

Potentiels



Faire mat à l'échec de l'enfant

Réunion du 09 octobre 2025

Pourquoi « Potentiels » ?





www.potentiels.net

SOMMAIRE

1. *Au départ, un constat : Le mal être des enfants*
2. *Les symptômes qui alertent*
3. *Qui s'en inquiète et que se passe-t-il ?*
4. *Que faudrait-il faire ?*
5. *La spécificité de Potentiels*
6. *Pour aller plus loin*

1. Au départ, un constat : le mal être des enfants

En consultation de médecine ou de pédiatrie générale, depuis plusieurs années, et bien avant la crise sanitaire, nous constatons que **beaucoup d'enfants reçus en consultation** pour différentes indications **ne sont pas épanouis** comme ils devraient l'être, ni à l'école, ni à la maison (en l'absence d'un événement récent, social, familial ou scolaire évident qui aurait pu les perturber)

Il n'ont plus cette joie de vivre, ils semblent plus tristes, préoccupés, moins souriants, moins insoucians. **Ils sont en souffrance en raison d'un trouble psychologique ou d'un trouble neurodéveloppemental, voire les deux, un trouble neurodéveloppemental entraînant bien souvent des troubles psychologique : perte de confiance, anxiété etc.**

Néanmoins, la crise sanitaire et en particulier le confinement ont accentué ce mal être : Ce constat est corroboré par une étude préoccupante, qui révèle que **13% des écoliers de 6 à 11 ans présentent un trouble « probable » de santé mentale.**

Une **étude nationale d'ampleur de Santé Publique France¹**, publiée le 20/06/2023, rapporte des résultats préoccupants sur la santé mentale des enfants scolarisés en école primaire.

➔ 3 types de troubles constatés :

- ➔ **5,6%** des enfants présentent un **trouble émotionnel** probable; soit un trouble anxieux (anxiété de séparation, anxiété généralisée, phobies spécifiques, refus scolaire anxieux) ou dépressif.
- ➔ **6,6%** des enfants souffrent d'un **trouble oppositionnel** probable, qui se

caractérise par des *troubles du comportement*, une *humeur* particulièrement colérique, (surtout à la maison) un comportement querelleur ou provocateur (surtout à l'école)

- ➔ Enfin, **3,2 %** de l'échantillon total démontrent un **trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)** probable.

- «La majorité des enfants ne souffre que d'un trouble, mais certains peuvent en **cumuler plusieurs**», précise auprès de l'AFP Nolwenn Regnault, responsable de l'unité périnatalité, petite enfance et santé mentale à Santé Publique France.
- **Pas de différences** selon le **niveau scolaire** et le **secteur de l'école** (écoles publiques/ écoles privées).
- **Troubles émotionnels** probables plus fréquents chez les **filles**, **troubles du comportement** plus fréquents chez les **garçons**.

Autre enquête de la Drees sur l'impact de la crise sanitaire :

- **Entre mars 2020 et juillet 2021**, soit pendant les 15 mois post-premier confinement, **12 % des garçons** et **13 % des filles** de 3 à 17 ans ont **consulté un professionnel** de santé pour un motif psychologique.
- Auparavant, seuls 7 % des garçons et 6 % des filles avaient déjà pris ce chemin.

«Le principal facteur associé aux difficultés psychosociales de l'enfant est la **santé**

¹ Etude nationale Enabee, publiée mardi 20/06/ 2023 par Santé publique France, enquête réalisée grâce à des questionnaires adaptés aux écoliers, plus de 15000, dont plus de 8000 exploitables, 15000 enseignants interrogés dans 400 écoles, et 10000 parents d'élèves du CP au CM2, entre Mai et Juillet 2022.

mentale du parent répondant», explique la Drees en commentaire de l'étude.

Avant d'ajouter : «Un **temps élevé d'exposition aux écrans** et un **temps faible consacré à la lecture** et aux **activités physiques** sont des éléments associés à ces difficultés».

Donc parfois, il faut agir sur la santé mentale des parents pour que cela soit bénéfique à l'enfant, sinon la prise en charge de l'enfant

seul s'avèrera inefficace ou en tous cas insuffisante...)

En prenant en compte les **enfants qui n'ont pas consulté**, (mais dont les parents estiment a posteriori qu'ils avaient besoin d'être aidés pour des difficultés psychologiques et que cette aide relevait d'un professionnel de santé), ce sont **15% des enfants** qui auraient eu **besoin de soins**, constate l'enquête. **Soit près d'un enfant sur six.**

2. Les symptômes qui alertent

Cette **souffrance**, ce **mal être** ou ces **difficultés** peuvent se traduire par :

- **Des troubles d'apprentissage**, des difficultés avec une **chute des résultats** voire un **échec scolaire**.
- **Des difficultés relationnelles** à l'école et/ou à la **maison** qui peuvent se traduire par des **troubles du comportement** : (tristesse,

repli sur soi, désintérêt, ou encore colères ou « crises » comme disent les parents, comportement impulsif, voire violent)

- **Des symptômes d'anxiété** : bégaiement, tics, douleurs abdominales, céphalées, troubles de l'appétit, du sommeil etc
- **Une perte de confiance en soi** : l'enfant se dévalorise, ne veut plus faire, n'arrive plus à mettre son potentiel en oeuvre.

3. Qui s'en inquiète et que se passe-t-il ?

Souvent les **parents**, ou plus généralement la famille, assez souvent **les professionnels de l'école** ou **certains professionnels** de santé qui alertent alors les parents.

Souvent nous **médecins (généralistes ou pédiatres)** sommes alertés tardivement sur les **difficultés** de l'enfant.

- ➔ Soit lorsque les parents nous demandent des **ordonnances** afin d'effectuer un **bilan orthophonique** ou **psychomoteur**, en **l'absence d'un trouble identifié relevant de ces spécialités**, afin d'entreprendre une rééducation.

