

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://mediaserver.unige.ch>

Une fois sur la page d'accueil, taper dans le champ de recherche « Visio » et choisissez la bonne année académique. Puis entrer les identifiants suivants :

user : visioR, password : 2020

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 7 novembre 2023

To DYS or not to DYS, DYS is the question!

Orateurs: *Dr J. Fluss, Dr C Mégevand*

La Dre Mégevand va présenter un cas qui sera progressivement discuté par le Docteur Fluss.

Il s'agit d'un 3^e enfant, né par voie basse. Le développement précoce est décrit dans la norme.

À l'âge de 12 mois, il a un babillage, il se hisse, il peut se tenir debout.

À l'âge de 18 mois, il est capable de dire plusieurs mots.

À 18 mois, 5% des enfants ne prononcent pas de mots, 50% prononcent 1 à 5 mots. Les raisons de s'inquiéter sont l'absence de réaction aux sons, l'absence de partage, l'absence de jeu symbolique.

À 24 mois, 15 à 10 % des enfants ne sont pas capables de faire des phrases de plus de trois mots. Le dépistage n'est pas très utile.

À l'âge de trois ans et demi, 7 à 10% des enfants ont un retard de langage avéré, ce qui représente 500 à 600 enfants pour le canton de Genève par année (il est difficile de tous les envoyer en logopédie).

À cinq ans, 4 à 6% gardent un trouble du langage, 1 à 2% ont un retard sévère.

Il existe une étude australienne publiée par Ukoumunne ([*Profiles of language development in pre-school children: a longitudinal latent class analysis of data from the Early Language in Victoria Study, Child Care Health Dev. 2011*](#)) qui a pu définir plusieurs profils de type de développement. On y voit le développement du langage normal, ou le retard simple. Il existe d'autres formes qui peuvent avoir plus de conséquences.

Par la suite, l'enfant est présenté à deux ans. Il commence à prononcer des petites phrases, se fait comprendre. À l'âge de trois ans et demi, il n'y a rien à signaler.

Peut-on détecter des facteurs de risque à l'âge de trois ans et demi ? Il existe un formulaire qui a été établi par la doctoresse Chevré Muller à l'intention des enseignants, qui permet de détecter les enfants problématiques.

Les facteurs de risque sont une anamnèse familiale positive, un faible niveau d'éducation (surtout l'éducation maternelle) et des activités de lecture pauvres. Au niveau du développement, on recherche des troubles du langage oral.

Dans les antécédents médicaux, il faut rechercher la prématurité, et les syndromes génétiques.

Il ne faut pas sous-estimer les facteurs sociaux.

Par la suite, à presque six ans, l'enfant est scolarisé en France. À huit ans, l'enseignante relève des difficultés de recopiage. Elle conseille aux parents de consulter une logopédiste. L'avis de la logopédiste est qu'il s'agit d'un déficit d'attention et de difficultés graphiques. Elle conseille un bilan neuropsychologique et une prise en charge ergothérapeutique.

Il ne faut pas sous-estimer l'importance de la dysgraphie, de la dyslexie. Environ 9% de la population présente un handicap de ce genre.

Le problème des comorbidités est fréquent. Il y a une association entre troubles du langage et TDAH dans environ 40 à 50%. Il s'agit d'un facteur aggravant.

Les difficultés de lecture peuvent être associées à d'autres pathologies comme la dépression, l'anxiété, les troubles du spectre autistique. Dans le trouble du spectre autistique, les troubles réceptifs prédominent, même si le déchiffrement est bon. Dans le déficit d'attention, il peut y avoir une difficulté à repérer les mots. Il peut y avoir une dyspraxie isolée (trouble des praxies, il faut rechercher une maladresse, des difficultés d'habillage ou d'autonomie).

À huit ans, quel bilan effectuer ? Il faut bien réfléchir aux conséquences thérapeutiques du bilan.

Dans le cas particulier, un bilan neuropsychologique a été effectué. Le résultat tenait sur 32 pages. Il était relevé un trouble de déficit d'attention avec dyspraxie et peut-être des problèmes visuels. Le rapport était particulièrement difficile à interpréter.

Le bilan n'est pas toujours compris par les parents.

Le bilan peut entraîner une surcharge de prise en charge (trop de rééducation).

La proposition a été de faire un bilan orthoptique avec de la rééducation. Les parents ont stoppé à cause de la non prise en charge par l'assurance.

Un bilan ergothérapeutique avec prise en charge a été organisé.

Un essai de médication par psychostimulant a été refusée par les parents.

La place des troubles visuels et du traitement orthoptique a fait l'occasion d'un éditorial publié en 2009 dans Pediatrics.

Par la suite, les parents reviennent en Suisse. Il y a une séparation des parents. Il est scolarisé en 6P. Comme il a trop de difficulté, on le met en 5P. L'orthoptiste est stoppé, l'ergothérapie va commencer, les parents ont vu un graphologue. À ce stade, les parents refusent toujours un traitement pour le déficit d'attention.

En 6P, les difficultés persistent, l'enfant nécessite un soutien scolaire. Il commence à déprimer. Ceci illustre les conséquences des difficultés des troubles d'apprentissage, avec répercussion psychologique.

En conclusion, cet enfant présente un déficit d'attention et multidys. Ceci a un impact sur son moral et sa confiance en lui.

Le pédiatre est nécessaire comme référent, pour chapeauter la prise en charge.

Le trouble multidys est une réalité. Le plus compliqué est la conjonction dysphasie et dyspraxie. En cas de déficience intellectuelle légère, la différence se creuse progressivement au cours des années d'école.

Dans le cas particulier, différentes solutions sont proposées : introduction du méthylephénydate, refaire un bilan neuropsychologique, ou référer à un spécialiste (neuropédiatre).

D'après le Docteur Fluss, il convient dans ce cas d'adopter une attitude pragmatique. Le déficit d'attention a été évoqué, un traitement peut être utile.

Il faut envisager une anxiété sous-jacente au déficit d'attention.

Le bilan neuropsychologique pourrait être répété pour définir mieux les difficultés.

Il est utile d'impliquer l'école dans la prise en charge.

Le pédiatre est utile pour établir les priorités thérapeutiques.

Concernant l'utilité d'un bilan génétique, il est à envisager en cas de déficit mental associée à des particularités morphologiques.

Compte-rendu du Dr Vincent Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch