocalisations (babil, jasis ou lallation) au 2<sup>ème</sup> mois. Le babillage entre dans un jeu interactif après le 5-6<sup>ème</sup> mois. La production de syllabes bien articulées débute entre 6 et 8 mois.

Ensuite quelques points de repère sont classiques :

- Premiers mots en général vers 10-16 mois (après 18 mois, souvent pathologique)
- Le "non" vers 18 mois
- Le vocabulaire atteint 250 à 300 mots vers 2 ans
- Première phrase (sujet + verbe) comme "papa parti" vers 20 mois- 26 mois
- Le langage connaît un enrichissement exceptionnel entre 2 et 3 ans  
vocabulaire de +/- 1000 mots à 3 ans
- Le "Je" est utilisé vers 3 ans (mais souvent avant)

Les mots sont compris avant de pouvoir être exprimés

L'apprentissage du langage écrit s'effectue vers 6 ans (CP)

### Conditions nécessaires à l'accession du langage

- Conditions organiques :
  - Audition : il faut pouvoir entendre pour pouvoir parler
  - Phonation : intégrité des organes phonatoires
  - Système nerveux central : intégrité cérébrale, fonctionnelle
- Conditions affectives :
  - Qualités des interactions avec l'entourage - attention conjointe
  - "Bain de langage" de l'enfant
  - Stimulation...

Les troubles du langage sont un motif fréquent de consultation de pédopsychiatrie. Près de 5 % des enfants de 5 ans ont des troubles du langage. Ils sont très variables depuis le simple retard de maturation évoluant spontanément favorablement au trouble plus grave révélateur d'une psychose.

## 1°/ troubles de l'articulation

C'est l'incapacité à prononcer correctement un phonème. Les troubles articulatoires sont souvent isolés, mais peuvent être associés à des troubles de la parole ou du langage. Les consonnes les plus touchées sont les consonnes dites "constrictives" : f, v, ch, z, j.

Le sigmatisme interdental (zézaiement ou zozotement), quand la langue est trop près des incisives, transforme le *ch* en *s* et le *j* en *z*, tandis que le sigmatisme latéral (chuintement) est à l'origine d'un sifflement du fait d'une mauvaise posture de la langue.

Ce trouble est bénin quand il est isolé. Des troubles relationnels mineurs peuvent venir se surajouter. La prise en charge est essentiellement orthophonique, vers l'âge de 5 ans.

## 2°/ Retard de parole

Ce trouble porte sur l'ensemble de l'organisation phonétique du langage C'est la persistance au-delà de 4-5 ans des simplifications phonétiques normales ("parler bébé") au cours de l'acquisition du langage. Il existe alors une confusion et une substitution des phonèmes (remplacement de consonnes), une omission ou une élision de finales (*voitu* pour *voiture*), une simplification des phonèmes complexes (*tatine* pour *tartine*), une simplification des mots, un déplacement ou une répétition des certains phonèmes à l'intérieur des mots.

L'évolution est généralement favorable.

Plusieurs facteurs interviennent souvent : héréditaires, neurologiques, socioculturels ou psychoaffectifs (immaturité affective).

Une rééducation orthophonique est indiquée si les troubles persistent après 5 ans.

Une guidance parentale associée est parfois nécessaire.

## 3°/ Retard simple de langage

Ce trouble est caractérisé par une atteinte des composantes syntaxiques et linguistiques du langage. Il porte non pas sur l'apparition des premiers mots, mais de la première phrase qui n'apparaît ici qu'après 3 ans, en l'absence de retard mental, de trouble grave de la personnalité ou de trouble auditif.

L'ensemble des étapes du développement du langage est retardé. Si la compréhension du langage est généralement bonne, le langage reste rudimentaire, le vocabulaire est pauvre, les termes de liaisons et les pronoms manquent (style télégraphique), le temps des verbes est mauvais, le pluriel n'est pas utilisé, les mots sont souvent déformés. Les lacunes sont importantes bien que parfois masquées par une compréhension correcte. Un examen attentif est donc important.

Des troubles de la compréhension associés sont de mauvais pronostic.

Plusieurs facteurs interviennent souvent : héréditaires, neurologiques, socioculturels ou psychoaffectifs (immaturité affective).

On recherchera cependant systématiquement une cause organique.

De même, les bilans orthophonique et psychomoteur rechercheront des difficultés de mémorisation, de repérage dans le temps et de l'organisation du schéma corporel.

L'évolution est généralement favorable.

Une rééducation orthophonique est indiquée si les troubles persistent après 5 ans.  
Une rééducation psychomotrice peut être associée dans certains cas.  
Psychothérapie et guidance parentale sont parfois nécessaires dans les cas graves.

#### 4°/ La dysphasie (ou audimutité)

C'est la forme la plus sévère des troubles du langage. Elle est définie comme un trouble de la structure du langage sans substratum organique décelable et en l'absence de déficit auditif, de retard mental majeur et de trouble psychotique.

Il s'agit donc d'un trouble grave de langage.

Son diagnostic repose sur un langage absent ou très sommaire chez un enfant de plus de 6 ans. Le vocabulaire est très imprécis et rudimentaire, parfois difficilement compréhensible. Les erreurs syntaxiques sont nombreuses. Il existe des confusions sémantiques et une construction syntaxique primitive, les phrases ne comportent souvent qu'un substantif et un verbe. Les gestes sont préférentiellement utilisés par l'enfant pour se faire comprendre. L'apprentissage de la lecture est difficile (dyslexie) et le retard scolaire fréquent.

Il existe parfois des dyspraxies bucco-faciales avec une articulation imprécise.

La compréhension du langage est généralement perturbée notamment les abstractions : successions, causalités...

Lorsqu'il n'y a pratiquement aucun langage, on parle d'audimutité.

Il faut rechercher un trouble de la personnalité, une dysharmonie psychotique.

L'évolution à long terme est mal connue. La survenue tardive de troubles psychiatriques souligne les problèmes de frontière entre troubles du langage et troubles psychiques.

- La rééducation orthophonique intensive est impérative pour organiser le schéma corporel et la structuration spatio-temporelle, développer la mémoire, l'attention, et pour acquérir progressivement le langage.
- Une scolarisation adaptée est souvent nécessaire.
- Une psychothérapie est indiquée lorsque des troubles psychiques sont retrouvés.

#### 5°/ Le mutisme

C'est la disparition du langage chez un enfant ayant antérieurement parlé, en l'absence de toute aphasie. Le mutisme est involontaire, il peut être passager ou durable, total ou électif.

Le mutisme total ne dure souvent que quelques semaines, parfois suivi d'une période de chuchotement ou de voix basse. Il est souvent secondaire à une expérience traumatisante (deuil, séparation, violence). Sa prise en charge est exclusivement psychothérapique (intérêt du psychodrame analytique), permettant à l'enfant d'exprimer les affects et la signification des situations qu'il a vécues.

Le mutisme électif peut être extra familial, par exemple scolaire : l'enfant ne parle ni à ses professeurs ni à ses camarades tout en conservant une bonne efficacité scolaire. Il peut

être intra familial quand l'enfant refuse obstinément de parler à un ou plusieurs membres de la famille. Il peut se prolonger des mois voire des années.

Ce mutisme peut relever :

- De mécanismes inconscients de type conversion hystérique
- D'une inhibition liée à des mécanismes phobiques
- D'un refus oppositionnel
- D'un début de schizophrénie infantile (rare).

Le bilan recherche :

- d'autres symptômes : troubles sphinctériens, comportements d'opposition...
- une organisation plus ou moins pathologique de la personnalité,
- le contexte relationnel et familial.

La prise en charge est d'ordre psychothérapeutique, individuelle et familiale.

## 6°/ Bégaiement

C'est un trouble qui affecte le rythme et le débit de la parole. Il s'agit de répétitions ou de prolongations involontaires, fréquentes, de sons, de syllabes ou de mots perturbant la fluence verbale en l'absence d'anomalie organique. Il est toujours lié à la présence d'un interlocuteur. Les garçons sont davantage atteints.