Nous constatons alors que le **problème**

est pris à l'envers et que les parents sont souvent orientés directement vers un professionnel rééduquant des troubles spécifiques (dys) qui peut n'être que consécutif à un trouble d'ordre général qui ne sera donc lui pas détecté : **la conséquence est éventuellement la prise en charge d'un symptôme sans que la cause ne soit traitée.**

- ➔ **Soit bien plus tard**, (bien trop tard!), souvent après avoir déjà réalisé des **bilans ou des rééducations malheureusement sans véritable lien avec la cause du trouble** ou de la **particularité** de leur enfant ou insuffisants.

Quand l'orthophoniste et/ou le psychomotricien affirment au terme du bilan qu'il n'y a pas d'indication à une rééducation et disent « qu'il n'y a rien » (ce qui est rare), bien des parents arrêtent de chercher une autre cause aux difficultés de leur enfant.

Quand l'orthophoniste ou le psychomotricien « trouve quelque chose » et entame une rééducation, les parents s'arrêtent également là, pensant que les difficultés vont disparaître. Or si la cause générale n'a pas été traitée, certains problèmes spécifiques disparaîtront peut-être mais la souffrance et les difficultés qu'elle entraîne seront toujours là !

Il est donc logique de penser qu'en présence d'une difficulté non identifiée, un bilan général s'impose en première intention. C'est ce bilan qui permettra d'orienter vers les professionnels adéquats : neuropédiatre, pédopsychiatre, psychomotricien, psychologue etc ...

Il faut donc bien insister auprès des parents sur **l'intérêt des visites systématiques** chez le pédiatre ou le médecin généraliste selon le calendrier établi par la PMI de visites tous les 6 mois entre 2 et 6 ans, puis une fois par an après l'âge de 6 ans.

Seules ces **visites réalisées en dehors d'un contexte d'urgence** nous permettent d'évoquer la **vie familiale et scolaire**, et d'éventuelles **difficultés d'apprentissage ou relationnelles**, d'interroger sur la qualité et la durée du sommeil, sur l'appétit, sur le comportement de l'enfant à l'école et à la maison, et nous permettent, lorsqu'il y a une difficulté, d'en suspecter la cause, et d'éviter ainsi des bilans inutiles ou inappropriés, des **« erreurs d'aiguillage »** et une **grande perte de temps très préjudiciable et de faire ce diagnostic étiologique souvent difficile.**

Toutes les difficultés d'apprentissage, ou relationnelles des enfants ne proviennent pas forcément d'un de ces fameux « dys » qui n'affectent qu'une partie du cerveau (voir pour aller plus loin), comme trop souvent considéré par certains enseignants, qui pensant bien faire, orientent d'office ces enfants vers un orthophoniste, un psychomotricien) mais peuvent provenir d'un trouble ou d'une caractéristique beaucoup plus généraux.

Parfois, lorsque nous voyons ces enfants, même si aucun diagnostic précis n'a encore été établi, il n'est pas rare de constater qu'ils ont déjà réalisé des bilans et des rééducations, conseillés par l'école ou décidés par les parents eux mêmes qui ne les ont pas, ou peu fait progresser, ni significativement fait régresser le trouble ou la difficulté constatés, ni leur mal être.

Nous pouvons donner l'exemple d'un enfant très agité à l'école dont l'enseignant suspecte donc un TDAH et dont le bilan révèle un haut potentiel. Cet enfant s'ennuyait tout simplement.

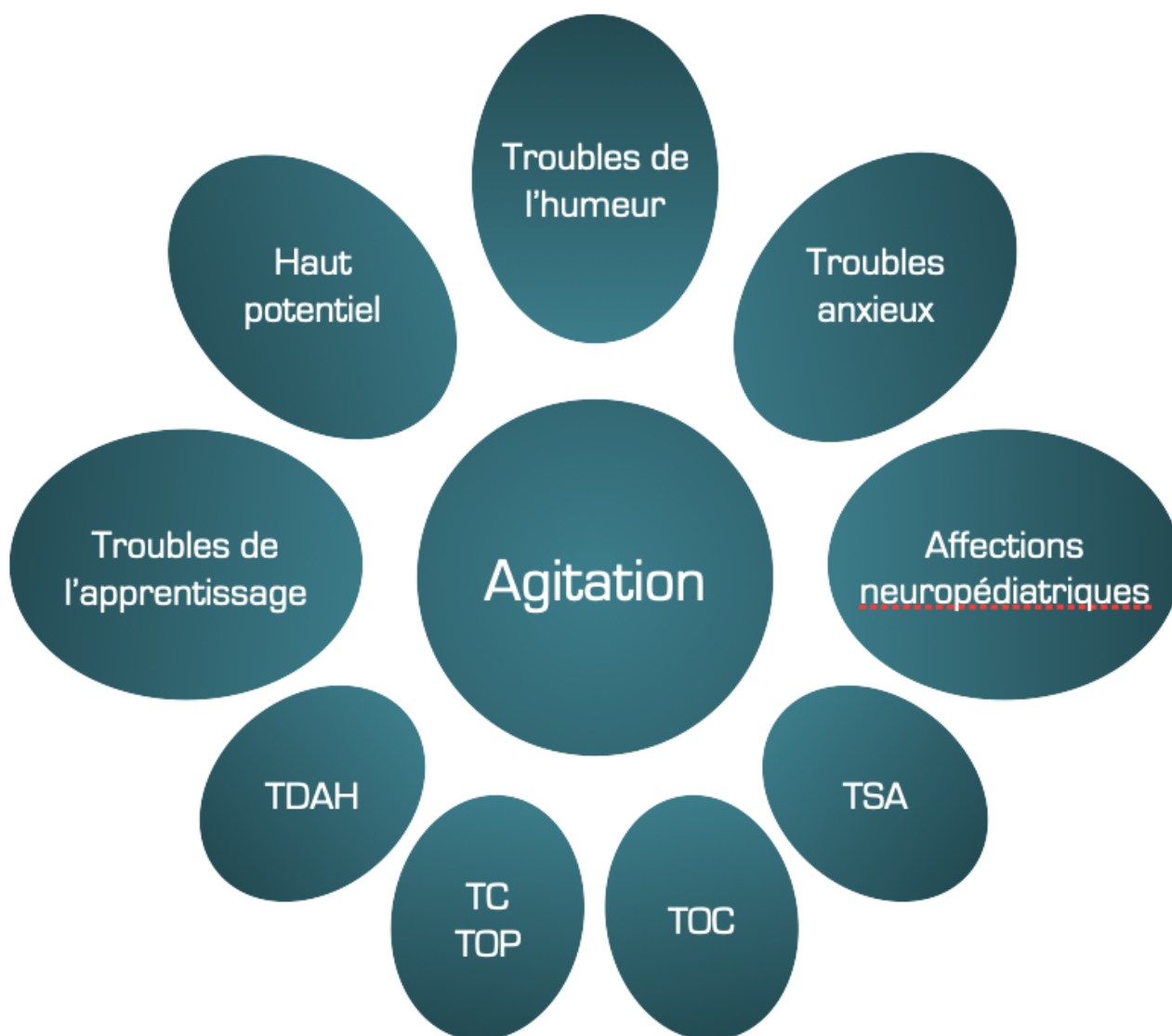
Le comportement de l'enfant doit être apprécié dans sa globalité et non seulement dans un seul milieu comme les parents à la maison et les enseignants à l'école au risque de faire un diagnostic imprécis.

