

Un enfant dys, mais précoce : synthèse concernant A.

Par le docteur Lucien Castagnera, Hôpital Pellegrin
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (Chu) de Bordeaux

A. est né le 15/09/1995. C'est un enfant âgé de 6 ans et 3 mois qui posait déjà des problèmes dès l'âge de 17 mois. Enfant « actif », tonique, il a marché pour la première fois le jour de son premier anniversaire.

Il tombait souvent, car il ne cherchait pas à marcher mais plutôt à courir. Sans cesse en mouvement,

changeant d'activités souvent, inépuisable, se butant dans les portes, les poubelles, se cognant et trébuchant souvent.

HISTOIRE D'A.

L'enfant apparaît donc très précocement comme un enfant « turbulent » et son « hyperactivité » va occasionner à lui même et à sa famille quelques problèmes avant même toute scolarisation où, chez la nourrice, l'enfant « restait pratiquement tout le temps enfermé dans le parc à barreaux de 1,5 m² », puis à la halte garderie qui a, au début, accueilli A. avant de refuser très vite de le prendre en charge.

En juin 1998, à la réunion préparatoire à la rentrée en maternelle, la famille indique qu'A. est très turbulent. La directrice de l'école assure alors qu'ils étaient des « professionnels » et qu'ils sauraient gérer A. Pourtant, à la Toussaint de l'année 1999, la directrice et l'institutrice convoquent la famille pour envisager des solutions, l'enfant étant vraiment trop turbulent. En février, les proches sont encore convoqués par la directrice, l'institutrice et la psychologue scolaire : A. est trop remuant, il perturbe les autres enfants par son agitation. La famille entend parler pour la première fois de risque d'exclusion de l'école

La famille déménage en avril 1999 à D..., et A. termine sa première année de maternelle à D... avec un instituteur, parfaitement prévenu du comportement d'A. En juin, le dernier jour de classe, l'instituteur dit : « c'est bon... ça a été... mais ce fut dur, très dur ! ».

La moyenne section de maternelle s'effectue à D..., en 1999-2000. Le maître ne contrôle pas du tout A. Il est excédé par l'enfant. Il le met de côté, soit au fond de la classe, soit dans la cour sans surveillance. Tous les soirs, la famille a droit à des commentaires désagréables sur son comportement. L'enfant est rejeté toute l'année, apparaît déprimé, pleure en allant à l'école. C'est cette situation qui conduit la famille à

chercher une solution ailleurs tant au niveau médical que scolaire.

En avril 1999, A. consulte auprès du CENTRE D'ACTION MÉDICO-SOCIALE PRÉCOCE (Camsp) du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) de E... Le trouble de comportement est considéré comme un trouble anxieux, voire psychologique, dû à l'éducation reçue et à l'histoire propre d' A. Deux fois par semaine, A. voit une psychologue du Camsp pendant trente à quarante minutes mais les séances se terminent, la plupart du temps, en lutte ou bagarre avec elle.

La famille demande à être reçue par la directrice du Camsp pour bénéficier d'une aide médicamenteuse, car A. va de mal en pis. Cette requête est refusée, la psychothérapie étant jugée suffisante.

La famille « cherche » alors un pédopsychiatre qui « regarderait » vraiment l'enfant, pour arrêter la dégringolade de son état. Contact fut pris avec Tours, Périgueux... Bruxelles !

En octobre 1999, l'enfant est vu, examiné, évalué (*questionnaire de Conners*) puis diagnostiqué *hyperactif* par le Docteur F... F..., neuropsychologue au centre hospitalier de G... mais, comme A. est âgé de 4 ans, aucun traitement n'est délivré.

En novembre 1999, contact est pris par internet avec un médecin canadien, qui conseille d'aller consulter le professeur H... H...

De la mi-novembre 1999 à février 2000, A. est évalué par des psychologues de son équipe, et c'est fin février 2000 qu'il était décidé de donner de la L... Un PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) et un contrat d'intégration sont signés pour éviter l'exclusion d' A. de

l'école, car il se mettait et mettait les autres en danger.

Le maître dit à la famille qu'en 18 ans de carrière, il n'a jamais eu un enfant aussi hyperactif, mais indique que la transformation d' A. est étonnante après une semaine de traitement.

A. peut avoir des plages de concentration, mais hélas pas toute la journée.

A. est rejeté par les autres enfants, par sa dangerosité mais aussi parce qu'il les épuisait. Les autres parents regardent l'enfant et la famille d'un œil réprobateur : la famille se sent, à son tour exclue.