On distingue le bégaiement tonique avec des blocages de l'émission des sons, et le bégaiement clonique avec répétitions saccadée et explosive d'une syllabe.

Il apparaît généralement entre 3 et 5 ans, souvent au moment de l'entrée à l'école, parfois en lien avec une expérience traumatisante chez un enfant émotif. Il peut être intermittent et peut guérir spontanément. Les manifestations motrices et neurovégétatives sont fréquentes (mouvements anormaux, syncinésies de la face et des membres). Il existe parfois une mauvaise latéralisation droite/gauche.

Le niveau intellectuel est souvent normal, mais un retard de langage peut favoriser l'éclosion d'un bégaiement.

Le retentissement sur la personnalité de l'enfant, sur sa scolarité et sur ses liens sociaux peuvent être importants.

La rééducation orthophonique et la relaxation peuvent être utiles, de même qu'une psychothérapie lorsque les troubles psychopathologiques sont importants. Les résultats restent inconstants.

## 7°/ Les dyslexies

Il s'agit d'un déficit sévère et durable de l'acquisition de la lecture chez un enfant d'intelligence normale.

Les dyslexies sont fréquentes et surviennent en début d'apprentissage.

Contrairement au retard "simple" de lecture, fréquent, la dyslexie persiste malgré un redoublement du CP et souvent en dépit de la rééducation orthophonique.

Les troubles préalables de la parole ou du langage sont fréquents, mais l'efficacité intellectuelle est généralement bonne. L'enfant peut parfois donner le change en apprenant par cœur. La compréhension des textes est mauvaise, souvent fragmentaire. Des confusions morphologiques affectent le *p* et le *q*, le *b* et le *d*, le *m* et le *n*. Certaines syllabes sont omises ou inversées, les mots sont simplifiés.

Il existe souvent de nombreuses difficultés en orthographe (dysorthographe). Le graphisme est souvent maladroit, peu soigné, témoignant du faible investissement de l'enfant pour cette activité.

L'origine du trouble reste très discutée et plusieurs hypothèses sont avancées :

- Trouble d'origine génétique
- Anomalie du développement et de la latéralisation cérébrale
- Trouble psychogène de l'investissement du langage écrit.

La part psychologique semble prépondérante.

Les troubles dyslexiques se prolongent en général pendant des années, entraînant d'importantes difficultés scolaires, obligeant souvent à des redoublements.

Un examen psychologique est utile pour confirmer la normalité du développement intellectuel

Un bilan orthophonique évalue les difficultés du langage écrit et oral.

Une évaluation psychomotrice est souvent intéressante (repérage spatio-temporel, latéralisation, maladresse, etc).

Rééducation orthophonique et psychothérapie sont actuellement les principaux axes thérapeutiques.

## LE RETARD MENTAL

L'intelligence est extrêmement difficile à définir.

### ***Pour comprendre***

Le développement de l'intelligence fait intervenir 3 séries de facteurs :

- La maturation neurologique
- L'exercice et l'expérience acquise dans l'action effectuée sur les objets
- Les interactions et les transmissions sociales.

Piaget a décrit des périodes dans le développement de l'intelligence :

**- Période sensori-motrice de 0 à 18-24 mois:** le bébé assimile de nouveaux stimulus à partir de son corps, des objets et des personnes qui l'entourent. Cela entraîne des *réactions circulaires* où le bébé cherche par répétition à retrouver les résultats de son action. Les *schémas d'action* se complexifient en se coordonnant les uns aux autres. Jusqu'à 18-24 mois, la perception de l'objet est nécessaire à l'élaboration de toute nouvelle combinaison. Puis des interactions peuvent se faire alors que l'objet est absent, transition avec la période suivante. Les premières représentations mentales se précisent.