La marguerite de l'agitation (ci-contre) illustre qu'un symptôme peut correspondre a de multiples causes.

Et donc si l'on traite la conséquence d'un trouble, sans en avoir suspecté la cause ou les facteurs favorisants, la prise en charge en sera inadaptée et forcément inefficace...

Marguerite de l'agitation

« un symptôme peut correspondre a de multiples causes »



4. Que faudrait-il faire ?

En l'**absence** d'un **dys évident** (confusion de son, de prononciation par exemple) et en **présence de difficultés générales** (comportement, émotions, relationnelles, scolaires...), **de mal être** un **bilan général** s'impose.

Ce bilan général à l'aide de l'**observation clinique**, de **tests de personnalité**, de **questionnaires**, de **tests psychométriques** etc permettra d'**affiner le diagnostic**, de cerner les causes du ou des troubles, de détecter des particularités neurodéveloppementales.

Quelques souhaits qui pourraient être une solution pour éviter **perte de temps**, et donc **perte de chance** pour l'enfant en évitant ces « erreurs d'aiguillage » :

➡ **Plus de formations :**

Compléter la formation des médecins généralistes et des pédiatres à ces nouveaux thèmes : La neuropsychologie n'est enseignée en fac de médecine que depuis très peu de temps...

Augmenter les moyens des médecins scolaires et les former aussi à ces problématiques relativement nouvelles, ou du moins plus préoccupantes qu'il y a quelques années.

Promouvoir la formation des professeurs sur ce thème, et agir pour que ces formations leur soient sinon obligatoires, du moins très conseillées, (car ils sont en première ligne pour dépister les difficultés de l'enfant).

Compléter la formation des autres professionnels (orthophonistes, psychomotriciens, graphothérapeutes, ergothérapeutes, etc.) sur ce sujet, en leur confirmant que si l'aide

instrumentale est souvent nécessaire, elle ne rééduque parfois, et même souvent que la conséquence du trouble.

➡ **Proposer de faire un bilan général :**

• **Indications du bilan d'évaluation chez l'enfant**

Un **bilan d'évaluation** est indiqué pour les enfants chez qui il est constaté par les parents, l'enseignant, ou le médecin:

- ✓ Des **troubles du caractère** ou du **comportement** (agressivité, impulsivité, troubles anxieux et/ ou dépressifs)
- ✓ Des **difficultés exécutives** : enfant lent, peu organisé dans son travail, qui a du mal à comprendre les consignes et à passer d'une tâche à une autre.
- ✓ Un **manque d'autonomie** : a du mal à s'habiller seul après 6 ans, a du mal à se repérer dans le temps et l'espace, parfois maladresse gestuelle faisant suspecter une dyspraxie.
- ✓ Des **difficultés d'apprentissage** scolaire (lecture, écriture, calcul, difficulté de mémorisation des leçons)
- ✓ Des **difficultés d'attention** (avec ou sans hyperactivité)
- ✓ Un **retard de langage** et /ou des **difficultés de compréhension**, mutisme sélectif ou total.
- ✓ Un **développement atypique**: enfant souvent décalé, qui présente des particularités intellectuelles faisant suspecter un HPI ou au contraire une déficience intellectuelle
- ✓ Des **difficultés de communication** et de **socialisation** peuvent faire évoquer des TSA

En conclusion, l'évaluation doit être recommandée **en présence d'éventuelles dysfonctions** ayant des répercussions sur la façon de penser, la façon d'agir et les capacités d'apprendre de l'enfant, idéalement dès l'âge de 4 - 5 ans.

• Dans quel but ?

Trop souvent le **bilan d'évaluation globale** pratiqué par le **psychologue** ou **neuropsychologue** est uniquement associé à la **recherche d'un QI !**

Cela ne devrait pas être le cas. Certes le QI est important à connaître car **l'efficacité intellectuelle doit être connue** avant tout diagnostic de troubles neurodéveloppementaux (un manque excessif d'attention peut provenir d'une déficience intellectuelle par exemple à éliminer avant tout diagnostic de TDAH), mais elle n'est **pas suffisante** et n'est **qu'une partie du bilan**.

- ✓ Le bilan sert à **détecter** tout d'abord des **causes psychoaffectives** ou **psychosociales** qui pourraient déjà expliquer les difficultés de l'enfant.
- ✓ Il permet ensuite par **l'observation clinique** pendant les entretiens et pendant la passation des tests de déceler quels **mécanismes** l'enfant met en oeuvre quand il exécute une tâche, quand il se trouve avec d'autres : manque de confiance, émotivité excessive, anxiété ...
- ✓ Il permet de juger de la **motivation**, de la **qualité de l'attention**, de la **concentration**, du **sens de l'effort** ...
- ✓ Il permet aussi de mettre en exergue les **points forts** et les **points faibles** de l'enfant. Les connaître peut aider l'enfant dans ses apprentissages.

