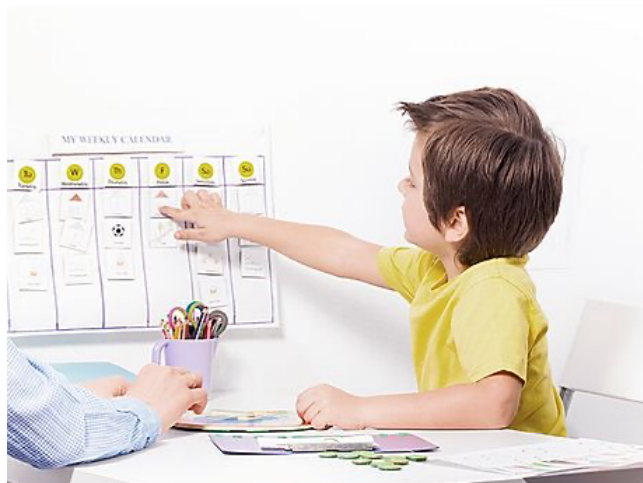


Troubles d'apprentissages révélateurs de troubles cognitifs

(par E. Saban)



Démarche diagnostique: L'interrogatoire de l'enfant et de son entourage est primordial. Il faut préciser:

- À partir de quel niveau scolaire (quelle classe) et depuis combien de temps les difficultés ont été repérées.
- Quel domaine de l'apprentissage est plus particulièrement concerné: Lecture ,écriture, mathématiques voire l'ensemble des apprentissages.
- Surtout, et c'est ce qui représente le plus de temps au cours de cette consultation, le pédiatre devra se renseigner sur les conditions d'apprentissage. En effet, pour apprendre correctement, Il faut :
 1. Un équipement neurosensoriel fonctionnel, autrement dit il faut que l'audition et la vision soient normales (ou peu perturbées) Si un trouble sensoriel (surdité ou du moins déficit auditif, astigmatisme, myopie ou au contraire hypermétropie) est d epist e, Il faut le prendre en charge de manière précoce et adaptée avec en premier lieu une audiométrie et/ou une consultation ophtalmologique avec un praticien qui a l'habitude des enfants. Après le dépistage vient la correction d'un déficit auditif éventuel par l'ORL (traitement médical et éventuellement chirurgical par pose d'aérateurs transtympaniques) et/ou d'un déficit visuel par une prescription d'une

correction optique par l'ophtalmologiste.

Tout cela peut paraître évident mais en pratique nous voyons nombre d'enfants qui stagnent avec une aide instrumentale pourtant adaptée (orthophonie par exemple) parce que personne ne s'était aperçu de leur déficit visuel (ou auditif).

2. Un environnement familial favorable : Un trop grand nombre de difficultés d'apprentissage surviennent dans un contexte de mauvaises conditions psycho affectives (enfants victimes de sévices ou de n eglige ce) par l'entourage familial ou évoluant dans un milieu social d efavoris e dans un contexte de chômage et de logement insalubre, avec un absentéisme scolaire important.
3. Une histoire médicale ne constituant pas un obstacle aux apprentissages :

Il faut dans tous les cas se renseigner sur: **le déroulement de la grossesse**, avec parfois un f etus expos e à des facteurs d'environnement néfastes pour le développement c erebral, (facteurs infectieux ou toxiques : Tabac, alcool drogue). Y a-t-il eu un **retard de croissance intra-utérin** (RCIU) et si oui une ou plusieurs causes ont elles pu être identifiées? Y a-t-il eu une **naissance prématurée** et si oui quel a été le développement psychomoteur de l'enfant? A-t-il eu des complications neurologiques sa prématurité avec des

conséquences sur le langage, la motricité, la compréhension... Quelle a été l'**adaptation à la vie extra-utérine**? (Score d'Apgar)

Il faut également repérer les antécédents médicaux ou chirurgicaux ayant pu interférer avec la croissance mais ayant surtout pu freiner le développement psychomoteur de l'enfant (Maladie chronique et/ou invalidante, asthme sévère, ou diabète par exemple)

Il faudra noter où se situe l'enfant par rapport aux normes de développement pour l'âge, en sachant que s'il stagne ou qu'il régresse, il faudra envisager une consultation neuropédiatrique rapide.

L'examen clinique reste indispensable face à la plainte vis-à-vis des apprentissages, avec la mesure du périmètre crânien et mieux, la courbe de PC afin d'apprécier le développement cérébral de l'enfant. (il existe en effet une corrélation entre la microcéphalie et le pronostic cognitif). Outre la vérification de l'acuité visuelle et de la recherche d'une otite séreuse bilatérale (qui pourra orienter vers une audiométrie), l'examen clinique pourra découvrir des signes en faveur d'une maladie génétique (morphologie particulière des « X fragile », taches « café au lait » pouvant orienter vers une neurofibromatose, ou une pathologie acquise (dysmorphie du syndrome d'alcoolisation foetale)

Au terme de cette démarche **systématique**, on pourra envisager 4 situations:

1. Trouble d'apprentissage **secondaire à une pathologie médicale identifiée** (exemple: séquelles neurocognitives d'une grande prématurité, ou bien maladie génétique). Dans ce cas, l'enfant présente la plupart du temps une déficience intellectuelle qui le freine dans toutes ses acquisitions, et le retard psychomoteur s'est installé dès les premiers mois de vie, (même si parfois le diagnostic n'a été établi que tardivement).
2. Trouble d'apprentissage **secondaire à une pathologie psychiatrique identifiée**.¹ (Syndrome dépressif, troubles psychotiques, conséquences psychologiques d'une carence affective sévère ou d'une maltraitance)

3. Trouble d'apprentissage **secondaire à un environnement familial défavorable**.
4. Enfin, difficultés d'apprentissage **révélatrices d'un déficit cognitif** : Ce sont les fameuses « Dys », qui sont la conséquence de déficits cognitifs indépendants, spécifiques, chaque déficit dépendant de réseaux neuronaux distincts pour chacun des processus.

CONCLUSION:

D'après la littérature sur le sujet, on peut estimer que sur les 16 à 25 % d'élèves en situation de trouble des apprentissages scolaires, 10% des difficultés sont purement environnementales, 2 à 3% de ces élèves présentent une déficience intellectuelle, et 5 à 10% **un trouble spécifique de l'apprentissage**, qui survient de façon inattendue par rapport à de réelles capacités cognitives.

Les enfants trop facilement qualifiés de « Dys » ne représentent donc qu'une partie de ceux qui ont du mal à apprendre.

Les troubles « Dys » englobent non seulement les troubles spécifiques de l'apprentissage (Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dysgraphie), mais aussi les troubles spécifiques du développement du langage oral (TSLO ou dysphasie de développement) et de la coordination motrice (Dyspraxie) , ainsi que le trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité. 1/3 des enfants HP sont aussi en situation d'échec scolaire.

Dans ces cas de « dys », le déficit cognitif est mis en évidence (déficit des processus phonologiques et/ou visuo-attentionnels dans la dyslexie-dysorthographe, déficit du sens du nombre dans la dyscalculie, déficit en mémoire, déficit en attention), ce qui permettra à l'enfant de bénéficier d'une **prise en charge ciblée** et adaptée à la rééducation de son trouble spécifique.

La démarche du pédiatre doit être rigoureuse, et l'interrogatoire primordial afin de faire le bon diagnostic et de proposer la prise en charge la mieux adaptée à l'enfant et à son trouble, diminuant le risque d'« erreur d'aiguillage » vers une rééducation inappropriée, ce qui se voit encore malheureusement souvent en pratique de ville.

¹ Fera l'objet d'un autre article.