En mai 2000, la famille décide de sortir A. du système scolaire et demande à la COMMISSION DÉPARTEMENTALE D'ÉDUCATION SPÉCIALE (Cdes) une solution extérieure. Une seule solution est proposée : l'INSTITUT DE RÉÉDUCATION (Ir) de L... Après visite et entretien avec le directeur, la famille met l'accent sur les moments difficiles passés tant avec le Camps qu'avec l'école, et précise qu'elle souhaite être partenaire et actrice de la vie de leur fils et non spectatrice... Finalement, la famille accepte cette institutionnalisation.

L'année à l'Ir, de 2000 à 2001, commence plutôt correctement et le premier semestre se passe mieux pour A. L'état de l'enfant semble s'améliorer. L'Ir met en place la scolarisation d' A. début janvier 2001. En janvier, le médecin de l'Ir, psychiatre, modifie la prescription du médicament d'A. sans en avertir la famille. Ceci semble avoir pour effet de déstabiliser l'enfant. Le soir, quand la famille vient le chercher, elle constate que l'enfant est dans un état dépressif important et cela dure deux mois.

En mars 2001, la psychomotricité est mise en place à raison d'une séance par semaine, avec accès bassin de temps en temps. En avril 2001, la famille sollicite un entretien avec le médecin et le directeur de l'établissement : l'entretien se passe mal et la famille note « le manque d'ouverture, les mensonges, tout cela au détriment de l'enfant et sa bonne prise en charge ». À cette même époque, la famille attend toujours de connaître le planning de l'enfant, par exemple de savoir si des bilans ont été effectués et quels en sont les résultats, mais « rien ne vient ».

L'équipe propose une psychothérapie psychanalytique par des psychologues de l'Ir que la famille refuse, car elle ne lui apparaît pas adaptée à la pathologie d' A. En effet, le professeur H... H... avait indiqué qu'une psychothérapie cognitive et comportementaliste voire systémique serait plus adaptée et efficace.

A. a une absence à cette époque, mais aucun bilan n'est effectué.

Après deux mois d'après discussions avec l'Ir, ce dernier donne son aval en juin 2001 pour une psychothérapie avec le docteur M... M..., avec transport à la charge des parents. En effet, un contact avait été pris avec ce pédopsychiatre, avant qu'A. ne rentre à l'Ir de L... Mais, à l'époque, ce praticien avait indiqué à la famille qu'il pensait qu'un soin en psychothérapie adapté au cas de l'enfant serait mis en place à l'Ir et qu'il ne voulait pas faire un double travail. Il avait donc mis A. en attente dans son planning dans la perspective d'une sortie en 2002-2003.

A. n'est pas au mieux de sa forme et cette tension altère son comportement. Tous les « non-dits » et la déception de la famille « de ce manque de communication » semblent le perturber.

Fin juin, A. présente une autre absence.

En juillet 2001, le médecin de l'Ir demande un entretien de fin d'année qui se solde de nouveau par un échec. Le peu d'informations que le centre avait bien voulu transmettre à la famille et le peu d'entretiens obtenus avec les quelques intervenants étaient, d'après lui, la conséquence d'une trop forte demande de la famille : elle apparaissait par trop « dérangeante ».

Maintenant, A. s'oppose beaucoup, il devient violent, jette ses jouets à travers sa chambre, claque sa porte, se déprécie beaucoup. La famille est inquiète de l'état de l'enfant et déçue du peu de considérations et de soutien obtenus.

A. fait de nouveau une absence, mais un ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAMME (Ecg) « de veille » pratiqué dans l'après midi est considéré comme négatif.

En septembre 2001, une nouvelle année scolaire commence et une lettre est envoyée à la Cdes pour revoir la prise en charge d'A.

A. reprend le chemin de l'Ir et commence à exprimer clairement son sentiment de différence et d'inadaptation, de problèmes d'apprentissage et de mémorisation.

A. exprime à sa famille qu'il s'ennuie trop à l'Ir. Le matin, *la mise au bus pour aller au centre est compliquée, larmes et affrontement physique avec l'enfant, mon épouse est obligée de le traîner et de le porter pour monter dans le bus* explique le père.

A. montre un regain affectif au moment de la séparation, chose qu'il ne faisait pas avant ; il tient absolument à emmener un objet ou jouet, car ça l'aide alors qu'il s'ennuie trop là-bas.