- ✓ Il permet de suspecter certains « **dys** » : trouble du langage, logico-mathématique, trouble dans les aptitudes spatiales, troubles du graphisme etc

Le but de ce bilan est de faire du **dépistage précoce**, afin de prévenir les conséquences néfastes de ces dysfonctions, de minimiser leurs impacts sur la vie de l'enfant, et enfin de les analyser et les comprendre afin de lui proposer un traitement approprié.

ET D'ORIENTER ALORS L'ENFANT VERS LES PROFESSIONNELS ADEQUATS en traitant l'enfant dans sa globalité.

• Déroulement du bilan

1. **Entretien préalable** avec les parents et l'enfant, pour **connaître l'enfant, repérer son symptôme** et **l'objet du bilan, choisir les tests** appropriés à l'expertise.
2. Puis le **bilan** proprement dit à l'aide de **tests** permet de **mieux comprendre** les **causes réelles** des **difficultés** rencontrées par l'enfant dans la société, au sein de sa famille et/ou à l'école et d'établir un **diagnostic**, de documenter une plainte émanant des parents et/ ou de l'école, de déterminer le retentissement cognitivo-comportemental de la pathologie ou de la particularité décelée, **d'établir un projet de soin individualisé** par le biais **d'aménagements** à l'école comme à la maison et de **suivis** et **rééducations** adaptées ainsi que par un éventuel **traitement médicamenteux**.
3. Le bilan est toujours suivi d'une **consultation de restitution**, où les **résultats des tests** et les **mesures de remédiation** envisagées sont expliquées et proposées aux parents (et à l'enfant s'il est assez grand) afin de mettre en place un **plan d'intervention individuel et personnalisé**, adapté aux besoins de

l'enfant selon la nature et la gravité de son trouble.

Les enfants sont très rassurés par la notion d'équipe, à partir de l'âge de 5 ou 6 ans, le fait de leur dire : « tu sais, tu as autour de toi une équipe de personnes qui sont là pour t'aider » les rassure, et quand ils sont un peu plus grands, et qu'ils aiment le sport, leur dire qu'ils jouent dans la même équipe que leurs parents, la maîtresse, la psy, le médecin, et que nous allons gagner, et « vaincre l'équipe des problèmes » est une image qui les rassure beaucoup.

• Que dire ensuite aux enfants en cas de troubles ou caractéristiques neurodéveloppementaux (voir « pour aller plus loin »)

- ✓ Ton trouble n'est pas le signe d'un défaut d'intelligence ou que tu ne travailles pas assez.
- ✓ Ton trouble, c'est comme un petit grain de sable qui vient ralentir le mécanisme de ton cerveau nécessaire aux apprentissages mais il y a des solutions pour qu'il ne te gêne plus, Des professionnels sont là pour t'aider à trouver des solutions.
- ✓ Ne te compare pas aux autres, et fais toi confiance, beaucoup de gens célèbres ont un trouble, eux aussi, et si tu ne te décourages pas et que tu poursuis ta rééducation, tu pourras réussir comme eux.

• Que dire à leurs parents ?

- ✓ Que ces troubles ou caractéristiques ne sont pas une fatalité, ni un défaut d'éducation ni une incompétence de l'enseignant et que des solutions existent.

(nous avons souvent des mamans qui pleurent même à l'annonce d'un haut potentiel, pensant que leur enfant ne sera pas heureux)

- ✓ Que la plupart des troubles neurodéveloppementaux sont compatibles, dans la majorité des cas, avec un parcours scolaire puis éventuellement universitaire normal, sous réserve de quelques aménagements pédagogiques ciblés et personnalisés.
- ✓ Que des professionnels sont là pour les aider ainsi que les associations de parents, via leur site Internet ou leurs représentants locaux. Elles peuvent constituer un pôle ressources et une aide précieuse pour les parents en recherche d'informations, de soutien ou de conseils utiles.

• Obstacles rencontrés et limites

- Lorsqu'un bilan général est proposé, nombre de **parents sont dubitatifs**, surtout ceux qui ont déjà fait subir à leurs enfants des **rééducations inefficaces car inappropriées**. La difficulté est de les convaincre du bien-fondé de notre démarche. Parfois il leur faut...plusieurs mois pour revenir vers nous.
- D'autres parents se satisfont du résultat brut des tests d'évaluation, et ne comprennent pas **l'intérêt de la consultation de restitution**, qui nous paraît pourtant très importante car elle conditionne la prise en charge ultérieure et donc les progrès de l'enfant. Au sein de notre cabinet, la plupart des parents acceptent cette consultation.
- Les parents peuvent avoir peur des « **étiquettes** » : effectivement faire attention aux étiquettes qui risquent de toujours suivre l'enfant... notamment concernant la déficience intellectuelle.
- Certains parents et enseignants considèrent qu'il s'agit d'un **phénomène de mode** qui consiste à faire tester les enfants sans trouble réel, simplement pour pouvoir dire qu'ils sont HP. Or encore une fois le bilan ne sert pas qu'à déterminer un

chiffre de QI mais il permet toujours de repérer des points intéressants pour la suite.

De plus la prévalence des caractéristiques, notamment du haut potentiel, est toujours sensiblement la même.

- Un grand nombre **d'enseignants ne sont pas formés** (ou disent ne pas avoir le temps de se former) à cette problématique, ont bien conscience que l'enfant a un souci scolaire ou psychologique, mais orientent « par défaut », en tout cas en fonction de ce qu'ils connaissent, vers l'orthophoniste ou le psychomotricien par exemple. (Nous pouvons « récupérer » des enfants qui ont passé 3 ans chez un orthophoniste sans qu'un TDAH ne soit détecté en l'absence de bilan général)
- Parfois, dans le but de **faire des économies**, le bilan psychologique est réalisé par le **psychologue scolaire**. Sans remettre évidemment la compétence des psychologues scolaires qui sont formés à ces bilans et comprenant également l'impossibilité pour certains parents de payer ces bilans, leur temps limité ne leur permet pas d'y passer **suffisamment de temps** et les **compte-rendus très succincts** sont difficilement exploitables. De plus, le psychologue scolaire est « **juge et partie** », et donc ces bilans manquent d'objectivité.