**- Période pré-opératoire de 2 ans à 6-7 ans:** L'enfant se détache de la perception immédiate. Chaque objet est représenté, c'est à dire qu'il peut être mentalement évoqué en son absence. La fonction symbolique se développe (langage, jeu, dessin...) à partir des activités ludiques. La pensée de l'enfant n'intègre pas les phases successives de certains phénomènes observés. Ainsi, il ne peut pas comprendre que la quantité d'un liquide reste la même lorsqu'il a été transvasé dans un récipient plus étroit (le niveau étant plus élevé). Il ne peut pas non plus se placer dans la perspective d'autrui.

- **Période des opérations concrètes de 7 à 11-12 ans** : A partir de manipulations concrètes, par expériences successives, l'enfant peut saisir à la fois les transformations et les invariants. Il accède aux notions de réversibilité d'une opération, de conservation des mesures, des classements. L'enfant prend conscience de sa propre pensée; il accepte le point de vue des autres et leurs sentiments. Il peut les nommer.

- **Période des opérations formelles à partir de 11-12 ans** : La pensée se dégage du contenu concret. Face à un problème, l'adolescent manie les données expérimentales pour formuler des hypothèses : c'est le raisonnement hypothético-déductif et le maniement des concepts abstraits. Les programmes scolaires reposent sur ces capacités intellectuelles progressives de l'enfant et de l'adolescent.

L'exploration des capacités intellectuelles repose sur des tests psychométriques qui ne doivent jamais être utilisés isolément. Les données qu'ils fournissent doivent être interprétées en fonction de l'histoire et du contexte de vie de l'enfant. En effet, le développement des capacités cognitives, mais aussi du langage, de la motricité et de la socialisation de l'enfant est très dépendant de son développement affectif.

**Tests de développement** Ils permettent de mesurer

- L'âge de développement chez les enfants de moins de 3 ans. Plusieurs tests et échelles (Brunet-Lézine, Test d'efficacité intellectuelle) définissent un Quotient de développement :  $Q.D. = \frac{\text{Age de développement}}{\text{Age réel}} \times 100$ .

- L'âge mental chez les enfants de plus de 3 ans est défini par l'ensemble des épreuves réussies par la majorité d'enfants du même âge chronologique et échouées par la majorité des enfants d'âge inférieur.

Cela définit un Quotient Intellectuel :  $Q.I. = \frac{\text{Age mental}}{\text{Age réel}} \times 100$ .

**Tests d'efficacité intellectuelle**

Le Q.I. de Wechsler est différent. Il apprécie les capacités intellectuelles. C'est le plus connu; il correspond d'une distance par rapport à une norme donnée pour une moyenne d'âge. Cette note Q.I. situe les performances d'un sujet dans une distribution gaussienne de notes (moyenne, écart-type). Il comprend des épreuves verbales et non verbales (dites de performance).

Ce Q.I. n'est pas absolu et constant. Sa valeur est utile à condition de reconnaître cette valeur comme relative et de ne pas enfermer l'enfant dans un chiffre.

### **Définition**

Elle recouvre les anciennes notions d'arriération et de débilité mentale. La définition du retard associe 3 caractéristiques :

- Un fonctionnement intellectuel général inférieur à la moyenne
- Des altérations ou déficits importants du fonctionnement adaptatif
- Dont le début est avant 18 ans.

Le retard mental apparaît plus comme un symptôme que comme une entité. Ainsi, le retard mental ne saurait, à lui seul, désigner l'enfant dans son ensemble. Il faut aussi apprécier son organisation psychique, prise dans sa globalité.

Autrement dit, le retard mental est considéré comme un trouble global du développement dans lequel s'intriquent des perturbations cognitives, du langage, de la motricité et des conduites sociales.



## Epidémiologie

Prévalence : Autour de 1-1,5 % quel que soit l'âge; stable dans le temps.

Sexe ratio : Nette prédominance masculine avec un ratio de 1,5.

## Classification

Parmi les déficiences intellectuelles, on distingue:

- **le retard mental léger** (QI : 50 à 70) → 85 % des retards mentaux
  - Aptitudes à la socialisation et à la communication
  - Découverte en général à l'entrée au CP (vers 5-6 ans)
  - Apprentissages et acquisitions scolaires possibles.
- **Le retard mental moyen** (QI : 35-50) → 10 % des retards mentaux
  - Aptitudes sociales possibles. L'enfant peut parler
  - Le niveau intellectuel ne dépasse pas celui du CP
  - L'autonomie sociale est limitée
- **Le retard mental grave** (QI : 20-35) → 3-4 % des retards mentaux
  - L'âge mental ne dépasse pas 2-3 ans. Le langage est rudimentaire
  - Acquisitions incomplètes (lecture impossible), massivement retardées
  - La vie en institution est souvent indispensable.
- **Le retard mental profond** (QI < 20) → 1 à 2 % des retards mentaux
  - Absence de langage
  - Autonomie très limitée voire nulle
  - Troubles moteurs graves associés (grabatisation)

## Diagnostic différentiel

Avec :

- Une atteinte sensorielle (surdité...)
- Une inhibition névrotique donnant une apparence de pseudo débilité
- Les carences affectives graves et prolongées
- Certaines formes de psychoses infantiles.

Rappelons ici qu'échec scolaire ne veut en rien dire retard mental +++

## Etiologie

Le retard mental peut être isolé ou non. Dans tous les cas, il doit être considéré comme un symptôme rencontré dans des cadres nosologiques très divers et aux causes variées.

On distingue principalement :

### Les causes anténatales

- Encéphalopathies progressives par atteinte héréditaire d'un système enzymatique (Phénylcétonurie, atteinte du métabolisme des glucides, des lipides ou autres)
- Encéphalopathies héréditaires progressives
- Encéphalopathies endocriniennes (Myxœdème)
- Phacomatoses (Recklinghausen, sclérose tubéreuse de Bourneville...)
- Anomalies de fermeture du tube neural (Spina-bifida)
- Aberrations chromosomiques (Trisomies, X fragile, Turner XO, Klinefelter...)
- Embryopathies virales (Rubéole...)
- Foetopathies infectieuses (Toxoplasmose, listériose, cytomégalovirus...)
- Foetopathies médicamenteuses et toxiques (Alcool, drogues...)
- Foetopathies liées à la grande prématurité ou à une pathologie durant la grossesse (Toxémie gravidique)

### **Les causes périnatales**

- Complications obstétricales anoxiques
- Ictère nucléaire par incompatibilité foeto-maternelle (facteur rhésus)

### **Les causes post-natales**

- Infectieuses : méningite, encéphalite...
- Métaboliques : hypoglycémie, déshydratation, malnutrition...
- Maltraitance : enfants secoués, hématome intracrânien
- Encéphalopathie convulsivante : états de mal convulsif (West...)

Les **facteurs psychologiques** et **sociaux** sont aussi très importants.

### **Traitements**

Outre le traitement d'une cause avérée, la question de la prise en charge est celle de l'orientation de l'enfant en évitant le "tout ou rien", l'isolement et le rejet.

Plusieurs types d'institutions existent pour des soins qui peuvent être ambulatoires ou plein temps:

- les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)
- les Centres Médico-Psychologiques (CMP)
- les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)
- les hôpitaux de jour (HJ)
- les Instituts Médico-Educatifs (IME)
- les Externats Médico-Pédagogiques ou à temps complet
- les Internats Médico-Pédagogiques ou Médico-Professionnels pour les patients de 16 à 25 ans.

Les prises en charge sont spécialisées.

Parallèlement aux soins apportés à l'enfant, le soutien aux parents et aux frères et sœurs est très important à prendre en compte.

### ***Pour en savoir plus ...***

Darcourt G., Myquel M. & Coll. : *Développement psychomoteur de l'enfant et du nourrisson : Aspects normaux et pathologiques*. Ed. Heures de France, Paris, 1993, 156, 298-324.

Ferrari P. & Coll. : *Actualités en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Ed. Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 2001, 10-13, 104-151.

Lebovici S., Soulé M., Diatkine R. : *Expression manifeste des troubles et leur compréhension* Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Ed. PUF, Paris, 1990, T2, 1535-1771.