La famille soutient l'enfant, lui explique que c'est pour son bien, essaye de le ménager par rapport à la tension qui perdure. Elle n'a toujours aucun retour de ce qui est dit ou fait à l'Ir.

En octobre 2001, lors d'un entretien avec le professeur H... H... qui prêche la modération pour préserver A., la famille indique qu'elle aimerait savoir si

l'enfant stagne ou progresse et que comme aucun bilan n'a été effectué, demande va être faite pour une évaluation orthophonique et psychologique.

ÉVALUATIONS MÉDICALES ET PARA-MÉDICALES

1°. Bilan d'évolution et de prise en charge par les professionnels de l'Ir

Concernant l'aspect *scolarité*, on relève que *l'enfant ne semble pas pouvoir être intéressé par les apprentissages et le travail s'axe donc davantage autour d'un appriovissement et un dosage permanent entre ce que l'on peut laisser faire et ce qu'il faut arrêter*. Le niveau global d'acquisition, après une année, est pré-élémentaire. A. a 5 ans et 9 mois.

Concernant l'aspect *éducatif*, l'enfant apparaît *très conformiste, dans la maîtrise et la toute-puissance, au langage stéréotypé*, en souffrance et très instable. Cependant, il est capable de mener une tâche à son terme s'il est à l'initiative de cette tâche.

Un bilan orthophonique révèle un léger trouble articulaire et de la parole qui sont pris en compte dans le cadre de l'acousticothérapie. Le graphisme apparaît altéré.

Une rééducation psychomotrice est instituée une fois par semaine pour *hyperactivité, inattention, trouble de la coordination et du contrôle de l'équilibre*. Elle semble avoir un effet positif. Une deuxième séance est prévue.

Sur un plan médical, la prolongation de sa prise en charge est indiquée au sein de l'Ir.

2°. Bilan orthophonique (langage oral et langage écrit)

En premier lieu, on note un *trouble du langage oral de type expressif avec un trouble articulaire*, déjà observé. On note en plus un *trouble de la mémoire tant auditive que visuelle*, cependant que la compréhension n'est pas altérée.

Dans les conclusions apportées, on mentionne qu'A. devrait tirer bénéfice de rééducation orthophonique

et d'un travail sur l'attention auditive mais aussi visuelle.

Par ailleurs, il est noté qu'une *pédagogie adaptée avec des séquences de travail brèves et variées devrait permettre l'accès à l'apprentissage*.

3°. Bilan psychologique

Un test WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN (Wisc III) indique que A. présente d'excellentes potentialités intellectuelles (QUOTIENT INTELLECTUEL VERBAL — Qiv — 126, QUOTIENT INTELLECTUEL DE PERFORMANCES — Qip — 129, QUOTIENT INTELLECTUEL GÉNÉRAL — Qig — 129) qui se sont enrichies depuis un an. Cependant, il faut noter que la passation du test s'est ici effectuée sous traitement et à une phase « tranquille » de son quotidien.

A. n'a pas de problème d'ordre visuo-spatial, excepté un certain degré de dysgraphie.

Il n'est pas noté de problème comportemental et l'on constate une bonne construction de la maturité affective d'A.

Il ressort que A., avide d'apprentissage, est tout à fait capable d'accéder à l'apprentissage de la lecture et du calcul et qu'il est donc faux de dire comme précédemment qu'*il ne semble pas pouvoir être intéressé par les apprentissages*.

Il est frappant de constater que son trouble de la mémoire immédiate essentiellement auditive le pénalise fortement, la mémoire des chiffres étant à 3, ce qui le situe à un niveau nettement inférieur à celui de son âge.

Là encore, il est noté qu'il est nécessaire d'apporter une *pédagogie mieux ajustée aux qualités cognitives que présente cet enfant*.

CONCLUSIONS

A. est un enfant de 6 ans qui présente des troubles classés par l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (Oms) dans la dixième version de la CLASSIFICATION

INTERNATIONALE DES MALADIES ET DES PROBLÈMES DE SANTÉ CONNEXES (Cim 10) et par la quatrième version du DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS

(Dsm IV). Il s'agit d'un *trouble déficitaire attentionnel avec hyperactivité* (Cim 10 : F90 ; Dsm IV : 314.01) accompagné d'un *trouble articuloire* (Cim 10 : F80.0 ; Dsm IV : 315.39). On relève une mémoire auditive nettement défaillante.

Un doute existe sur l'existence ou non d'une épilepsie associée.