Il faut noter aussi que les psychologues scolaires sont obligés **d'informer les parents** des tests qu'ils souhaitent faire passer à l'enfant, ce qui engage une partie de leur vie car ces tests ne peuvent pas être repassés avant 2 ans, mais beaucoup mettent les **parents devant le fait accompli** et ceux-ci n'ont alors plus la possibilité de **choisir la personne** faisant le bilan de leur enfant.

Encore une fois l'observation de l'enfant pendant la passation est primordiale et un

bilan déjà réalisé quelqu'un d'autre peut ne pas nous être utile.

- D'autres enseignants considèrent **trop lourds les aménagements proposés** en affichant la volonté de ne pas vouloir stigmatiser ces enfants pourtant différents (il nous est arrivé de devoir demander l'aide d'une AVS par le biais d'un dossier MDPH pour des enfants HP), d'autres encore nous disent **manquer de temps** ou de **formation** pour s'occuper spécifiquement de ces enfants « différents » et préfèrent consacrer leur énergie à leurs autres élèves. Pourtant, nous pensons il vaut mieux passer une heure à mettre des aménagements en place et avoir plus de sérénité dans la classe.

En réalité les aménagements proposés sont rarement « lourds » et leur font plutôt gagner du temps.

De plus les élèves intellectuellement précoces (EIP) par exemple font partie des élèves à besoins éducatifs particuliers. Le code de l'éducation prévoit dans son article L.321-4 que « des aménagements appropriés doivent être mis en œuvre afin de leur permettre de développer pleinement leurs potentialités ».

- Autre limite : les parents à qui l'on ne dit pas ce qu'ils ont **envie d'entendre** et qui ne reviennent pas après le premier RV ! Heureusement ils sont peu nombreux. Ou bien qui refusent de se **remettre en cause** ou de traiter **leurs propres soucis**.
- Parfois, les parents ne veulent pas **révéler à l'école** que leur enfant est un enfant HP ou TDAH, pour ne pas qu'il soit considéré comme différent par l'école, ce qui **entrave la mise en place des fameux aménagements** en milieu scolaire.

- Enfin, même si de plus en plus de **mutuelles** remboursent les consultations psychologiques, le budget pour effectuer ces bilans effraie souvent les parents. En

ce qui nous concerne et contrairement à certains cabinets qui proposent d'emblée un bilan complet, nous ne proposons que ce qui nous semble utile, par étapes, avec des tarifs raisonnables.

5. La spécificité de « Potentiels »

- Nous partageons cette **préoccupation** que vous avez à l'égard de vos patients, et pour les enseignants de vos élèves, et la préoccupation des parents, et ayant constaté tous les **dysfonctionnements** et **obstacles** exposés précédemment nous avons eu envie de lutter contre et de créer cette structure pluridisciplinaire.
- Notre **objectif essentiel**, comme toujours en pédiatrie, est le **dépistage précoce**, car chaque année scolaire ou de difficultés familiales « perdue » est vécue très douloureusement par l'enfant concerné et par ses proches.
- Nous souhaitons par des **bilan d'évaluation adaptés** trouver la **cause** des difficultés pour que ne soient pas traitées de façon inefficace ou incomplète uniquement les conséquences.
- Notre spécificité est de ne **pas s'arrêter au diagnostic** mais d'insister sur la **mise en place d'aménagements**, sur le **suivi** des parents et des enfants après le bilan.
- Indépendamment des **consultations** de **pédiatrie**, de **suivi psychologique**, de **gestion mentale**, de **coaching parents/enfants**, de **graphothérapie** que nous pouvons proposer, nous fournissons des **documents d'aide adaptés**, nous nous mettons en **contact avec l'établissement scolaire**, nous allons au besoin aux **réunions avec l'équipe pédagogique...**
- Nous prenons évidemment en charge **tous les enfants** quelque soit la difficulté présente mais nous nous sommes **spécialisés** dans le diagnostic et le suivi des enfants à **haut potentiel** et **TDH**

6. Aller plus loin : les troubles du neurodéveloppement, les « DYS », quand consulter qui ?

➔ Définition des TROUBLES du NEURODEVELOPPEMENT

D'après le DSM, (classification américaine des troubles mentaux qui existe depuis 60 ans) :

« Le neurodéveloppement recouvre l'ensemble des mécanismes qui, dès le plus jeune âge, et même avant la naissance, structurent la mise en place des réseaux du cerveau impliqués

dans la motricité, la vision, l'audition, le langage ou les interactions sociales.

Quand le fonctionnement d'un ou plusieurs de ces réseaux est altéré, certains troubles peuvent apparaître : troubles du langage, troubles des apprentissages, difficultés à communiquer ou à interagir avec l'entourage ».

Mais le DSM regroupe des symptômes en catégories d'après des ressemblances sémiologiques ou d'atteintes de grandes fonctions, en prenant appui sur les comportements observés, donc selon une analyse seulement descriptive comportementale :

- Les troubles regroupés par ressemblance symptomatique peuvent donc recouvrir des entités différentes des points de vue physiologique ou physique, psychologique ou psycho pathologique et étiopathogénique.
- De la même façon qu'en médecine, un symptôme (ex : fièvre, céphalées, vomissements) ou un syndrome (association non fortuite de symptômes, ex : syndrome méningé) ne signent pas une maladie.

Selon certains pédopsychiatres français, axer ainsi les phénomènes tend à mettre de côté les rôles des contextes relationnels, psychologiques et affectifs, socio-économico-culturo-historiques dans le développement humain.

