

Le diagnostic des Troubles du Neuro-Développement en pratique clinique



L'histoire du soir

En rêve

2 mns il dort

zzzzzzzz...



En réalité

20 mns après...

« Encore une page,
encore une page ! »



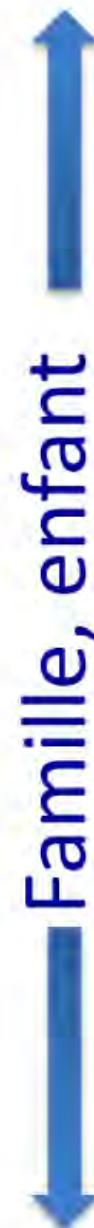
Introduction



- CMP-CATTP-HDJ
- CMPP
- CAMSP
- PMI
- PCO...

Introduction

Figure 1. Organigramme des lignes de suivi



Plateformes de coordination et d'orientation TSA/TND

PREMIÈRE LIGNE

- Médecins qui assurent le suivi habituel de l'enfant : médecins généralistes ou pédiatres libéraux
- Médecins de réseaux de périnatalité, PMI, scolaires

Consultation simple de repérage des signes d'alerte*

DEUXIÈME LIGNE

Médecins référents pour le suivi des TND : pédiatres libéraux ou médecins de PMI

- Médecins de réseaux de suivi (périnatal ou pédiatrique)
- Professionnels libéraux coordonnés entre eux par un médecin
- Équipes pluridisciplinaires spécialisées : CAMSP, CMP, CMPP avec formation spécifique aux TND

Consultation spécialisée en neuro-développement

TROISIÈME LIGNE

Centre de référence, constitué d'équipes pluridisciplinaires de consultation

Neuropédiatre, pédopsychiatre, médecine physique et réadaptation

Consultation d'expertise

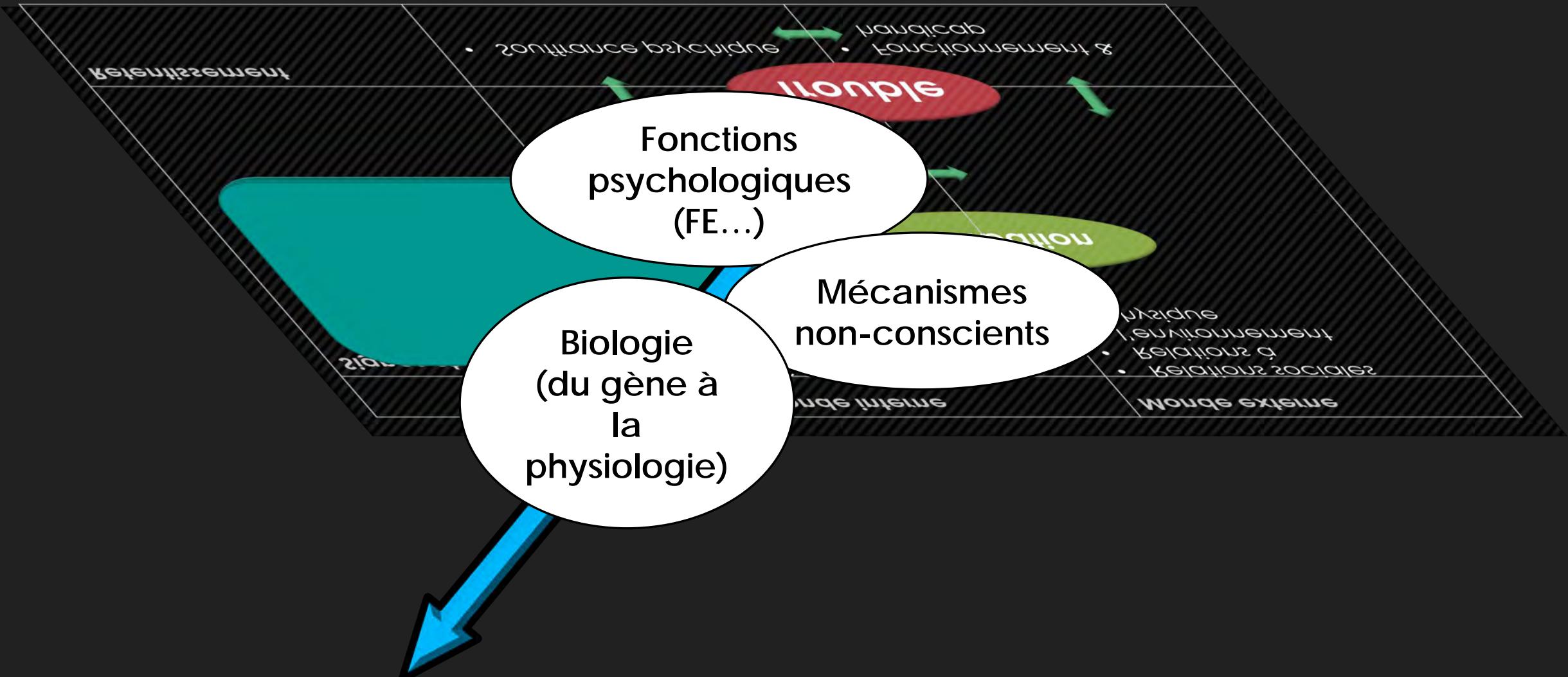
Plan

- Les TNDs au sein des troubles psychiatriques
- Les TNDS: repérer et orienter
- Le TSA: repérer et orienter
- Les troubles d'apprentissage: repérer et orienter
- Le TDAH: repérer et orienter

Les TNDs au sein des troubles pédopsychiatriques

	Monde interne	Monde externe
Signes et symptômes	<ul style="list-style-type: none"> Cognitions <p>L'ensemble des processus mentaux qui se rapportent à la fonction de connaissance et mettent en jeu la mémoire, le langage, le raisonnement, l'apprentissage, l'intelligence, la résolution de problèmes, la prise de décision, la perception ou l'attention</p>	<ul style="list-style-type: none"> Relations sociales Relations à l'environnement physique  <p>Sven Bölte et al.</p>
Retentissement	<ul style="list-style-type: none"> Emotions <p>Souffrance psychique</p>	<p>Perturbation</p> <p>Trouble</p> <ul style="list-style-type: none"> Fonctionnement & handicap <p>Profils cliniques</p> <p>Profils de retentissement</p>

	Monde interne	Monde externe
Signes et symptômes	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitions <p>L'ensemble des processus mentaux qui se rapportent à la fonction de connaissance et mettent en jeu la mémoire, le langage, le raisonnement, l'apprentissage, l'intelligence, la résolution de problèmes, la prise de décision, la perception ou l'attention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relations sociales • Relations à l'environnement physique
Retentissement	<ul style="list-style-type: none"> • Emotions 	<p>The diagram features two central ovals: a light green oval labeled "Perturbation" at the top and a red oval labeled "Trouble" at the bottom. A vertical white line separates the "Monde interne" from the "Monde externe". Double-headed green arrows connect the "Perturbation" oval to the "Monde externe" and the "Trouble" oval to the "Monde interne". The "Trouble" oval also has double-headed green arrows connecting it to the "Perturbation" oval and the "Retentissement" row below.</p>



Les troubles du neurodéveloppement (TND)

Troubles du neurodéveloppement

Trouble Déficit de l'attention - hyperactivité (TDAH)

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Trouble du développement intellectuel (TDI)

Troubles spécifiques des apprentissages scolaires :

- dyslexie
- dysorthographie
- dyscalculie

Troubles développemental de la coordination

- Dyspraxies
- Tics..

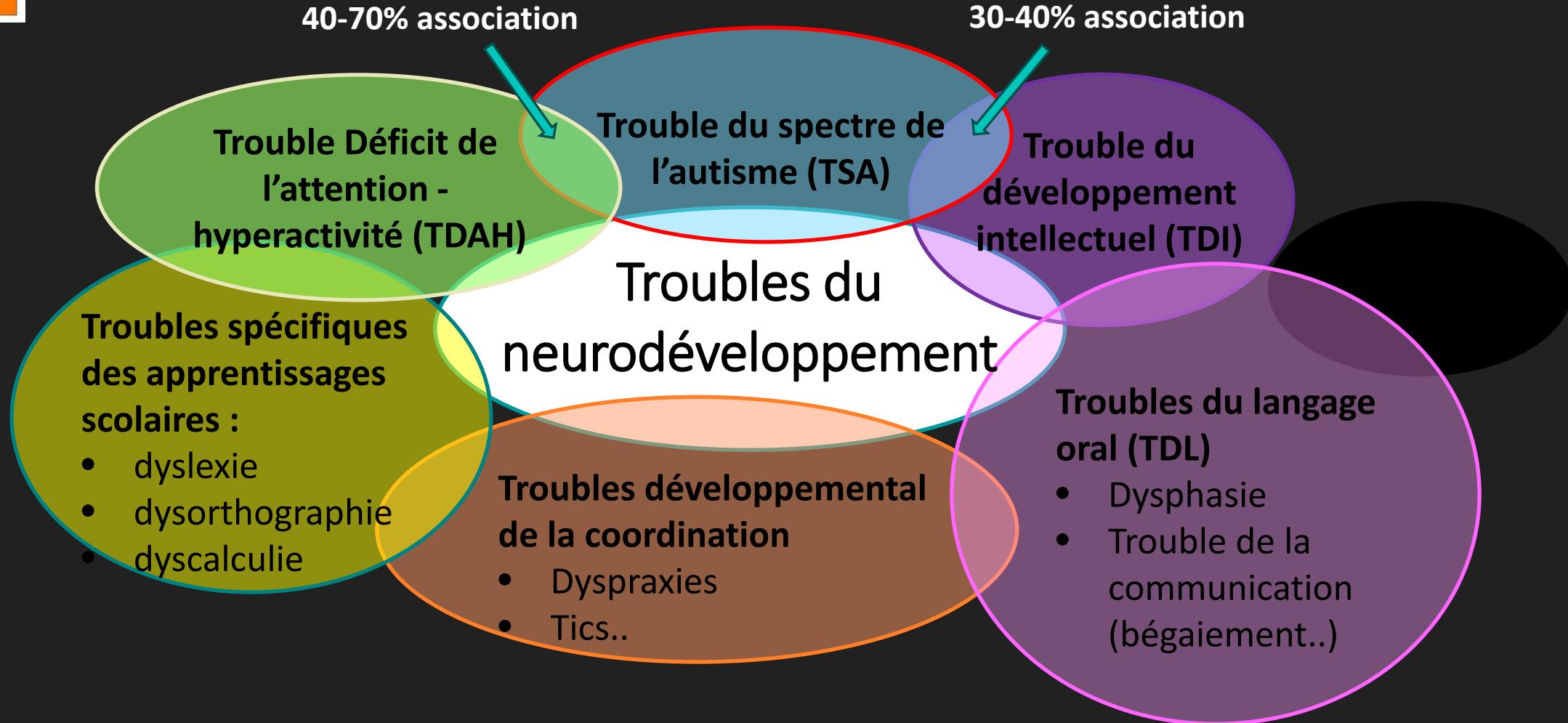
Troubles du langage oral (TDL)

- Dysphasie
- Trouble de la communication (bégaiement..)

Prévalence globale: 1 enfant sur 8

= perturbation du **développement cognitif ou affectif** de l'enfant qui entraîne un **retentissement** important sur le fonctionnement adaptatif scolaire, social et familial

Les troubles du neurodéveloppement (TND)



La comorbidité est la règle et non l'exception parmi les TND

Les troubles du neurodéveloppement (TND)

Troubles du neurodéveloppement

Trouble Déficit de l'attention - hyperactivité (TDAH)

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Trouble du développement intellectuel (TDI)

Troubles spécifiques des apprentissages scolaires :

- dyslexie
- dysorthographie
- dyscalculie

Troubles développemental de la coordination

- Dyspraxies
- Tics..

Troubles du langage oral (TDL)

- Dysphasie
- Trouble de la communication (bégaiement..)

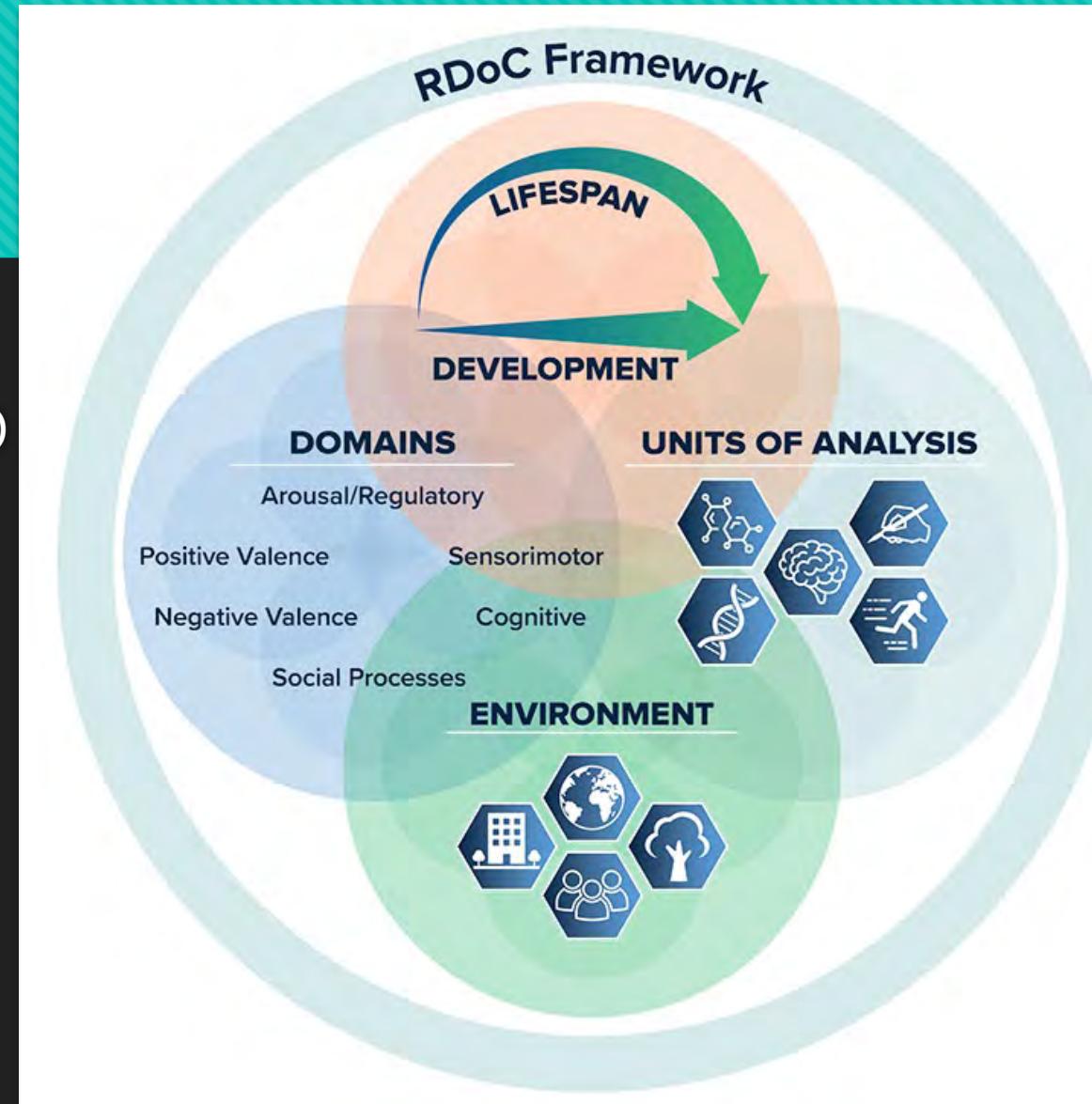
?

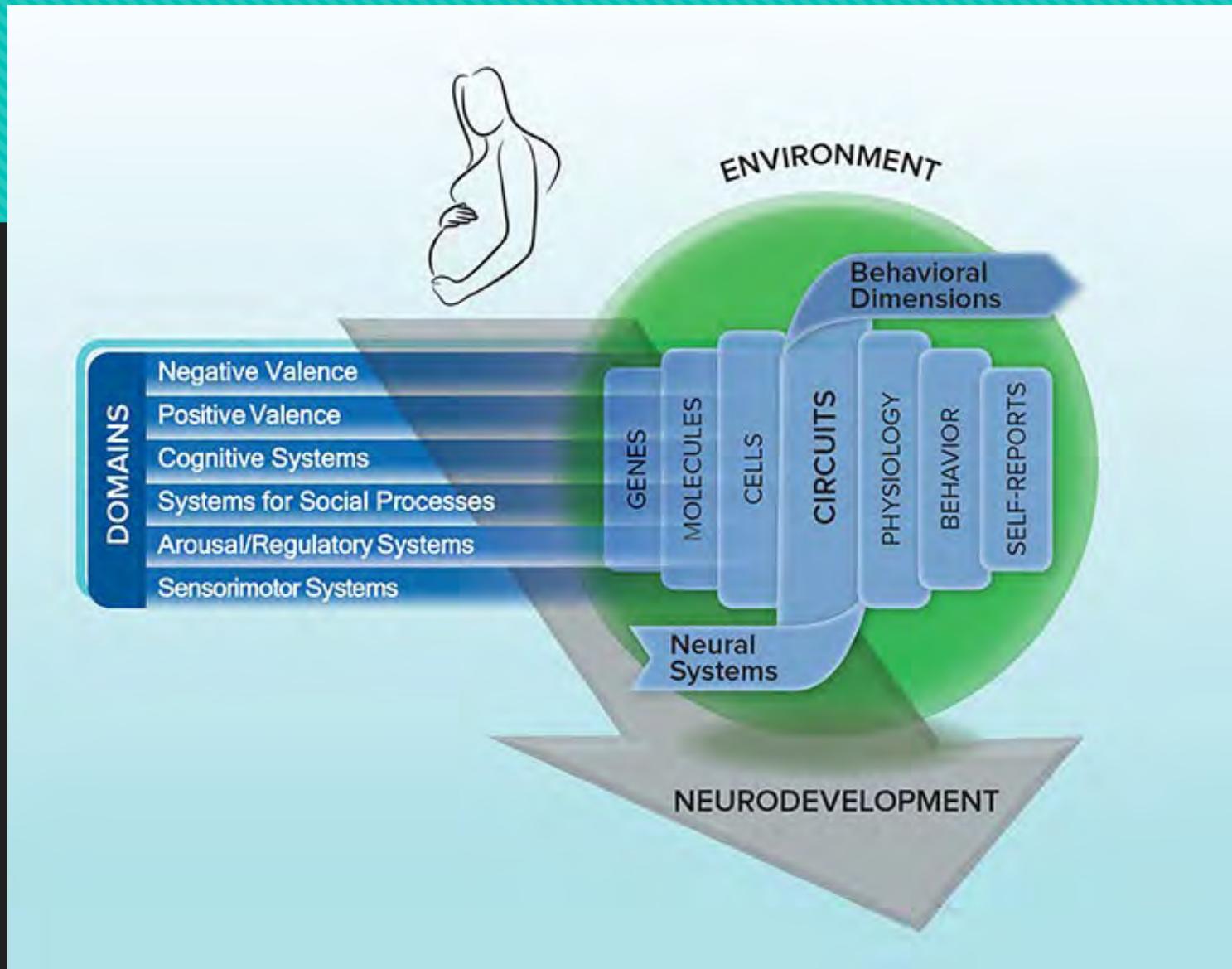
Un diagnostic peut en cacher un autre

On ne trouve que là où on cherche :
sous le lampadaire de ce que l'on connaît

Importances et limites du diagnostic sémiologique

- Research Domain Criteria (RDoC) - National Institute of Mental Health (NIMH)
 - Domaines et « Constructs »
 - Unités d'analyses
 - Gènes
 - Molécules
 - Circuits
 - Physiologie
 - Comportement
 - Auto-évaluation
 - Développement
 - Environnement





Recommandations



ion de Prévention et de Remédiation
ez l'enfant et l'adulte.
Consensus Formalisé

Récommandations de Bonne Pratique
d'Evaluation, de Prévention et de
Remédiation des troubles du langage
écrit chez l'enfant et l'adulte.

RECOMMENDATION



RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

Troubles SYNTHESE
Repérage et or

L'accompagnement de la
personne présentant un trouble
du développement intellectuel
(Volet 1) : Autodétermination et
évaluations fonctionnelles

Validée le 5 juillet 2022

Les TNDs: Repérer et orienter...

... Dans l'esprit des recommandations HAS...



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Société Française
de Néonatalogie

Association des professionnels de la médecine néonatale

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Troubles du neurodéveloppement

Repérage et orientation des enfants à risque

Synthèse

Février 2020

Repérage et orientation

Facteurs de haut risque de TND

- La grande prématurité (< 32 semaines d'aménorrhée [SA]) (grade B).
 - Les prématurés < 37 SA avec retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) < 3^e percentile ou < - 2 DS pour l'AG et le sexe selon les courbes de références nationales) (grade B).
 - Une encéphalopathie supposée hypoxo-ischémique ayant une indication d'hypothermie thérapeutique (grade B).
-
- Un accident vasculaire cérébral (AVC) artériel périnatal (diagnostiqué entre la 20^e semaine de vie fœtale et le 28^e jour de vie y compris chez le nouveau-né prématuré) (grade B).
 - Les anomalies de la croissance cérébrale : microcéphalie avec périmètre crânien < - 2 DS à la naissance vérifiée secondeairement (grade C) ou macrocéphalie > + 3 DS pour le terme (AE) (persistant après une seconde mesure).
 - Des antécédents familiaux de TND sévère au premier degré (frère ou sœur ou parent) (grade C).
 - Les infections congénitales symptomatiques à cytomégalovirus (grade C) et autres fœtopathies infectieuses : toxoplasmose, Zika, rubéole...

Repérage et orientation

- Les méningo-encéphalites bactériennes et virales herpétiques (grade C).
- Les cardiopathies congénitales complexes opérées (grade C) :
 - transposition des gros vaisseaux ;
 - syndrome d'hypoplasie du ventricule gauche.
- Une exposition prénatale à un toxique majeur :
 - certains antiépileptiques (valproate de sodium) (grade B) ;
 - exposition sévère à l'alcool et/ou avec signes de fœtopathie (grade B).
- Une chirurgie majeure, prolongée et répétée (cardiaque, cérébrale, abdominale, thoracique) (AE).

Repérage et orientation

Facteurs de risque modéré de TND

• • •

L'environnement de l'enfant peut suggérer des circonstances à prendre en compte, notamment le milieu familial dont certains impacts peuvent faire passer l'enfant dans la catégorie à haut risque de TND (AE). Ce sont :

- la vulnérabilité socio-économique élevée : sans domicile fixe, seuil de pauvreté, parent isolé, faible niveau scolaire parental, etc. ;
- la vulnérabilité psychoaffective : violence conjugale/intrafamiliale, antécédents d'expériences négatives vécues par la mère, exposition de l'enfant à des maltraitances ou négligence grave, difficultés psychologiques ou psychiatriques actuelles dans le milieu familial, etc.

Repérage et orientation

IDENTIFICATION DES SIGNES DE TND

Signes d'appel

Les **signes d'appel** objectivent des **décalages des acquisitions** par rapport à la population générale à l'aide des grilles des acquisitions du carnet de santé. Il est recommandé de rechercher des signes d'appel dans le cadre de **l'examen médical effectué à chaque examen obligatoire selon le calendrier du carnet de santé en corigeant pour l'âge du terme chez les enfants nés prématurément et ce jusqu'à l'âge chronologique de 2 ans.**

Cette recherche sera faite par le médecin traitant, ou par le médecin de PMI ou le médecin scolaire dans le cadre des visites systématiques effectuées à l'école.

Quel que soit l'âge, toute **inquiétude des parents** concernant le neurodéveloppement de leur enfant doit être considérée comme un signe d'appel (AE). Il en est de même pour toute **régression ou non-progression des acquisitions**. (AE)

Signes d'alerte

Les **signes d'alerte** correspondent à une déviation importante de la trajectoire développementale et nécessitent une orientation rapide à visée diagnostique.

Repérage et orientation

Les tests ne remplacent pas l'expertise clinique. Ils sont utiles pour structurer l'examen clinique. Ils doivent être interprétés à la lumière de l'examen clinique et guideront le choix des orientations vers des interventions précoces et/ou des consultations pluridisciplinaires de diagnostic.

- Chez les enfants à haut risque de TND, il est recommandé d'utiliser systématiquement un test de repérage global standardisé à 9, 18, 24, 30-36 mois et à 4, 5 ans (voir figure 2 et annexe 2 du texte des recommandations) (AE)
- En cas d'inquiétudes parentales ou du personnel de la petite enfance (garderie, crèche, école, etc.) ou d'inquiétudes médicales, un test de repérage d'un TND, global standardisé adapté à l'âge, pourrait être utilisé en dehors des âges recommandés ci-dessus. (AE)
- Des tests de repérage spécifiques standardisés doivent être utilisés pour explorer le ou les domaines échoués au test de repérage global (voir figure 2 et annexe 2 du texte des recommandations).
- En cas de doutes sur des troubles de la communication sociale ou du comportement et des intérêts restreints, il est recommandé d'utiliser un test de repérage spécifique du dépistage des TSA à 18 et 24 mois mais aussi à n'importe quelle visite en fonction de l'âge. (AE)
- Il est recommandé de prendre contact avec l'école pour avoir un retour objectif des acquisitions scolaires. À partir de la scolarisation, la trajectoire scolaire entre dans l'évaluation d'un TND. (AE)
33



Repérage et orientation

- <https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2024-04/Brochure-reperage-precoce-TND-moins-de-7-ans-version-a-remplir.pdf>

34

17/12/2025

23



FACTEURS DE HAUT RISQUE DE TND

- Frère ou sœur ou parent de 1^{er} degré ayant un TND
- Exposition prénatale à un toxique majeur du neuro-développement (alcool, certains)
- Syndromes génétiques pouvant affecter le neuro-développement
- Cardiopathies congénitales complexes opérées



COMPORTEMENTS INSTINCTUELS, SENSORIELS, ÉMOTIONNELS PARTICULIERS

Fonctions physiologiques instinctuelles (sommeil, alimentation) :

- Exploration / utilisation étrange des « objets » et de l'environnement



SIGNES D'ALERTE À 18 MOIS

2 « non » dans 2 domaines différents

Motricité globale, contrôle postural et locomotion

- Se lève seul à partir du sol (transfert assis-debout sans aide)
- Marche sans aide (plus de cinq pas)

<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

Motricité fine (cognition)

- Empile deux cubes (sur modèle)
- Introduit un petit objet dans un petit récipient (attendu à 14 mois)

<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

Langage oral

- Désigne un objet ou une image sur consigne orale (chat, ballon, voiture, etc.)
- Comprend les consignes simples (chercher un objet connu, etc.)
- Dit spontanément cinq mots (maman, dodo, papa, tiens, encore, etc.)

<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

Socialisation

- Est capable d'exprimer un refus (dit « non », secoue la tête, repousse de la main)
- Montre avec le doigt ce qui l'intéresse pour attirer l'attention de l'adulte

<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

REPÉRER ET GUIDER

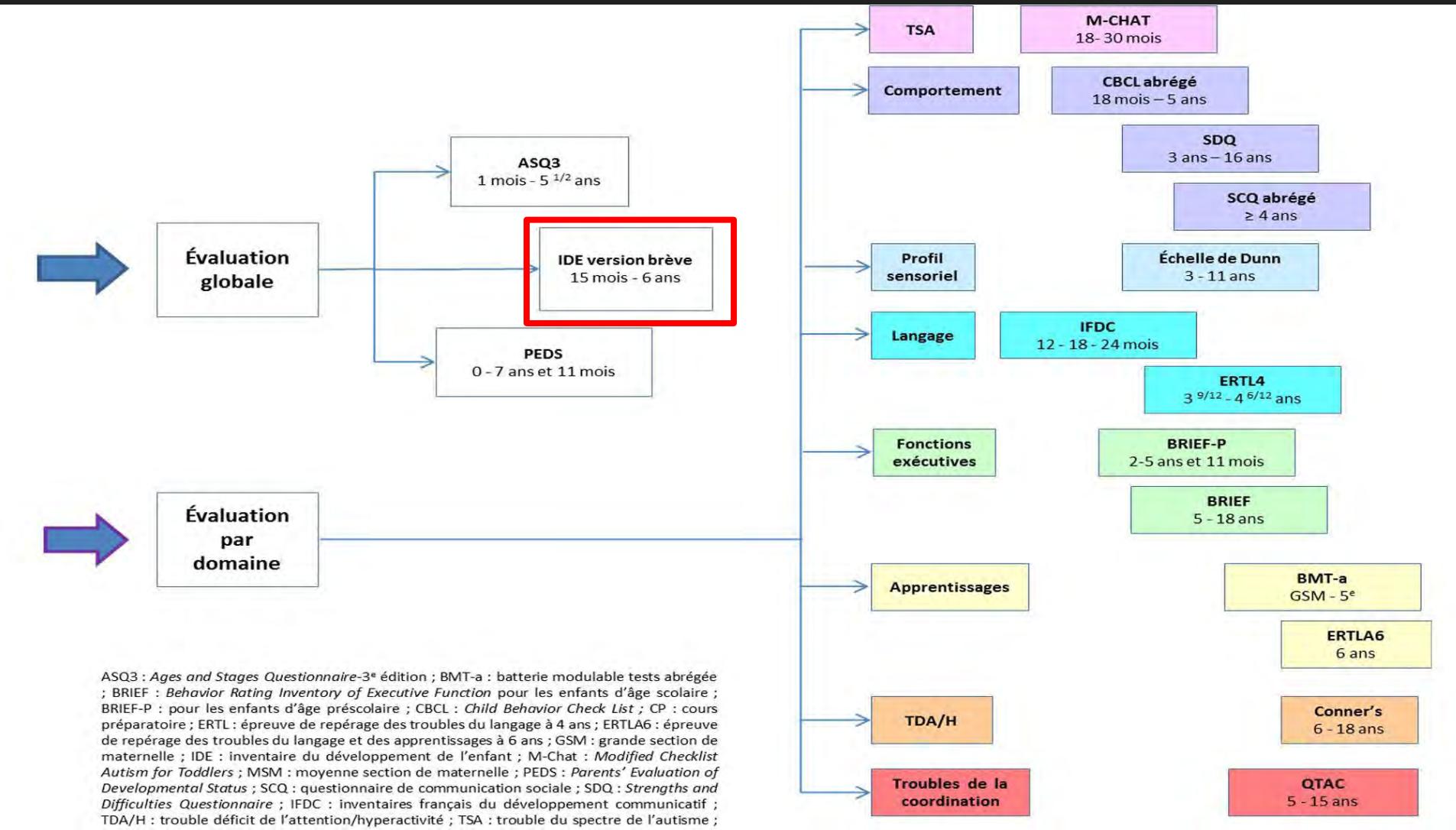


**Livret de repérage
des troubles
du neuro-
développement
chez les enfants de 7 à 12 ans**

Cosen

17/12/2025

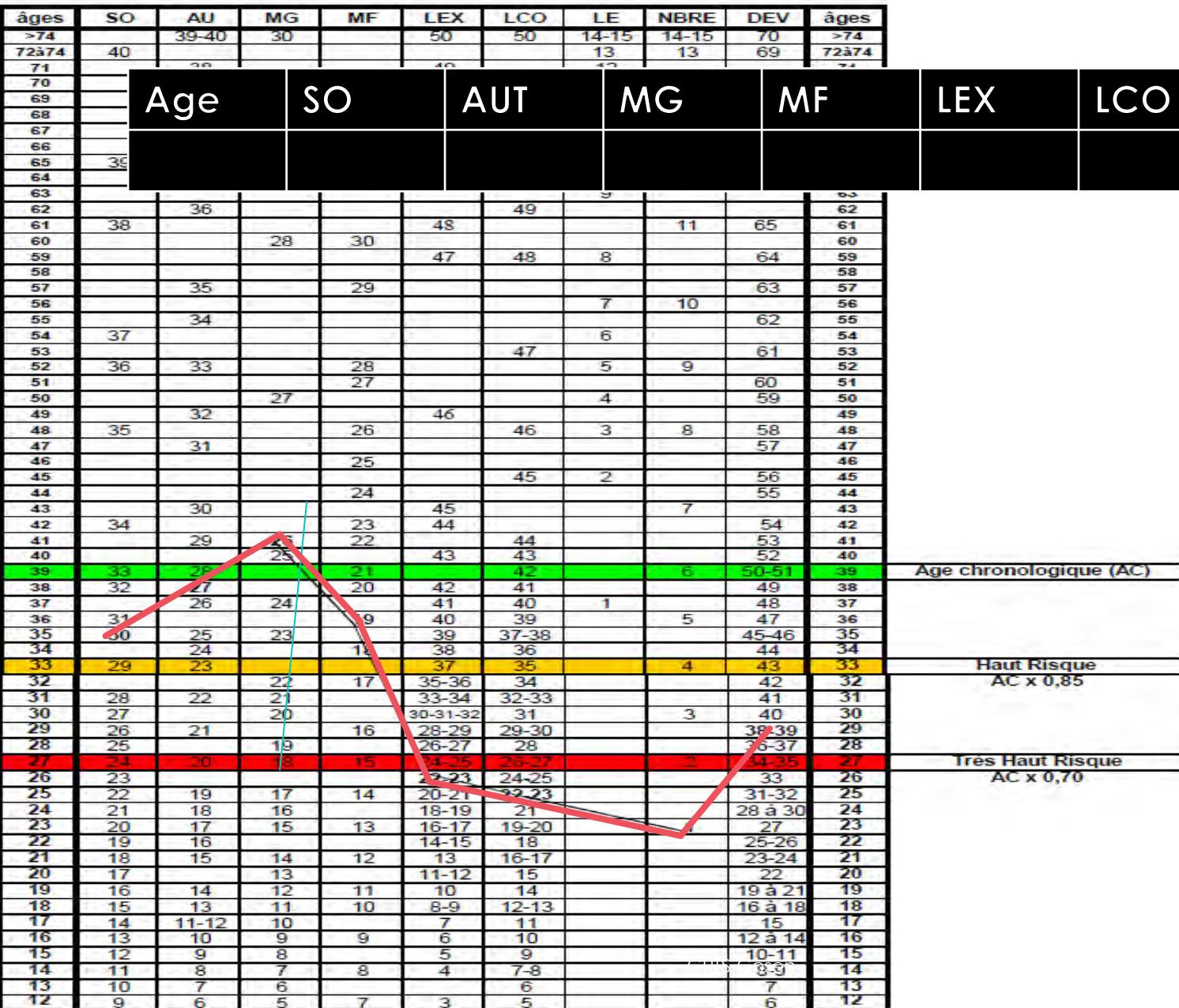
26



Annexe 2. Exemples de tests de repérage d'un TND

Outil	Domaines	Validation	Nombre d'items	Sensibilité %	Spécificité %	Tranche d'âge	Temps pour compléter / scorer	Traduction en français
ASQ3	Global	Oui	40, incluant 10 SCQ pour les 2-3 ans	86	85	1-66 mois	10-15 min / 1-3 min	Oui
IDE version brève	Global	Oui	70	84	92	15 mois- 6 ans	5 min / 5 min	Oui
PEDS	Global	Oui	10	75	74	et 11 mois	2 min	Oui
M-Chat	TSA	Oui	23 items Seuil 3 items	71	88	16-30 mois	15 min	Oui
CBCL abrégé	Comportement	Oui	52	NA	NA	18 mois à 5 ans	15 min	Oui
SCQ	Comportement	Oui	40	82	68	≥ 4 ans	court	Oui
SDQ	Comportement	Oui	25	67-75	76-81	3-16 ans	NA	Oui
Échelle de Dunn	Profil sensoriel	Oui	Échelle courte : 38 items	NA	NA	3-11 ans	15 min	Oui
IFDC	Langage	Oui	12 mois : 25 gestes 18 mois : 97 mots 24 mois : 120 mots	NA	NA	12-18- 24 mois	5-10 min	Oui
ERTL4	Langage	Oui	3 épreuves obligatoires 2 épreuves facultatives	79	83	3 ^{ans} - 4 ^{ans} ans	5 min épreuves obligatoires	Oui
ERTLA6	Langage et apprentissage	Oui	18 épreuves à partir d'une seule image	79	87	6 ^{ans} (GSM-CP)	20 min	Oui
BRIEF-P	Fonctions exécutives	Oui	63 items répartis selon 5 échelles cliniques Remplissage par les parents, l'éducateur et/ou l'enseignant	NA	NA	2-5 ^{ans} 11 ^{mois} ans	10 à 15 minutes	Oui
BRIEF	Fonctions exécutives	Oui	86 items répartis en 8 échelles	NA	NA	5 à 18 ans	10 à 15 minutes	Oui

EXEMPLE IDE-profil: enfant de 39 mois présentant un retard de langage.



Trouble du langage
enfant de 3 ans

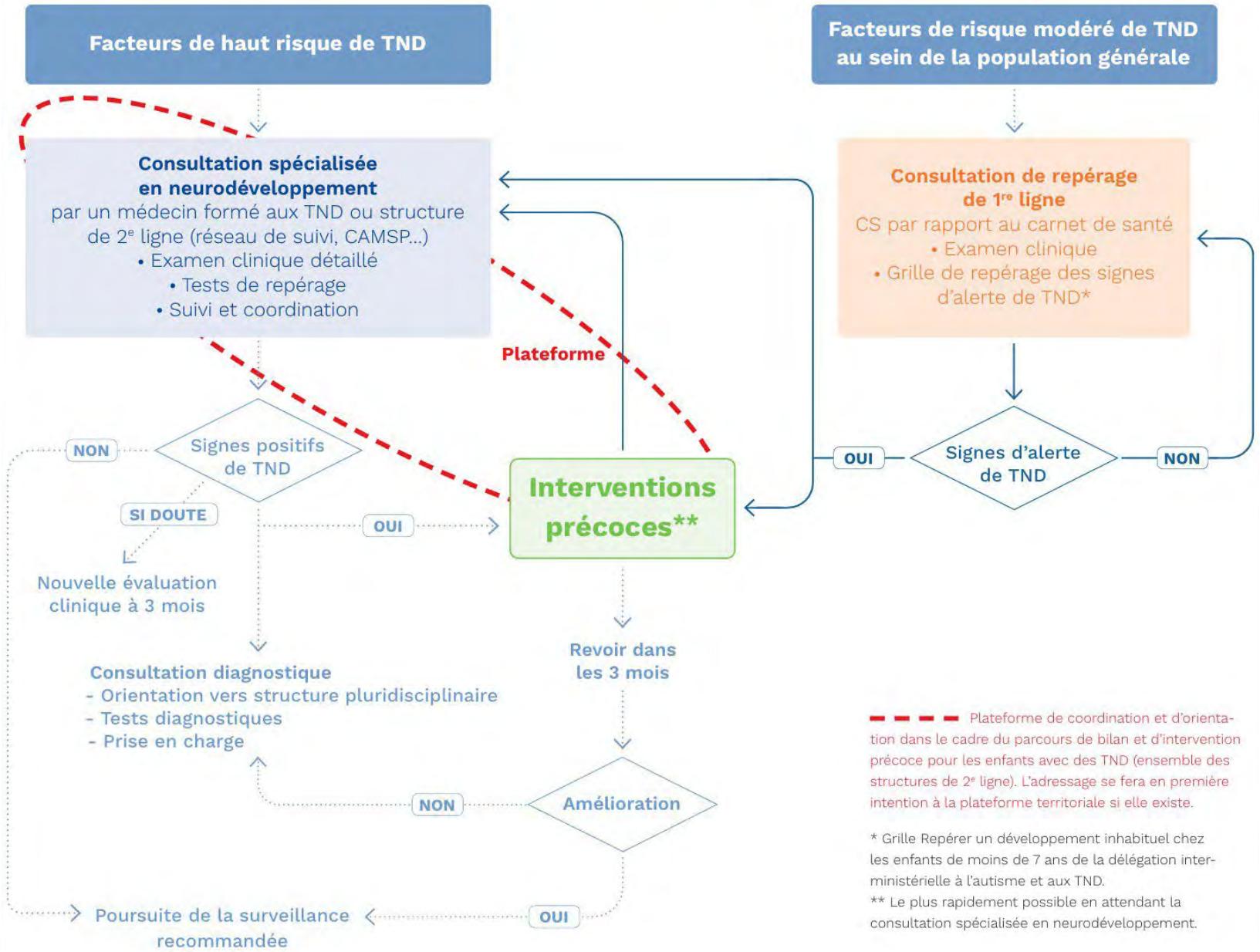
Age chronologique

Très haut risque de retard

Outil	Domaines	Validation	Nombre d'items	Sensibilité %	Spécificité %	Tranche d'âge	Temps pour compléter / scorer	Traduction en français
			Remplissage par parent et enseignant					
BMT-a	Apprentissages	Oui pour BMT-i *	Langage écrit et cognition mathématique	NA	NA	GSM-5 ^e	10 minutes	Oui
Conner's	TDA/H	Oui	10 items : index d'hyperactivité	NA	NA	6-18 ans	5 min	Oui
QTAC	Troubles de la coordination	Oui	15 questions	NA	NA	5-15 ans	10-15 min	Oui

ASQ3 : *Ages and Stages Questionnaire-3^e édition* ; BMT-a : batterie modulable tests abrégée ; BRIEF : *Behavior Rating Inventory of Executive Function* pour les enfants d'âge scolaire ; BRIEF-P : pour les enfants d'âge préscolaire ; CBCL : *Child Behavior Check List* ou inventaire de comportement pour les enfants ; ERTL : épreuve de repérage des troubles du langage à 4 ans ; ERTLA6 : épreuve de repérage des troubles du langage et des apprentissages à 6 ans ; GSM-CP : grande section de maternelle – cours préparatoire ; IDE : inventaire du développement de l'enfant ; M-Chat : *Modified Checklist Autism for Toddlers* ; min : minute ; MSM : moyenne section de maternelle ; NA : non applicable ; PEDS : *Parents' Evaluation of Developmental Status* ; SCQ : questionnaire de communication sociale ; SDQ : *Strengths and Difficulties Questionnaire* ; IFDC : inventaires français du développement communicatif ; TDA/H : Trouble Déficit de l'attention/hyperactivité ; TSA : trouble du spectre de l'autisme ; QTAC : questionnaire sur le trouble de l'acquisition de la coordination ; * : pour toutes les épreuves de la BMT-i dont celles de la BMT-a sont extraites.

Figure 1. Diagramme du parcours d'un enfant (0 à 7 ans) à risque de TND



Chez les enfants pour lesquels un TND est fortement suspecté par l'examen clinique et les tests de repérage, il est recommandé de mettre en place une guidance parentale et de prescrire le plus précocement possible les interventions à visée éducative et rééducative (tableau 1) (grade C)

Tableau 1. Tableau d'orientation vers les interventions précoces simultanément ou en attente du diagnostic (AE)

Déficit	Type d'intervention
Troubles du tonus ou du développement de la motricité ou de la posture	Kinésithérapie , ergothérapie, psychomotricité,
Troubles de l'oralité alimentaire et verbale	Orthophonie , kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie
Troubles de la communication et du langage	Orthophonie , ORL
Troubles visuels	Orthoptie , ophtalmologie
Troubles du comportement : anxiété, inhibition, agitation, troubles de la régulation émotionnelle et des conduites	Psychomotricité, éducation spécialisée, psychologie, ou pédopsychiatrie
Trouble de la coordination isolé (maladresse)	Ergothérapie, psychomotricité
Troubles de la motricité fine	Ergothérapie, psychomotricité en fonction de l'âge
Difficultés graphiques, environnementales et besoin d'installation	Ergothérapie , psychomotricité
Décalage global des acquisitions (suspicion de trouble du développement intellectuel - TDI)	< 4 ans : orthophonie, psychomotricité, > 4 ans : orthophonie, psychomotricité plus si possible neuropsychologie
Trouble de l'attention et des fonctions exécutives	Neuropsychologie , ergothérapie, orthophonie, psychomotricité
Ces orientations se feront en fonction de l'âge de l'enfant et en fonction du maillage territorial et de l'expertise en neurodéveloppement pédiatrique des différents professionnels disponibles.	
Les professions soulignées en gras sont à prioriser.	

Les PCO TND sur le territoire National

- Le déploiement des Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO) pour des enfants susceptibles de présenter un Trouble du Neuro-Développement sur l'ensemble du territoire vise à accélérer l'accès au diagnostic, favoriser des interventions précoces, prévenir les errances diagnostiques, réduire les sur-handicaps.
- Les missions des PCO s'inscrivent dans les orientations de la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement portée par la délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement : autisme, Dys, TDAH, TDI
- Le repérage et la mise en place d'accompagnements le plus tôt possible reste l'un des objectifs prioritaires formulés dans les orientations 2023-2027



PCO 67 0-6 ans Apedi Alsace

Plateforme de Coordination et d'Orientation du Bas-Rhin

33 rue du Barrage - 67300 SCHILTIGHEIM

Tél : 03 88 81 51 97 - pco67.0-6@apedi-alsace.fr



PCO 67 7-12 ans APHVN

Plateforme de Coordination et d'Orientation du Bas-Rhin

2A rue de l'artisanat - 67700 SAVERNE

Tél : 06 12 45 68 54 - pco67.7-12@aphvn.fr



Les PCO : pour qui ?

- Pour les enfants :
 - âgés de 0 à 12 ans
 - domiciliés dans le Bas Rhin
 - pour lesquels est suspecté un trouble du neurodéveloppement (TND)
- Sans prise en charge en cours pour le trouble observé, en début de parcours de soins
- Sans diagnostic posé pour le trouble suspecté
- Sans notification d'orientation vers un service ou établissement médico-social en lien avec le trouble repéré
 - *Une notification MDPH pour AESH n'est pas un obstacle pour un adressage vers la PCO*

Quelles sont les missions des PCO?

○ Les missions des PCO s'articulent autour de 3 actions

1. Coordonner un parcours de bilans et d'interventions précoces
2. Aider au repérage et au diagnostic des troubles du neurodéveloppement
3. s'inscrire dans un réseau de partenaires et coopérer avec celui-ci pour une meilleure prise en compte des TND

Pièces nécessaires PCO 0-6

- Formulaire de repérage à remplir par le médecin
<https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2024-04/Brochure-reperage-precoce-TND-moins-de-7-ans-version-a-remplir.pdf>
- Le recueil de consentement Parceo (RGPD) : ce document autorise la PCO à constituer un dossier pour l'enfant dans l'outil de coordination Parceo et à communiquer entre professionnels de soins les informations nécessaires dans le parcours futur de l'enfant
- Une attestation de sécurité sociale où figure le nom de l'enfant et le parent auquel il est affilié
- Le questionnaire famille à compléter par la famille <https://www.apedi-alsace.fr/etablissements-services/petite-enfance/pco/>
- Une copie d'une pièce justificative d'identité soit carte nationale d'identité, passeport, acte de naissance, livret de famille



Deuxième édition. Janvier 2024

Formulaire d'adressage

Les éléments d'identification suivants peuvent être remplis par la famille ou le médecin :

Identification du médecin

Nom du médecin : _____
Prénom du médecin : _____
Mail du médecin : _____
Numéro de téléphone du médecin : _____
Numéro RPPS : _____
Numéro FINESS : _____

Identification de l'enfant

Nom de l'enfant : _____
Prénom de l'enfant : _____
Date de naissance de l'enfant : _____

Identification du représentant légal de l'enfant

Nom du représentant légal : _____
Prénom du représentant légal : _____
Mail du représentant légal : _____
Numéro de téléphone du représentant légal : _____
Adresse postale : _____

Déetecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans

Transmettre ce livret à la plateforme de coordination de votre département dont vous trouverez l'adresse sur ameli.fr/content/adresses-et-telephones-plateformes-de-coordination-et-d-orientation-pco

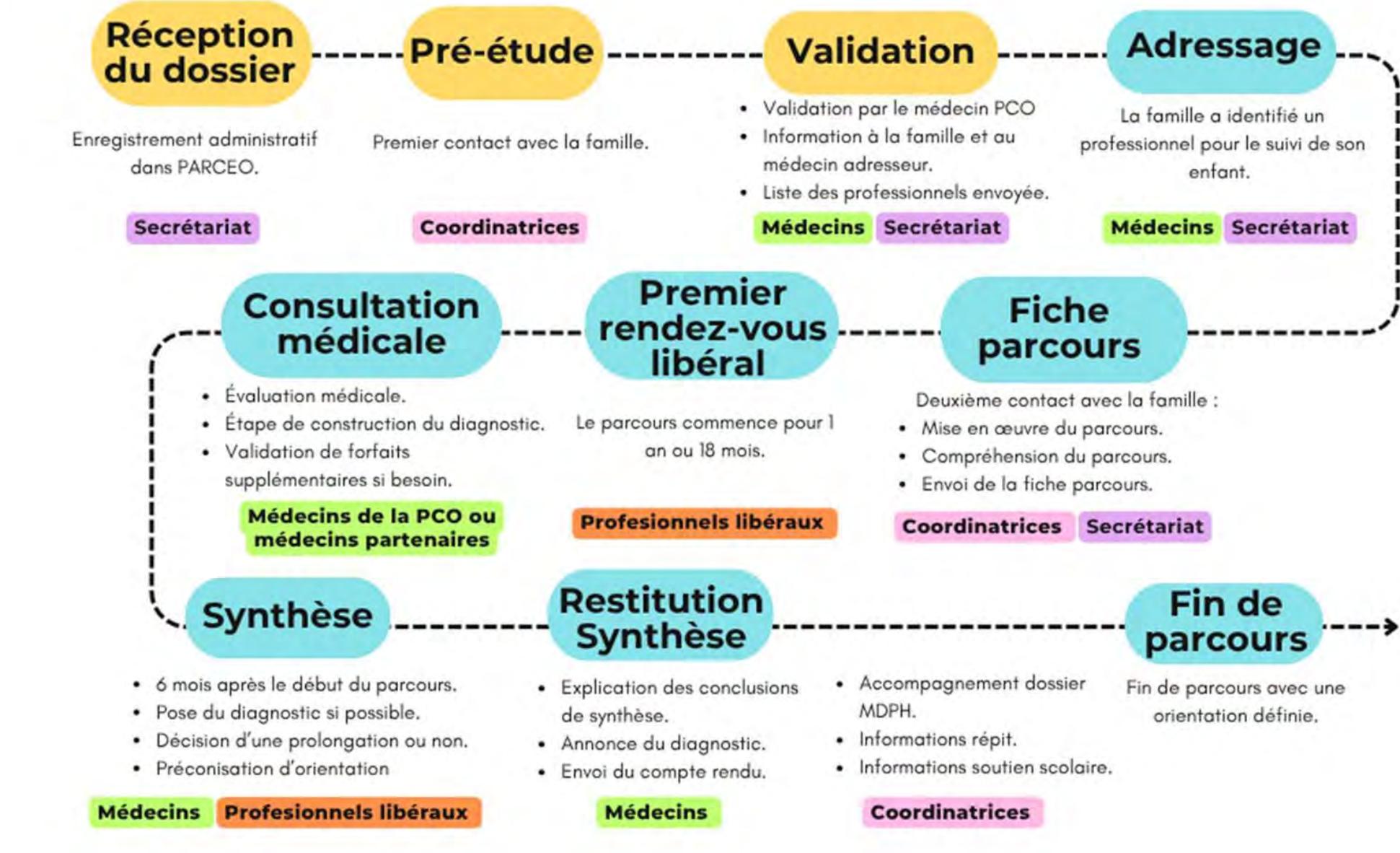
Avec l'accord du représentant légal de l'enfant, ce document est transmis à la PCO :

Date et lieu : _____ à _____

Signature du médecin

Tampon du médecin (avec numéro RPPS) ou numéro FINESS établissement

PARCOURS ET RÔLE DES PROFESSIONNELS



Recommandations TSA enfant

Repérage et orientation

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Trouble du spectre de l'autisme

Des signes d'alerte à la consultation dédiée en soins primaires

Février 2018

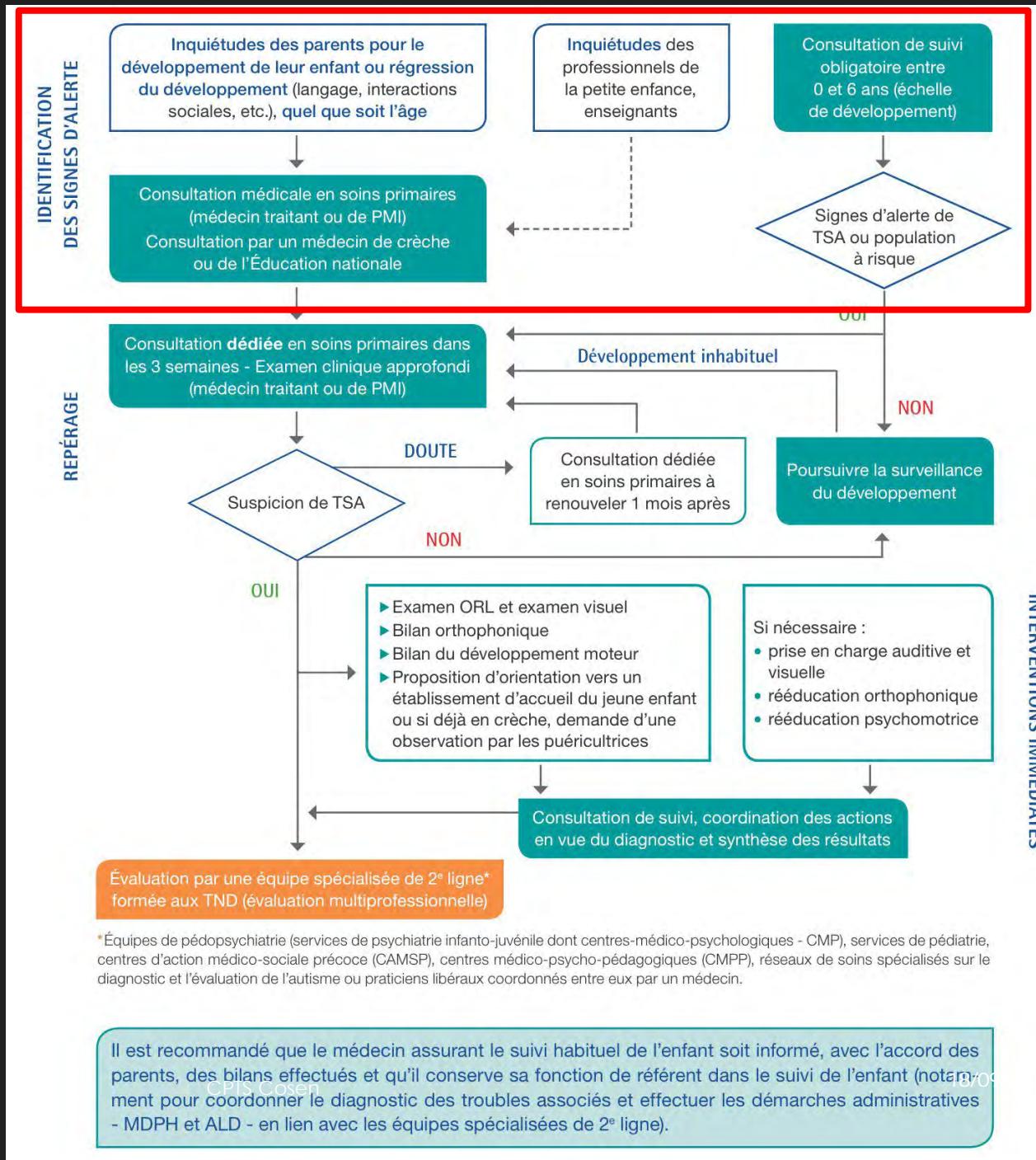
Fiche de synthèse destinée aux professionnels de 1^{re} ligne¹

OBJECTIFS

Préciser le parcours de l'enfant et de sa famille, de l'identification des signes de développement inhabituel au repérage puis au diagnostic d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) – (voir figure en page 4).

Réduire le délai entre les premières inquiétudes parentales et la mise en place d'interventions appropriées.

DÉFINITION DU TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA)



IDENTIFICATION DES SIGNES D'ALERTE

Inquiétudes des parents pour le développement de leur enfant ou régression du développement (langage, interactions sociales, etc.), quel que soit l'âge

Inquiétudes des professionnels de la petite enfance, enseignants

Consultation de suivi obligatoire entre 0 et 6 ans (échelle de développement)

Consultation médicale en soins primaires (médecin traitant ou de PMI)
Consultation par un médecin de crèche ou de l'Éducation nationale

Signes d'alerte de TSA ou population à risque

Les signes d'alerte majeurs du TSA sont :

■ **quel que soit l'âge :**

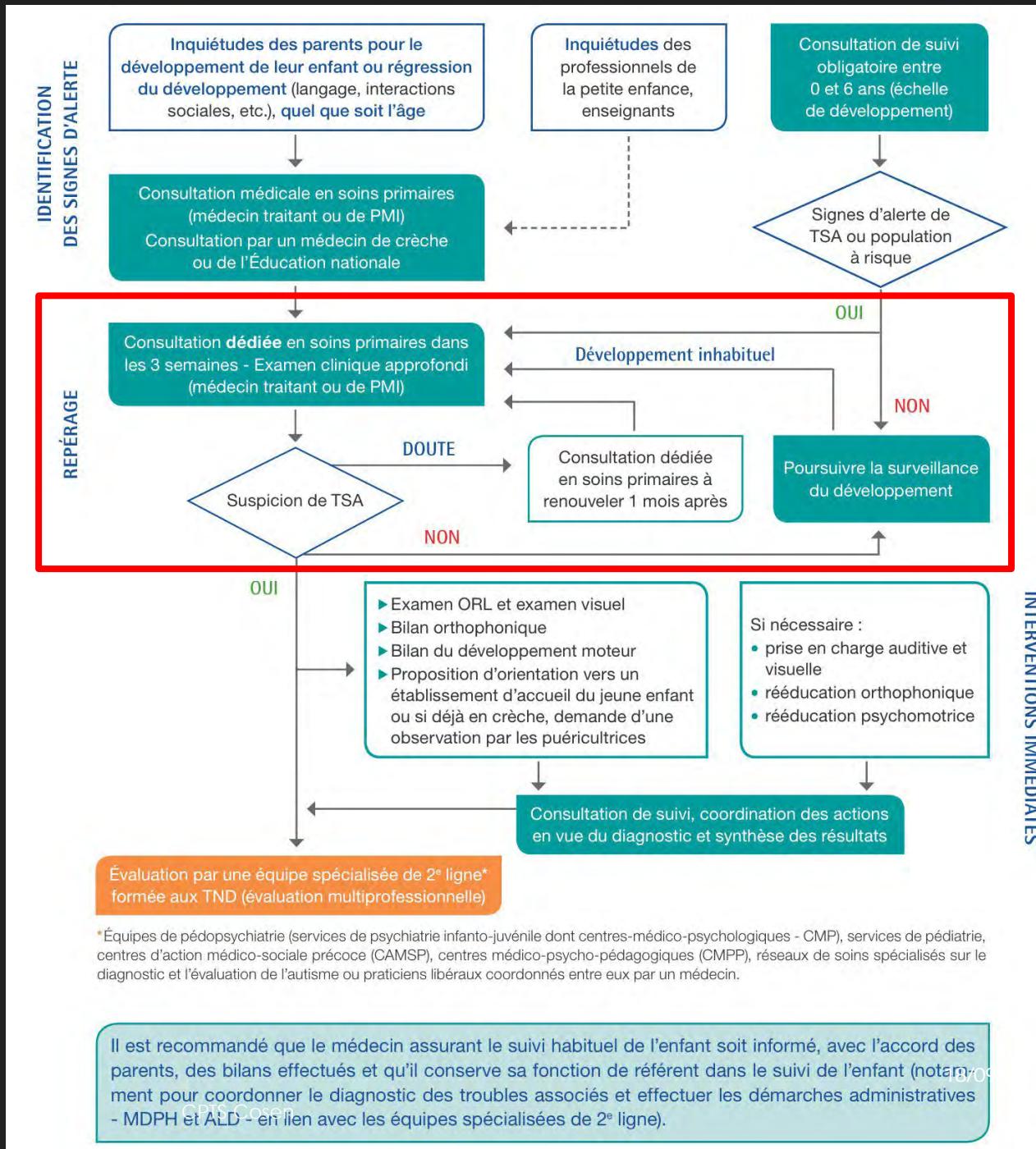
- **inquiétude des parents** concernant le développement de leur enfant, notamment en termes de communication sociale et de langage,
- **régression** des habiletés langagières ou relationnelles, en l'absence d'anomalie à l'examen neurologique ;

■ **chez le jeune enfant :**

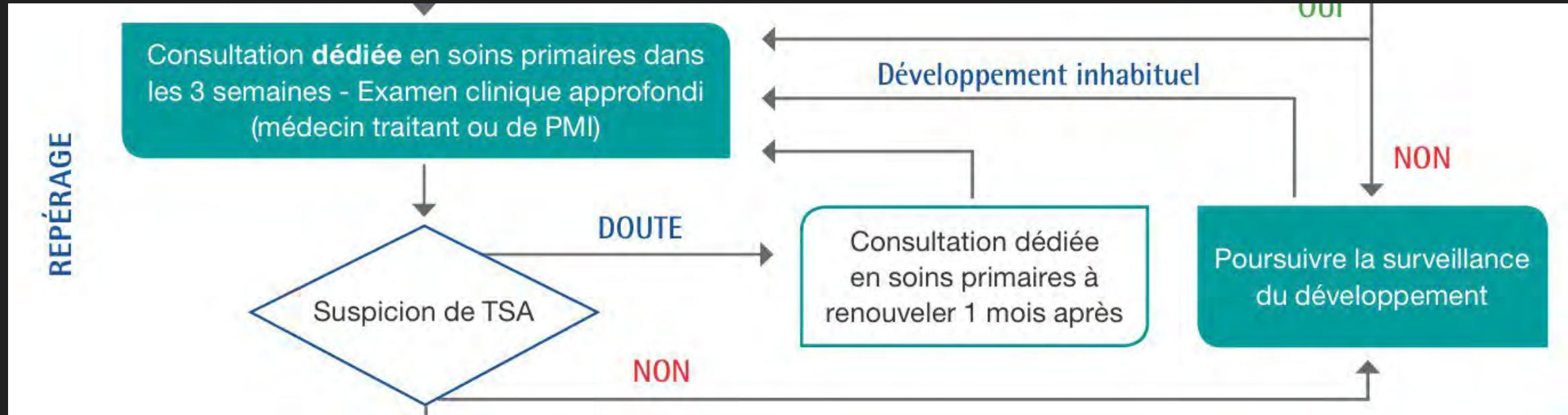
- absence de babillage, de pointage à distance ou d'autres gestes sociaux pour communiquer à 12 mois et au-delà (faire coucou, au revoir, etc.),
- absence de mots à 18 mois et au-delà,
- absence d'association de mots (non écholaliques) à 24 mois et au-delà.

Les autres signes d'alerte d'un TND avant 18 mois ou d'un TSA à partir de 18 mois sont les suivants.

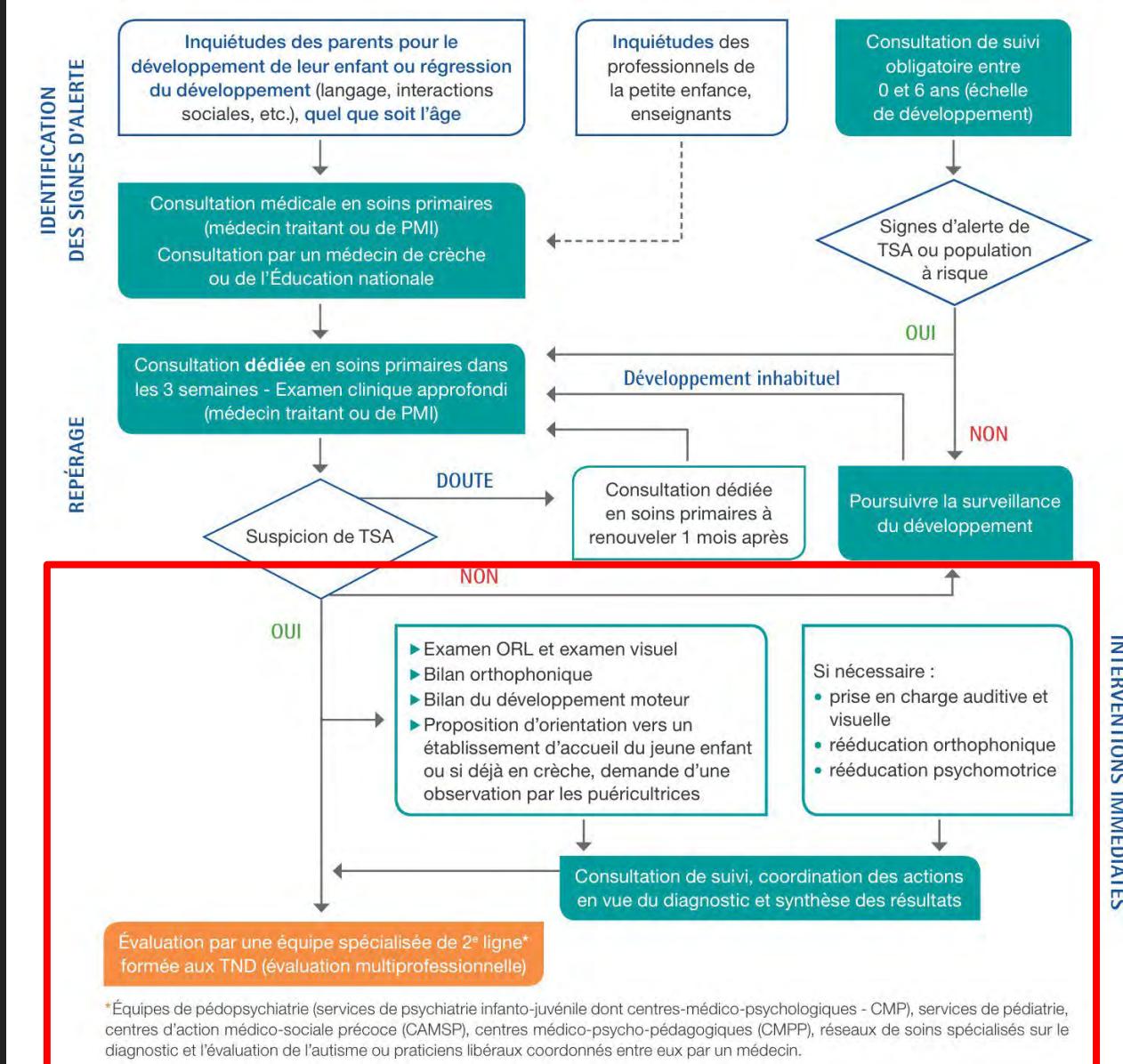
- **Avant 18 mois**, la persistance de particularités de développement de l'enfant concernant son niveau de vigilance, son sommeil, la diversification alimentaire, la régulation des émotions, le développement de son répertoire moteur, l'exploration inhabituelle des « objets » de l'environnement. Il n'existe à ce jour aucun marqueur pathognomonique d'une évolution vers un TSA avant 18 mois.
- **Autour de 18 mois**, l'association d'au moins deux signes parmi des difficultés d'engagement relationnel, d'attention, de réciprocité et de réaction sociales (initiation, réponse et maintien de l'attention conjointe, regard adressé, sourire partagé, pointage à distance coordonné avec le regard, réponse au prénom), de langage réceptif et expressif, dans le jeu socio-imitatif et symbolique ou les réponses sensorielles (recherche ou évitements de sensations). Aucun de ces signes pris de façon isolée n'a de valeur prédictive.
- **Au-delà de 18 mois et jusqu'à l'adolescence**, signes précédents ou difficultés relationnelles précoces et persistantes (difficultés à créer des liens amicaux, à engager, suivre ou participer à une conversation, à prendre des initiatives sociales [sorties, invitations...], à comprendre ou interpréter des intentions, des expressions langagières, le second degré, etc.) combinées à des particularités dans le comportement et les intérêts prenant un caractère anormalement répétitif, restreint et stéréotypé.



REPÉRAGE



- pour les enfants de 16 à 30 mois : M-CHAT, complétée en cas de résultats confirmant un risque de TSA par un entretien structuré plus précis avec les parents au moyen du M-CHAT - *Follow-up* ;
- après l'âge de 4 ans : questionnaire de communication sociale (SCQ) ;
- chez l'enfant et l'adolescent sans trouble du développement intellectuel associé : *Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ)*, *Autism-spectrum Quotient (AQ)* et *Social Responsiveness Scale (SRS-2)*.



Il est recommandé que le médecin assurant le suivi habituel de l'enfant soit informé, avec l'accord des parents, des bilans effectués et qu'il conserve sa fonction de référent dans le suivi de l'enfant (notamment pour coordonner le diagnostic des troubles associés et effectuer les démarches administratives - MDPH et ALD - en lien avec les équipes spécialisées de 2^e ligne).

INTERVENTIONS IMMÉDIATES

OUI

- ▶ Examen ORL et examen visuel
- ▶ Bilan orthophonique
- ▶ Bilan du développement moteur
- ▶ Proposition d'orientation vers un établissement d'accueil du jeune enfant ou si déjà en crèche, demande d'une observation par les puéricultrices

Si nécessaire :

- prise en charge auditive et visuelle
- rééducation orthophonique
- rééducation psychomotrice

Consultation de suivi, coordination des actions en vue du diagnostic et synthèse des résultats

Évaluation par une équipe spécialisée de 2^e ligne* formée aux TND (évaluation multiprofessionnelle)

*Équipes de pédopsychiatrie (services de psychiatrie infanto-juvénile dont centres-médico-psychologiques - CMP), services de pédiatrie, centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), réseaux de soins spécialisés sur le diagnostic et l'évaluation de l'autisme ou praticiens libéraux coordonnés entre eux par un médecin.

Il est recommandé que le médecin assurant le suivi habituel de l'enfant soit informé, avec l'accord des parents, des bilans effectués et qu'il conserve sa fonction de référent dans le suivi de l'enfant (notamment pour coordonner le diagnostic des troubles associés et effectuer les démarches administratives - MDPH et ALD - en lien avec les équipes spécialisées de 2^e ligne).



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Trouble du spectre de l'autisme

Diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent

Février 2018

Fiche de synthèse destinée aux professionnels de 2^e ligne¹

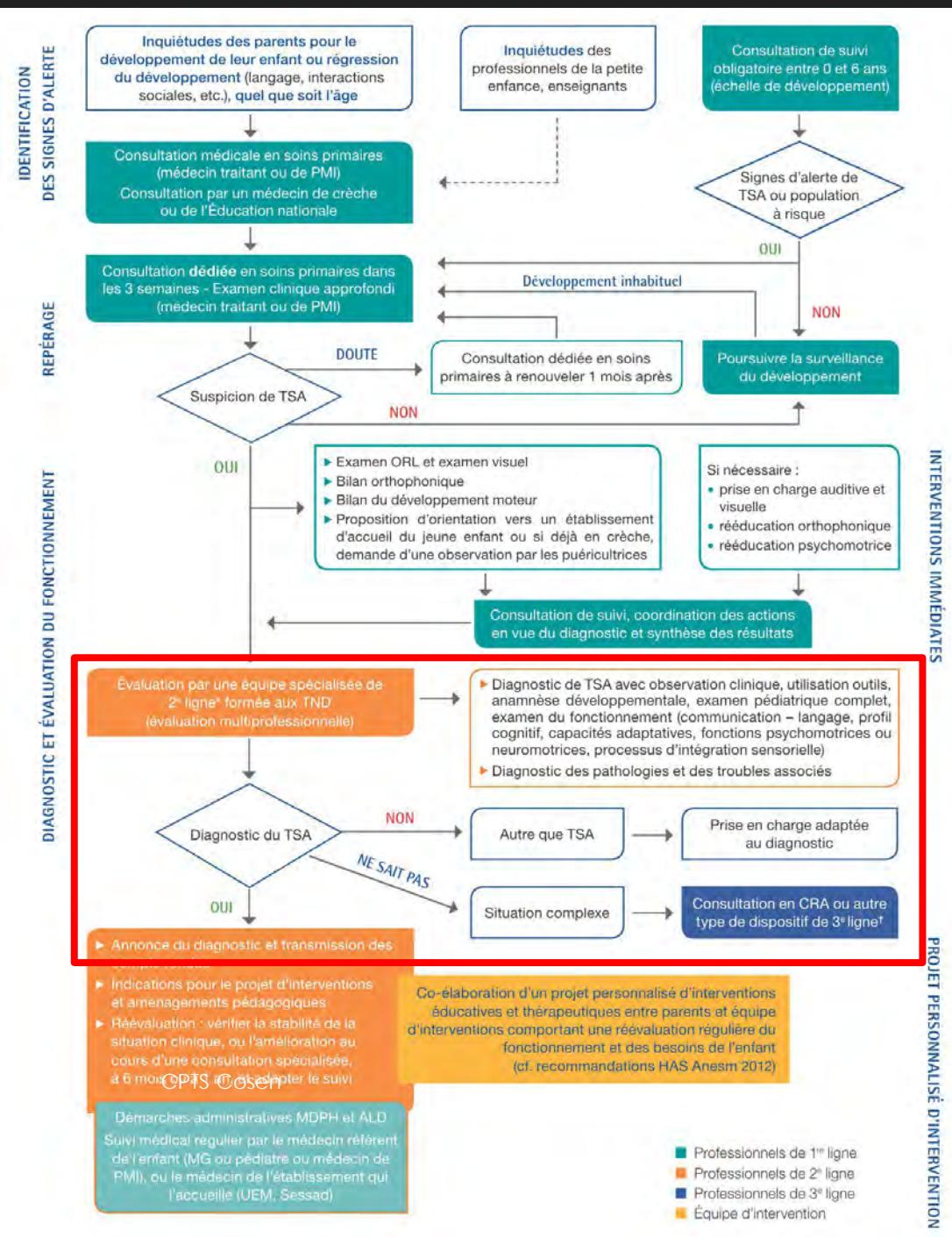
OBJECTIFS

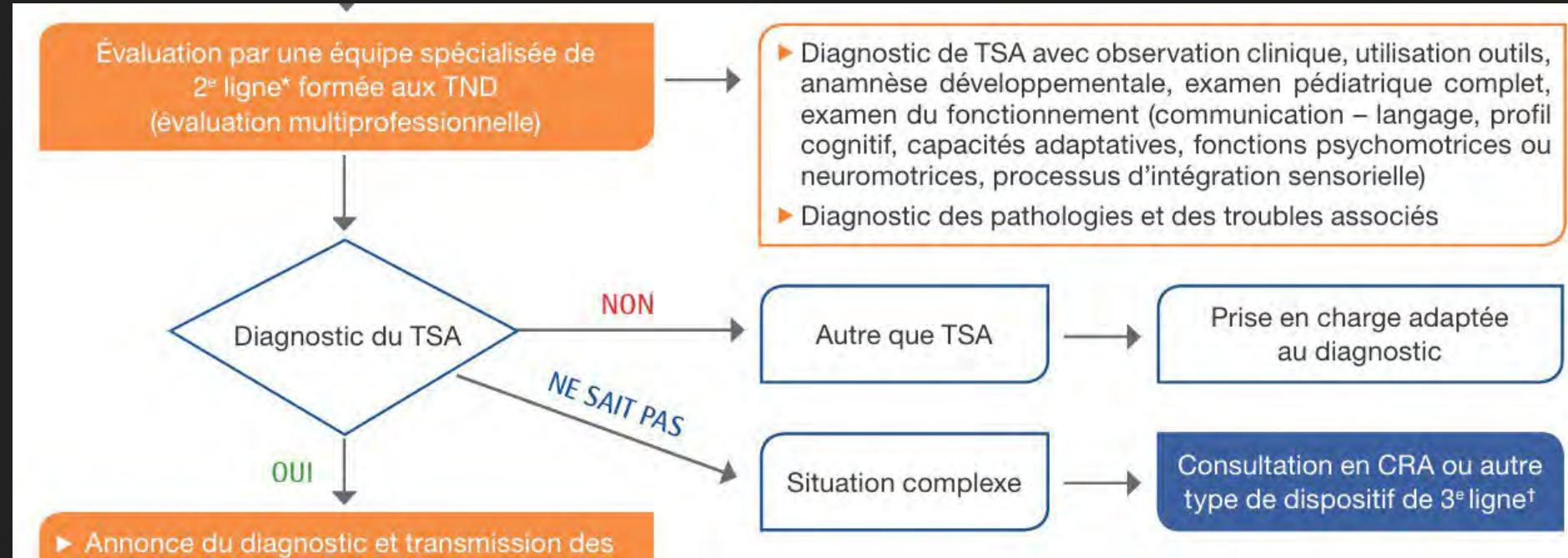
Optimiser le parcours de l'enfant et de sa famille, depuis l'identification des signes de développement inhabituel jusqu'au repérage puis, diagnostic d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) (voir figure en page 2).

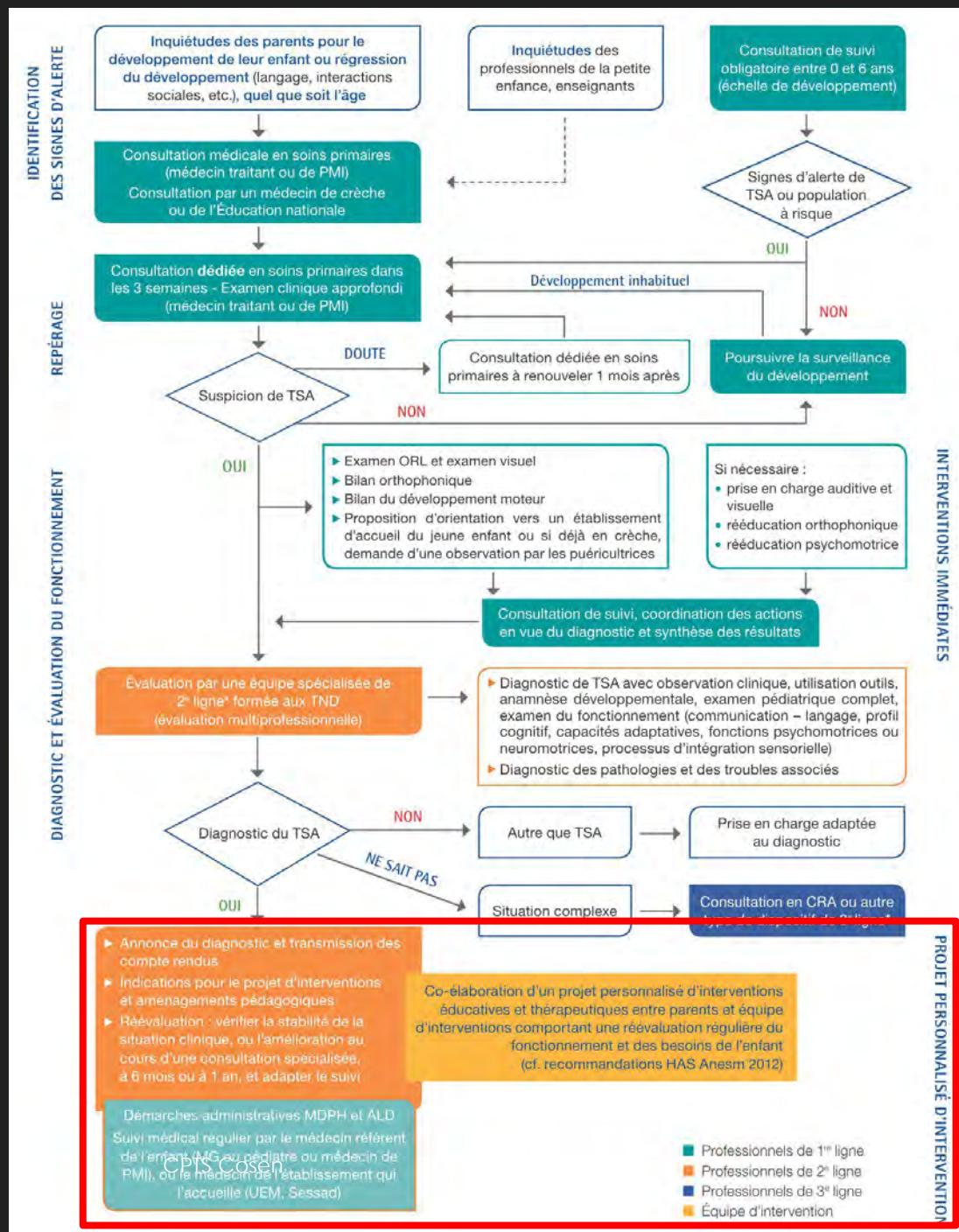
Réduire le délai entre les premières inquiétudes parentales et la mise en place d'interventions appropriées.

Harmoniser les pratiques et procédures en vue d'un diagnostic initial de TSA chez l'enfant ou l'adolescent de moins de 18 ans.

La première étape du parcours de l'enfant correspondant à l'identification des signes d'alerte et au repérage du risque de TSA au cours d'une consultation dédiée de soins primaires est abordée dans la [fiche de synthèse destinée aux professionnels de 1^{re} ligne](#).







PROJET PERSONNALISÉ D'INTERVENTION

type de dispositif de 3^e ligne

- ▶ Annonce du diagnostic et transmission des compte rendus
- ▶ Indications pour le projet d'interventions et aménagements pédagogiques
- ▶ Réévaluation : vérifier la stabilité de la situation clinique, ou l'amélioration au cours d'une consultation spécialisée, à 6 mois ou à 1 an, et adapter le suivi

Démarches administratives MDPH et ALD

Suivi médical régulier par le médecin référent de l'enfant (MG ou pédiatre ou médecin de PMI), ou le médecin de l'établissement qui l'accueille (UEM, Sessad)

Co-élaboration d'un projet personnalisé d'interventions éducatives et thérapeutiques entre parents et équipe d'interventions comportant une réévaluation régulière du fonctionnement et des besoins de l'enfant
(cf. recommandations HAS Anesm 2012)

- Professionnels de 1^{re} ligne
- Professionnels de 2^e ligne
- Professionnels de 3^e ligne
- Équipe d'intervention

Démarche diagnostique

- Le diagnostic de TSA est un **diagnostic clinique**
- Il s'agit d'un **diagnostic médical** qui s'appuie sur une synthèse des informations apportées par les professionnels de 1re ligne et par les différents professionnels paramédicaux et psychologues ayant contribué à la démarche clinique approfondie visant l'examen de l'ensemble des dimensions du développement.
- S'il est nécessaire d'utiliser des **instruments standardisés** pour le diagnostic, la démarche diagnostique ne peut se résumer à leur utilisation qui n'est qu'une **aide au jugement clinique**.
- Le diagnostic initial de TSA doit conduire à un **suivi médical régulier** de l'enfant dans les différentes dimensions de sa santé et de ses besoins par le médecin assurant le suivi habituel de l'enfant, en lien avec les équipes spécialisées de 2e ligne.
- Une **évaluation initiale (ci-dessous) puis des réévaluations pluriprofessionnelles** du fonctionnement et des besoins de l'enfant sont nécessaires au cours de son parcours au vu du caractère potentiellement dynamique et non fixé du TSA afin de réadapter le projet personnalisé d'interventions. Il est rappelé que le diagnostic de TSA doit être ré-interrogé

Démarche diagnostique



Points de vigilance

Comme souligné par le DSM-5, dans le diagnostic de TSA « les symptômes de TSA doivent être présents dès la petite enfance mais ils peuvent ne se manifester pleinement que lorsque la limitation des capacités empêche de répondre aux exigences sociales ».

Le diagnostic de TSA peut être particulièrement difficile à établir chez les enfants dont l'âge de développement est inférieur à 18 mois, mais aussi, quel que soit l'âge, chez les enfants et adolescents pour lesquels on ne dispose pas de possibilités de description de l'histoire développementale précoce et dans le cas où des troubles psychiatriques, d'autres troubles neurodéveloppementaux ou somatiques sont associés au TSA.

Contenu de l'évaluation initiale du fonctionnement de l'enfant

- Il est recommandé que l'évaluation initiale comporte au minimum les éléments suivants :
 - **anamnèse développementale détaillée** : date et motifs des premières préoccupations des parents ; histoire du développement incluant les étapes de l'acquisition et le développement de la motricité, du langage, des interactions sociales et de la communication, jeux, intérêts spécifiques, comportement ; antécédents médicaux personnels (préciser le déroulement de la grossesse, la prise éventuelle de médicaments et de toxiques, l'accouchement) et familiaux ; modes de socialisation, de prise en charge et d'accompagnement ;
 - **vérification de la réalisation des tests de repérage standard** (audition, vision³) ;
 - **examen pédiatrique clinique complet** (poids, taille, périmètre crânien, examen neurologique, etc.) ;
 - **observation clinique**, en situation d'interaction avec l'enfant, de ses capacités de communication sociale et de ses comportements afin de rechercher les signes centraux de TSA en référence aux critères du DSM-5. Cette observation peut également être structurée au moyen d'outils standardisés tels que la CARS (*Childhood Autism Rating Scale*) ou l'ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule*) ou l'ECA-R (échelle d'évaluation des comportements autistiques révisée) ;
 - **examen des différentes dimensions du langage et de la communication non verbale et pragmatique** (ex. : attention conjointe et habiletés conversationnelles) au moyen des tests standardisés disponibles ;
 - **examen du niveau de fonctionnement intellectuel et du profil cognitif** (en termes de difficultés mais aussi de points forts et de potentialités) au moyen de tests psychométriques standardisés disponibles adaptés à l'âge chronologique de l'enfant et à ses autres capacités, notamment le langage ;
 - **examen des capacités adaptatives** de l'enfant dans les situations de vie quotidienne sur la base des observations parentales, en particulier au moyen de l'échelle de Vineland ;
 - **examen des fonctions psychomotrices** dont les habiletés motrices globales et fines à partir de tests standardisés adaptés à l'âge de l'enfant et à ses autres capacités ;
 - **examen des processus d'intégration sensorielle.**

Diagnostic des troubles associés

Entretien familial

- Histoire de la grossesse et de l'accouchement (problèmes pré- et périnataux incluant les maladies maternelles et la consommation de médicaments, en particulier de valproate, ou de toxiques durant la grossesse, les anomalies foetales échographiques et les complications obstétricales)
- Histoire du développement précoce avec la chronologie du développement et la recherche de la notion de régression du développement (en particulier du langage ou de la sociabilité)
- Antécédents médicaux personnels de l'enfant (problèmes médicaux ou chirurgicaux, épilepsie, etc.)
- Autres troubles ou maladies associés de l'enfant (hyperactivité, anxiété, maladie de Gilles de la Tourette, troubles obsessionnels compulsifs et dépression)
- Antécédents familiaux (autisme ou TSA, trouble du développement intellectuel, troubles du langage, anomalies congénitales, fausses couches à répétition, décès périnataux, dépression, épilepsie, trouble obsessionnel compulsif [TOC])
- Troubles du sommeil ou troubles du comportement alimentaire

Diagnostic des troubles associés

Examen clinique approfondi

- Un examen général : recueil de la taille, du poids et de l'état nutritionnel, avec interprétation des courbes de croissance
- Un examen neurologique, comportant une analyse de la cinétique de croissance du périmètre crânien (à partir du carnet de santé), puis une observation de l'enfant avec une attention particulière de la qualité des transferts, du relevé du sol, de la marche, de la motricité fine des deux mains, de l'oculomotricité et des praxies bucco-faciales ainsi que du tonus musculaire de l'axe et des membres
- Un examen morphologique à la recherche de particularités morphologiques (visage, peau, extrémités, organes ou autre)

Diagnostic des troubles associés

Recours à des consultations spécialisées

- Examen de la vision (ophtalmologique et orthoptique)
- Examen de l'audition
- Proposition systématique d'une consultation de génétique médicale, surtout en cas de TSA associé à un trouble du développement intellectuel, à une particularité morphologique, ou tout signe clinique pouvant évoquer une maladie génétique sous-jacente, et pour toute demande de conseil génétique familial, quelle que soit la forme de TSA. Il est recommandé un accompagnement des parents dès la proposition de cette consultation
- Une consultation de neuropédiatrie en cas de prématurité, de retard de croissance intra-utérin, d'antécédents périnataux, en cas d'éléments atypiques du tableau clinique, de trouble moteur, de régression du développement, d'une anomalie de croissance du périmètre crânien ou de l'examen neurologique ou en cas d'épisode neurologique aigu : crise d'épilepsie, mouvements anormaux (hors stéréotypies), trouble de la conscience, fatigabilité excessive, etc.

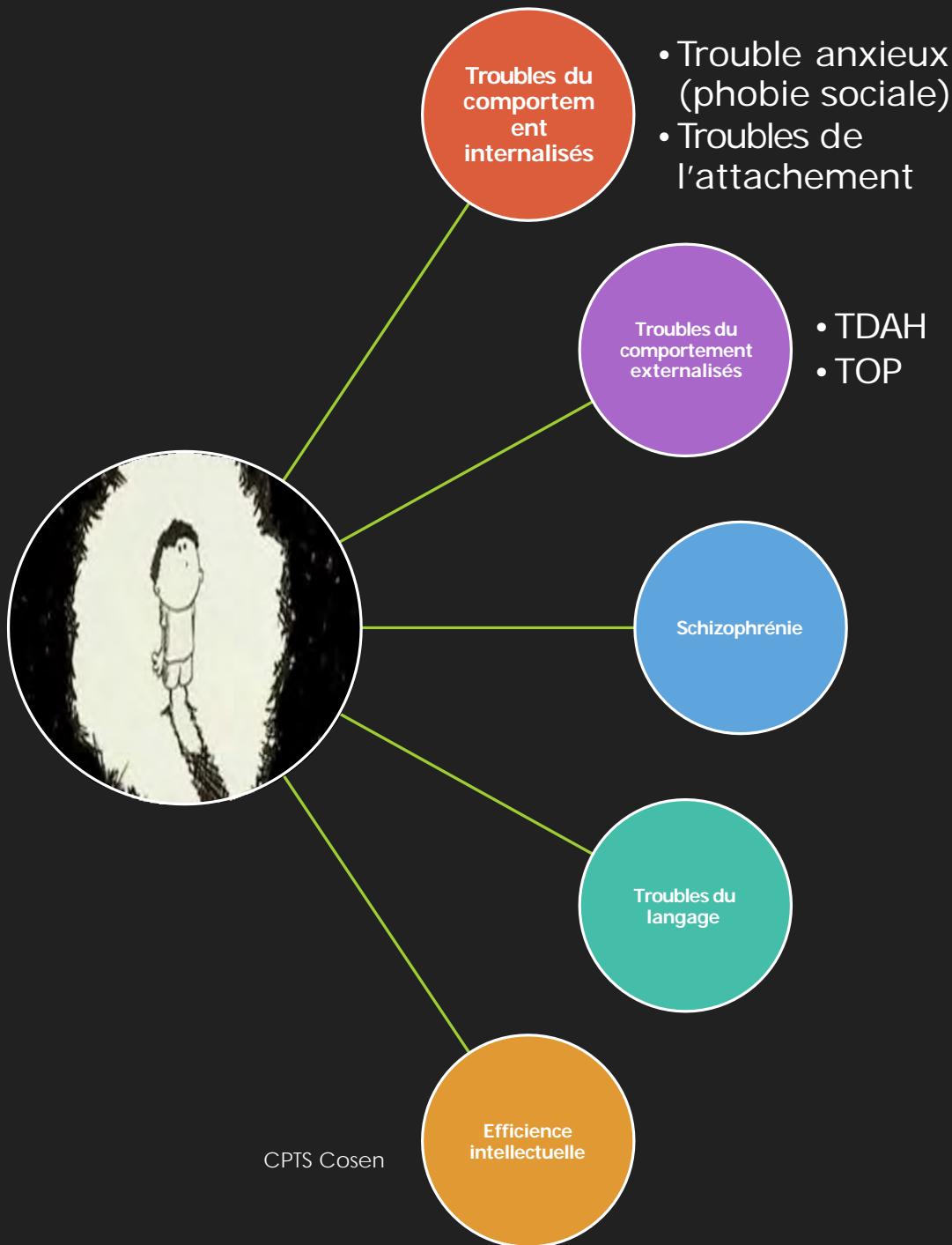
Diagnostics différentiels

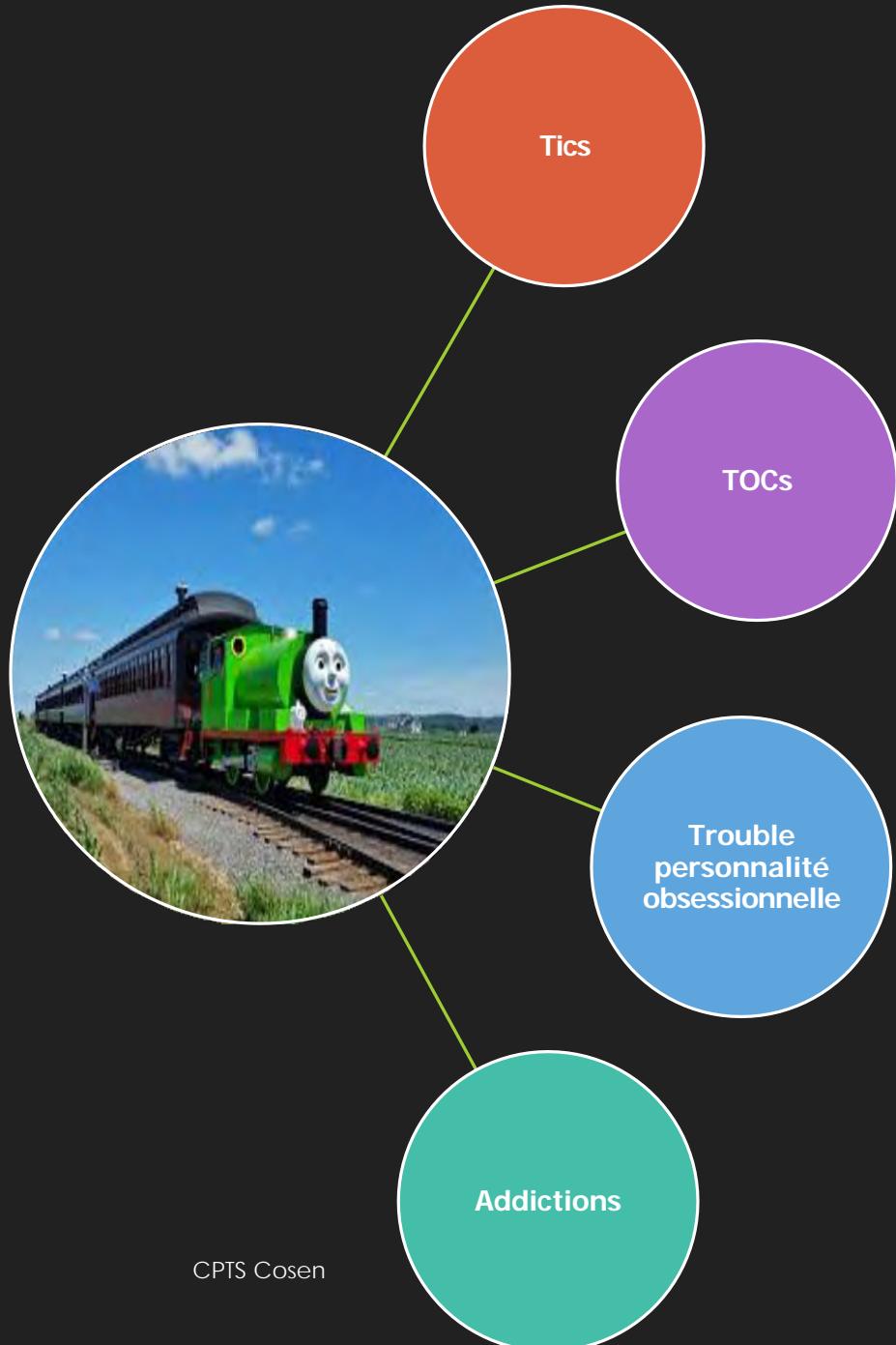
■ Chez l'enfant plus grand et l'adolescent :

- le trouble obsessionnel compulsif (TOC) qui peut comporter des stéréotypies et des intérêts restreints ;
- la schizophrénie à début précoce qui peut comporter une phase prodromique au cours de laquelle un retentissement social ainsi que des intérêts restreints et des croyances atypiques peuvent survenir.