Par ailleurs, A. possède de hautes potentialités intellectuelles et il est tout à fait capable d'accéder à l'apprentissage de la lecture et du calcul. Il est avide d'apprentissage et il semble que le peu qu'on lui donne actuellement en la matière ne le satisfasse pas et participe à la majoration du problème comportemental qui l'affecte et qui rentre dans le cadre de l'affection qu'il présente. Cependant, il est à noter que lors d'une relation duelle (passation du Wisc III), son comportement montre un enfant non opposant, intéressé par les tâches proposées et « heureux de produire » avec pour finalité des résultats hautement qualitatifs.

Ensuite, l'évaluation du comportement socio-adaptatif (*échelle de Vineland*) donne des résultats qui situent A. dans le premier percentile de sa classe d'âge dans tous les domaines investigués. Ces résultats reflètent l'intensité du handicap socio-adaptatif lié à ses troubles du développement, et sont à mettre en perspective avec son potentiel cognitif supérieur à 8 ans (Wisc III). Ces résultats mesurent l'importance de l'assistance qu'il faut assurer au quotidien comme pour un enfant de 3 ans.

Un maintien en Ir apparaît à ce jour inadaptée, la structure ne pouvant apporter ce que A. nécessite et une prise en charge plus adaptée est indispensable.

Compte tenu des éléments apportés, associant un déficit de l'attention et de la mémoire auditive à un haut potentiel intellectuel et compte tenu de la qualité d'une relation duelle, on peut proposer un modèle de prise en charge comportant :

- ◆ Un aménagement pédagogique avec enseignement individualisé quotidien le matin, pour un temps. Cet enseignement doit se baser sur des méthodes pédagogiques adaptées, l'utilisation de l'outil informa-

tique. L'objectif d'un tel enseignement est que l'enfant puisse rentrer rapidement dans les apprentissages. Un tel enseignement apparaît être le seul capable de permettre de s'adapter ensuite à ses hautes potentialités intellectuelles. L'objectif à terme est de permettre une intégration scolaire à temps complet.

L'après-midi, l'enfant pourrait intégrer l'Ir, mais cette solution apparaît difficile à mettre en place, d'une part, et, d'autre part, non adaptée du fait des relations conflictuelles existant. La meilleure solution semble être qu'A. intègre l'école O..., l'après-midi.

- ◆ Le suivi de sa « scolarisation » pourrait être assuré par le CENTRE NATIONAL D'ENSEIGNEMENT À DISTANCE (Cned).
- ◆ Une rééducation orthophonique intensive est indispensable pour le trouble du langage et de l'attention. On pourrait faire appel à l'utilisation de l'ordinateur et de logiciels adaptés.
- ◆ Une intervention psychothérapeutique telle qu'elle existe actuellement en secteur libéral étant donné les risques de fragilisation.

Par ailleurs une demande d'ALLOCATION D'ÉDUCATION SPÉCIALE (Aes) avec complément de catégorie 4 est proposée. En effet, l'enfant présente une affection qui retentit nettement sur sa socialisation et il nécessite la présence continue d'une tierce personne, sa mère ne pouvant travailler, même à temps partiel, alors qu'elle le souhaiterait.

Enfin, il doit être aussi envisagé un complément d'investigation médicale avec une IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (Irm) et un Eeg, qui, s'il ne fait rien apparaître, pourrait conduire à la poursuite du traitement dont il bénéficie pour améliorer les problèmes de mémoire, d'attention et d'hyperactivité et autorisant ainsi une scolarisation en milieu ordinaire beaucoup plus facile.

Ce complément d'investigation ne doit pas cependant faire retarder la prise en charge.

SUIVI DU 15/11/2002

Monsieur,

Juste un petit message pour vous faire le point de la situation :

La prise en charge Cned qui a commencé fin mai se poursuit. Nous avons reçu un courrier du Cned nous indiquant que, vu le travail d'A., il finirait la première partie de Cp en mars et qu'il pourrait

donc commencer la deuxième partie au deuxième trimestre.

Nous n'avons pas de répétiteur (race introuvable à D...) et c'est mon épouse qui le fait travailler tous les jours, environ 1 h 30 à 2 h, le temps d'action du médicament.

A. a fait sa rentrée scolaire le 4 novembre dans une petite structure à raison de quatre après-midi par semaine et ça se passe très bien pour le moment : il est heureux d'y aller, et sa maîtresse semble satisfaite de ses aptitudes et de son comportement. (...)