L'intrication des différents facteurs est pourtant inextricable et joue pour chaque individu à des degrés divers : c'est ainsi que la pédopsychiatrie repose traditionnellement sur son fameux « trépied psycho-bio-social ». Et donc DSM privilégie la dimension « biologique » du neuro-développement au détriment des autres.

Chaque enfant est un être en construction unique et se développe à sa propre manière. Il joue un rôle actif dans son propre développement en interagissant avec son environnement, qui lui fournit des stimulations nécessaires pour nourrir son cerveau. Il est important que l'environnement soit adapté à l'énergie et à la maturation de l'enfant.

Les premiers 1 000 jours du développement, de la grossesse à 2 ans, sont particulièrement importants car ils correspondent à la période

de foisonnement développemental du cerveau. Pendant cette période, le cerveau est plus sensible à l'influence environnementale et les impacts à long terme sont significatifs. Il est donc essentiel de mettre l'accent sur le développement précoce et de soutenir et surtout stimuler l'enfant dès les premiers mois et les premières années de sa vie, car 70 à 75 % des synapses sont fixées à l'âge de deux ans, et donc la plasticité cérébrale diminue après cet âge..

Le neurodéveloppement est l'organisation des réseaux de neurones qui soutiennent nos fonctions cognitives et motrices. Il englobe les fonctions sensorimotrices, socio-émotionnelles et cognitives.

Sur le plan physiopathologique, les réseaux neuronaux sont composés de neurones connectés par des synapses, et l'information passe d'un neurone à l'autre par des neurotransmetteurs. Les cellules cérébrales comprennent les neurones, les astrocytes qui sont des cellules de soutien, les oligodendrocytes et la microglie, qui jouent des rôles importants dans le développement et le fonctionnement du cerveau.

La microglie, en particulier, joue un rôle clé dans le neurodéveloppement en phagocytant les neurones inactifs ou redondants. Elle peut être activée de manière excessive dans certaines maladies, notamment après une inflammation, et entraîner alors des anomalies de la construction cérébrale et du neurodéveloppement.

Le développement de l'enfant est un processus complexe et interconnecté. Des étapes manquées ou perturbées peuvent avoir un impact sur les autres étapes, de la même façon qu'une seule brique mal posée dans la construction d'un mur va impacter l'aspect et la solidité du mur. Il est donc essentiel de corriger, d'adapter et d'aider les enfants à traverser ces étapes de développement.

Les interactions sécurisantes et satisfaisantes

avec les parents sont également essentielles pour permettre à l'enfant d'explorer et de se développer. Il est donc important de prendre en compte l'état psychologique des parents lors des examens. Il est important de dépister ces troubles tôt pour améliorer la qualité de vie des personnes concernées et réduire les coûts de prise en charge. Les troubles du neurodéveloppement sont un spectre, un continuum qui peuvent toucher des zones cérébrales distinctes et donner des expressions cliniques très variées.

Il existe aussi des périodes sensibles du développement, où le cerveau est très plastique et où l'acquisition de fonctions est facilitée. Ces périodes sensibles, de courte durée, varient selon les fonctions et se « referment » une fois que la fonction est acquise. Il est donc important de repérer les troubles dès le plus jeune âge et de consulter un médecin pour intervenir précocement, idéalement lorsque la plasticité cérébrale est encore effective.



Les facteurs épigénétiques, c'est à dire environnementaux, ont aussi une grande influence sur le neurodéveloppement. Ces facteurs environnementaux influent sur l'expressivité des gènes et donc impacter le neurodéveloppement, notamment les écrans peuvent déprimer les gènes protecteurs de l'autisme, mais aussi d'autres facteurs bien connus comme les carences de soins, les carences alimentaires, certaines maladies infectieuses ou inflammatoires, la dépression

maternelle, les milieux défavorisés, les polluants subis par la maman pendant la grossesse (médicaments, particules fines de diesel et pesticides) sont des facteurs favorisant les troubles du neurodéveloppement.

Mais il y a aussi, et heureusement, des facteurs épigénétiques favorables au neurodéveloppement, comme par exemple les interactions positives entre un parent et un enfant, ainsi que l'attention portée à l'enfant,

qui peuvent et vont favoriser un développement sain.

En pratique, les « troubles neurodéveloppementaux » globaux ou spécifiques comportent :

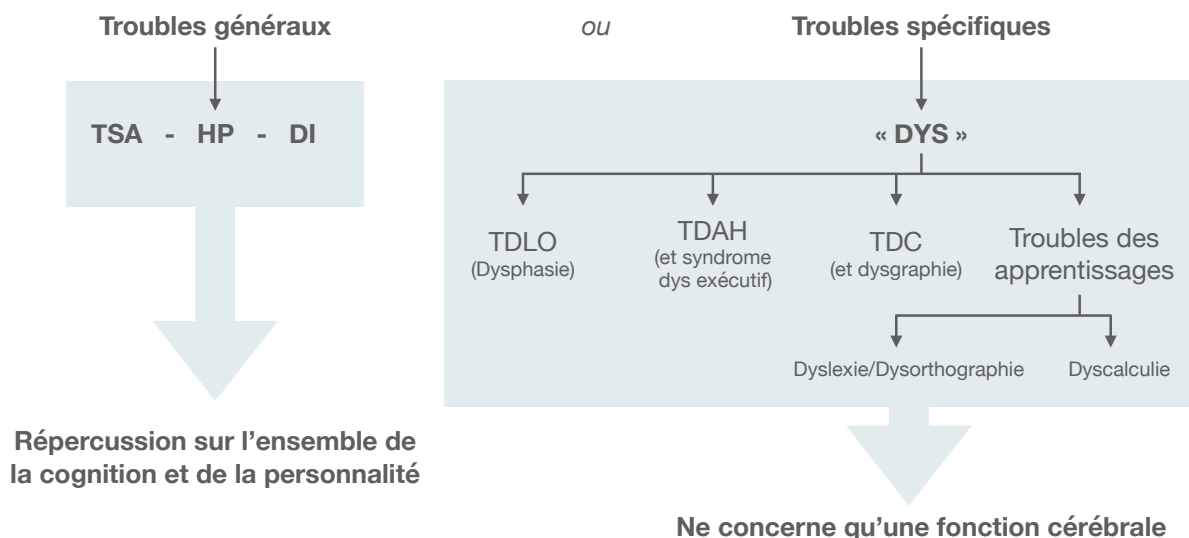
- Les déficiences intellectuelles (DI) (2% de la population)
- Les troubles de la communication (comprenant les difficultés de parole et langage, dont le bégaiement) (2%)
- Les troubles du spectre autistique (TSA) (1 à 3%)
- Le déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), (5%)
- Les troubles spécifiques des apprentissages (5 à 15%), (les fameux « dys »)

- Les troubles moteurs, dont les tics (3-4 %) et troubles de la coordination (5-6 %)
- Les « autres troubles neurodéveloppementaux spécifiés et non spécifiés », difficiles à classer.

Enfin, les enfants HPI ne sont pas considérés comme étant la conséquence d'un trouble du neurodéveloppement, mais d'une particularité neuro développementale entraînant une neuroatypie.

Ces troubles neurodéveloppementaux (TDN) forment donc une grande partie des problématiques dont la pédopsychiatrie partage traditionnellement la charge avec d'autres acteurs du domaine médico-social et sanitaire, **et devrait la partager bien davantage avec l'école.**

Troubles ou spécificités du neurodéveloppement



Sachant que l'on ne peut diagnostiquer un trouble spécifique comme un TDAH par exemple si déficience intellectuelle, trouble psychoaffectif ou trouble psychosocial

D'où la nécessité d'un bilan général préalable

TDC : Trouble développemental de la coordination

Le syndrome dysexécutif crée des difficultés d'organisation et de planification. Classer, hiérarchiser, faire le tri dans des informations, dans leurs idées, est souvent un véritable défi. Le comportement aussi peut être impacté par ce syndrome. L'impulsivité est souvent un point commun aux personnes dysexécutives.

➔ **Les « DYS », appelés aussi troubles spécifiques des apprentissages**

Un mot sur ces « dys », il s'agit donc de troubles cognitifs spécifiques, dus à une dysfonction de zones du cerveau distinctes.

Ces troubles cognitifs spécifiques (d'une fonction) apparaissent au cours du développement de l'enfant et persistent souvent à l'âge adulte : Ils ont des répercussions sur la vie familiale et scolaire, sur les apprentissages, puis sur la vie professionnelle, et peuvent être à l'origine d'un déséquilibre psychoaffectif à l'adolescence et à l'âge adulte.

Certains de ces troubles affectent les apprentissages précoces (langage oral, motricité), d'autres plus spécifiquement les apprentissages scolaires (langage écrit, orthographe, calcul) et sont appelés troubles spécifiques des apprentissages.

Ils sont innés la plupart du temps, mais parfois acquis dans certaines situations (traumas crâniens sévères, tumeurs cérébrales)

Pour parler de trouble, il faut que la difficulté persiste au delà de 6 mois et ne s'arrange pas sans aide spécifique.

Fréquence:

En France on parle de 6 à 8% de troubles « dys », mais plus d'un quart des élèves de primaire ont eu, ont, ou auront de la

rééducation orthophonique ou psychomotrice, ce qui montre bien que les « dys » sont surdiagnostiqués aux dépens d'autres troubles, d'où l'intérêt de faire les choses dans l'ordre et de commencer par un bilan cognitif global.

Les « dys » sont ensuite pris en charge par des praticiens formés à la rééducation spécifique de ces troubles, (surtout orthophonistes, mais aussi psychomotriciens, graphothérapeutes, parfois ergothérapeutes) d'où la nécessité d'un bon diagnostic de départ, par un professionnel de santé bien formé à ces problématiques, et qui pourra au terme d'un interrogatoire minutieux mais aussi d'un examen clinique éliminer ou au contraire suspecter une étiologie médicale, somatique, (par exemple neurologique ou sensorielle) ou psychologique au trouble présenté par l'enfant.

Par exemple, un retard de parole et de langage peut être favorisé par un déficit auditif qui doit idéalement être dépisté et traité avant le début de la rééducation orthophonique: c'est loin d'être toujours le cas.

De la même façon, une dyslexie ne devrait être rééduquée qu'au terme d'un examen ophtalmologique (et éventuellement, sur indication de l'ophtalmologiste, d'un éventuel bilan orthoptique) qui dépistera et traitera une hypermétropie par exemple.

Le bilan orthoptique (et l'éventuelle rééducation orthoptique) doit être préconisé par un ophtalmologiste et ni par un enseignant ou une infirmière scolaire, un orthophoniste ou un graphothérapeute au risque de passer à côté d'une pathologie ophtalmologique.

Nombre de bilans orthoptiques neurovisuels sont conseillés par des orthophonistes et même par des médecins sans passer par la case ophtalmo, ce qui est une totale hérésie, de l'avis même des orthoptistes

Autre exemple de « dys » aux multiples causes possibles: la dysgraphie peut être favorisée par une pathologie ophtalmologique, neurologique, mais aussi par un trouble anxieux.

Enfin, les enfants atteints de ces troubles « dys » peuvent présenter des symptômes communs à d'autres caractéristiques d'enfant: Par exemple, un enfant peut présenter une dyscalculie liée à un trouble d'attention (TDA/H) : Si seule la dyscalculie est rééduquée et le diagnostic de trouble d'attention non pris en compte, l'enfant aura du mal à progresser.

LE RÔLE DU MEDECIN est avant tout d'interroger:

- ✓ Pour rechercher des antécédents familiaux de maladies génétiques ou de neuroatypies.
- ✓ Pour savoir comment se sont passés la grossesse et les premiers mois de l'enfant.
- ✓ Pour évaluer l'éveil psychomoteur de l'enfant et un éventuel retard des acquisitions.
- ✓ Pour éliminer ou mettre en évidence un événement récent familial ou scolaire qui aurait pu impacter la scolarité ou le comportement de l'enfant.
- ✓ Pour se poser la question de son efficacité intellectuelle et de proposer éventuellement un bilan.
- ✓ Pour suspecter un enfant neuroatypique.
- ✓ Pour suspecter ou éliminer une « dys », et donc proposer un bilan et une éventuelle rééducation.
- ✓ Pour éliminer ou suspecter un TSA, afin d'orienter l'enfant vers une structure spécialisée.

Et aussi d'examiner l'enfant:

- ✓ A la recherche d'une maladie génétique pouvant impacter son efficacité intellectuelle, anomalies morphologiques parfois minimes (par exemple X fragile)

- ✓ D'évaluer par des tests physiques rapides son éveil psychomoteur
- ✓ Et de rechercher et traiter une anomalie sensorielle. (déficit visuel ou auditif, mise en évidence d'une amétropie ou d'un problème d'attention visuelle, découverte d'une otite séromuqueuse responsable d'une surdité de transmission pouvant affecter le développement du langage)

Au terme de cette visite, le médecin pourra orienter vers le praticien adéquat afin d'établir un diagnostic plus précis et une prise en charge (ponctuelle ou plus suivie), et qui pourra décider, après un entretien avec les parents et l'enfant, de réaliser un ou plusieurs tests d'évaluation, au terme desquels des aménagements pourront être proposés à l'école et/ou à la maison.

Parfois, lorsque le diagnostic de TDA/H est établi, l'enfant pourra plus tard être redirigé vers le pédiatre pour débiter un éventuel traitement médicamenteux.

Que sont la neuropsychologie et la psychométrie?

C'est la discipline qui étudie les liens entre le fonctionnement du cerveau et la cognition, les émotions, et le comportement, et donc étudie les déficits cognitifs, troubles émotionnels et troubles du comportement, **le plus souvent à l'aide de tests**

Le praticien spécialisé a 2 missions:

1/ Le diagnostic (identification et analyse du déficit, retentissement au quotidien)

2/ La prise en charge (rééducation, mécanismes de compensation, information de la famille, réinsertion ou aménagements scolaires)

➡ Quand demander quoi ?

1. Un bilan orthophonique

Après un bilan général en cas de retard ou difficultés durables dans la progression de l'acquisition de la lecture, de l'orthographe, du calcul, d'autant plus que l'enfant a déjà eu un retard ou des troubles du langage oral en maternelle,
Suspicion de dyslexie, dysorthographe, dyscalculie.

Il fait l'objet d'une prescription médicale : le médecin recevra le compte rendu écrit mentionnant les tests utilisés et les résultats, les objectifs et le projet thérapeutique.

2. Un bilan psychomoteur

Suspicion de dyspraxie.
Retard ou troubles de l'acquisition du schéma corporel, de la latéralisation, de l'orientation dans l'espace et le temps. Maladresse motrice mais également préférable après un bilan général

3. Un avis neuropédiatrique

Les neuropédiatres demandant souvent une évaluation cognitive, la faire au préalable en cas de suspicion de déficience mentale.
Examen neurologique faisant évoquer une pathologie neurologique ou neuro- musculaire.
Anomalie du développement du périmètre crânien.
Antécédents de souffrance néonatale ou de pathologie neurologique. Suspicion de Trouble Déficitaire d'Attention/Hyperactivité.
Suspicion de TSA, Trouble complexe des apprentissages.

4. Un examen psychologique comprenant des tests d'intelligence et/ou des tests de personnalité : Difficultés somptomente, scolaire, relationnelle dont la cause est non identifiée. Trouble spécifique ou global des apprentissages.

Suspicion de déficience mentale ou de développement intellectuel anormalement précoce. Tout symptôme ou comportement pouvant exprimer la souffrance psychologique de l'enfant.

5. Un avis pédopsychiatrique

Suspicion de trouble du développement de la personnalité, de trouble psychotique, de trouble de l'humeur ou de trouble envahissant du développement. Dysfonctionnements familiaux majeurs, symptômes et/ou comportements entraînant souffrance de l'enfant et/ou de la famille.
Échec en rupture avec le fonctionnement antérieur.

6. Un examen ORL

Doute sur la qualité de l'audition.
Otites à répétition. Otite séreuse bilatérale
Troubles de l'acquisition du langage oral.

7. Un examen ophtalmologique

Mauvaise position pour lire. Difficultés pour lire de loin. Céphalées en fin de journée.
Baisse de l'acuité visuelle. Difficultés de fixation et d'attention visuelle. De toutes façon nécessité de visite avant le CP et systématiques ensuite tous les ans puis tous les 2 ans.

CONCLUSION

C'est notamment pour contourner tous ces obstacles que nous organisons des réunions comme celle d'aujourd'hui, dans le but de vous donner une information objective que vous pourrez répercuter à vos confrères qui s'occupent d'enfants ou à vos collègues enseignants.

Par ailleurs au cours de la consultation pédiatrique, **le temps consacré à expliquer tout cela aux parents** est notre meilleur allié, d'où le fait de pouvoir parler de tout cela au cours des visites systématiques, et non pas dans un contexte d'urgence.

Les rééducations ne commencent dans la majorité des cas qu'après l'âge de 3 ans,

(après les périodes sensibles de plasticité cérébrale), et donc il ne s'agit pas de créer d'autres réseaux neuronaux, mais de se servir d'autres circuits neuronaux, et idéalement, afin d'optimiser les rééducations (orthophonique par exemple), **un bilan global** permettra d'apprécier les compétences psycho affectives et socio émotionnelles de l'enfant.

La précocité du dépistage et de la prise en charge sont donc essentiels à la fois pour l'enfant, ses parents et son entourage, les enseignants, et, en matière de coût, à la société en général.



www.potentiels.net

Contacts:

Eric SABAN:	ericsaban_potentiels@icloud.com
Sylvaine SABOT:	sya.blit@me.com
Sarah CHETRIT:	chetrit@hotmail.com