Chez l'enfant :

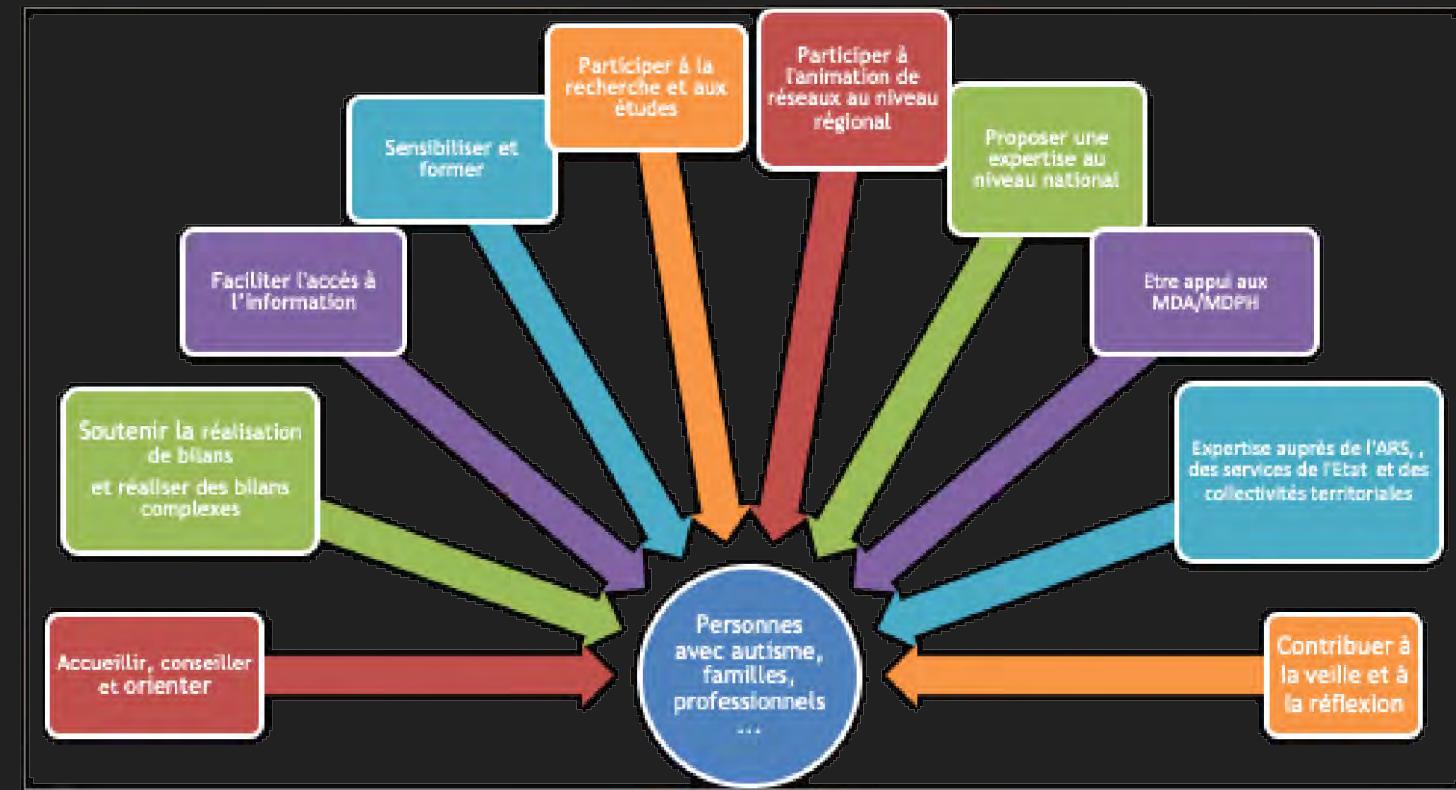
- les troubles sensoriels (surdité et cécité) quand ils sont associés à des troubles du comportement ou des troubles relationnels ;
- les états de marasme dans un contexte de carence affective grave et le trouble réactionnel de l'attachement dont les problèmes de relations sociales peuvent quelquefois apparaître à première vue comme similaires à ceux du TSA ;
- les troubles de la communication incluant le trouble du langage et le trouble de la communication sociale (pragmatique). Dans certains troubles du langage, il peut exister des problèmes de communication et des difficultés de socialisation secondaires. Le trouble de la communication sociale (pragmatique) comporte une altération de la communication sociale et des interactions sociales mais il n'y a pas de comportements ou d'intérêts restreints et répétitifs. Le trouble de la communication sociale (pragmatique) et le TSA s'excluent ;
- le retard global de développement et le trouble du développement intellectuel sans TSA : le trouble du développement intellectuel est retenu en l'absence de différence entre le niveau de compétences sociocommunicatives et le niveau de développement des autres compétences intellectuelles ;
- le TDAH en raison des troubles de l'attention qui peuvent être présents également dans le TSA ;
- le trouble de l'anxiété sociale (phobie sociale) qui a en commun avec le TSA le retrait social et la préférence pour rester seul ; le retard du langage et de la communication présent dans le TSA n'est pas retrouvé pour le trouble de l'anxiété sociale ;
- certaines formes d'épilepsie telles que le syndrome de Landau-Kleffner qui comporte la survenue entre l'âge de 3 et 7 ans d'une perte de langage (à la fois sur le versant expressif et réceptif) associée dans le temps à des crises d'épilepsie ;
- le mutisme sélectif : l'enfant a des compétences sociales appropriées dans certaines situations et dans les situations où il est mutique, la réciprocité sociale n'est pas altérée. Le mutisme sélectif et le TSA s'excluent ;
- le syndrome de Rett qui peut comporter une altération des interactions sociales au cours de la phase de régression entre l'âge de 1 an et 4 ans.





Centres Ressources Autisme

- Structures de 3ème ligne
- Plusieurs missions: évaluation, réseaux, recherche,...
- Réservés aux situations complexes pour la partie diagnostique
- Pour les enfants et les adultes
- 1 CRA par région (anciennes régions)
- Filtrage pour les demandes d'évaluations diagnostiques avec fiches de recueil de demandes
- Consultations conjointes CRA/
CRTLA



Unité d'Évaluation des Troubles du Développement

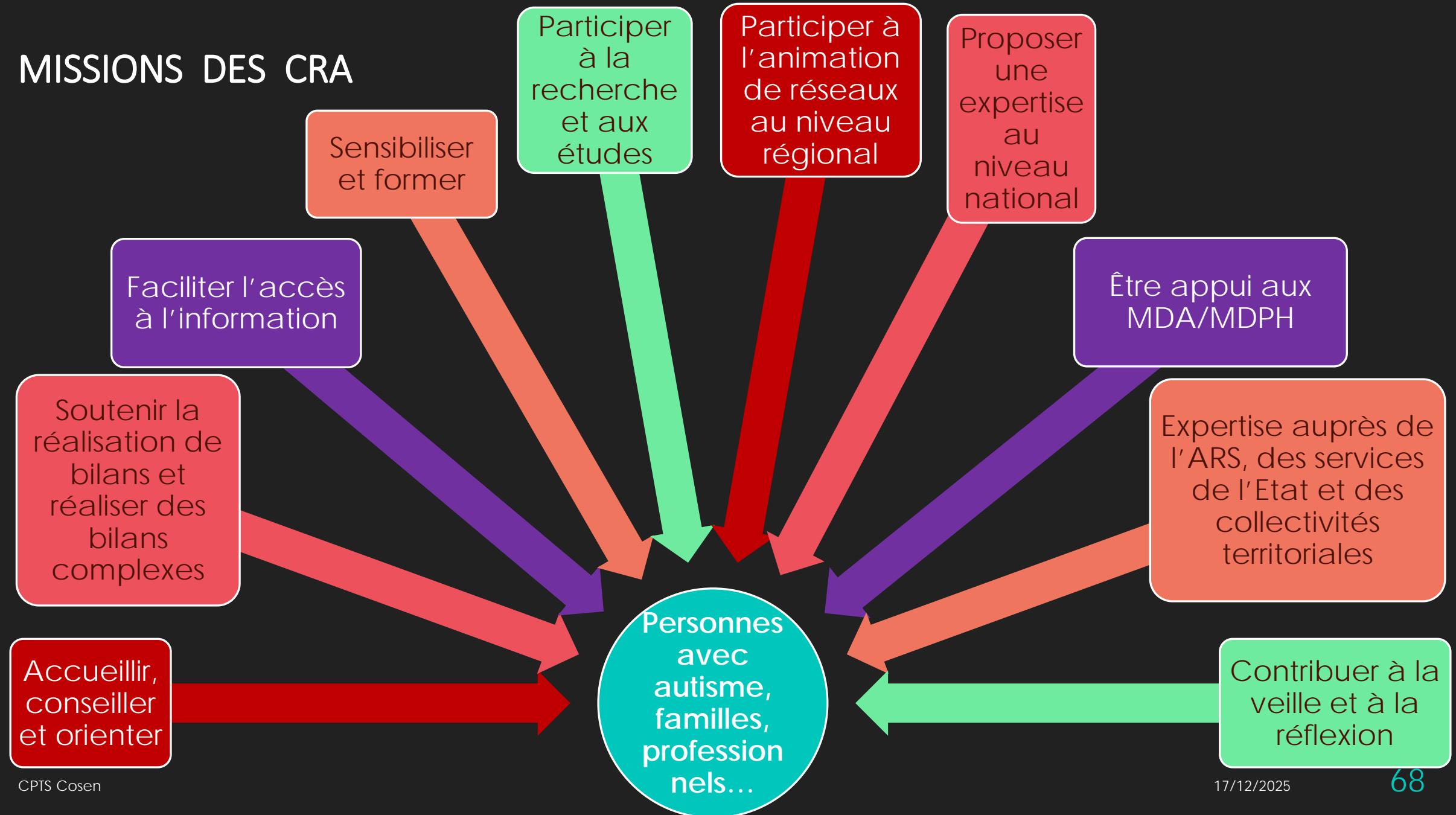
Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents



L'UETD est localisée
à l'Hôpital de l'Elsau
15 rue Cranach
CPTS Cosen
Strasbourg 67200

Un CRA est constitué d'une équipe pluridisciplinaire, spécialisée et expérimentée sur le TSA, mettant en œuvre des actions de diagnostic précoce, de recherche, d'aide, de soutien, d'information, de formation, de conseil et d'expertise auprès des familles et des professionnels médico-sociaux et de santé.

MISSIONS DES CRA

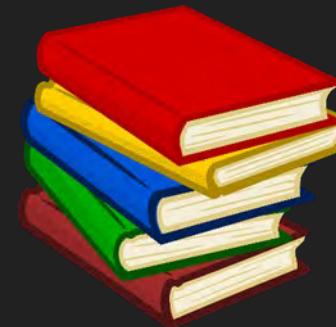




Renseignements, Accueil documentaire, Prêt de documents, Lettre d'information, etc.

Site internet : www.cra-alsace.fr

<http://cra-alsace.fr/aida-documentation/>



Basé à Colmar, Espace Autismes

Sur site de Strasbourg / Hôpital de l'Elsau :

Permanence documentaire toutes les semaines paires

10h à 12h / 13h à 16h Pavillon Albatros : 15 rue Cranach 67200

STRASBOURG

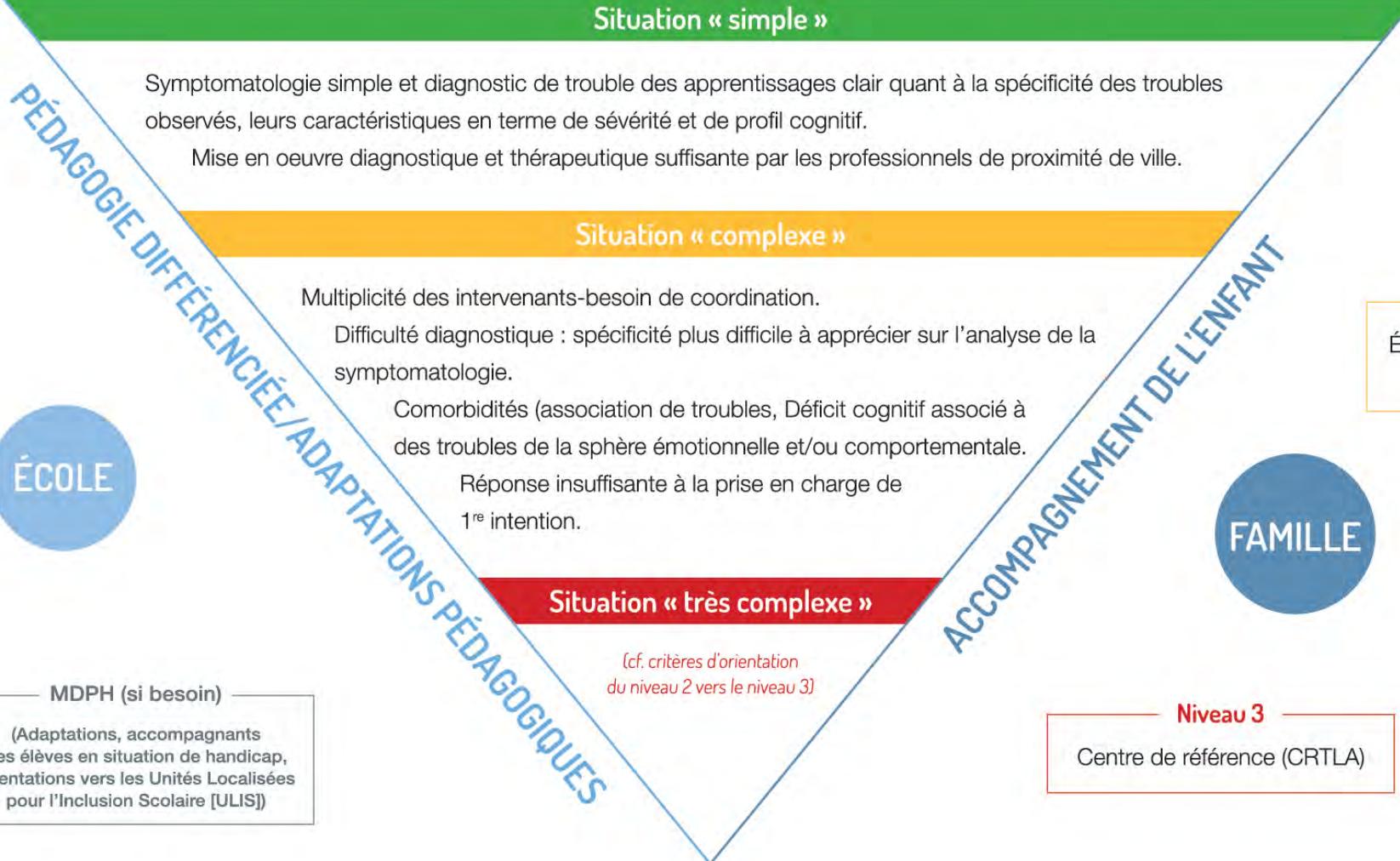
Les troubles d'apprentissage: repérer et orienter



Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?

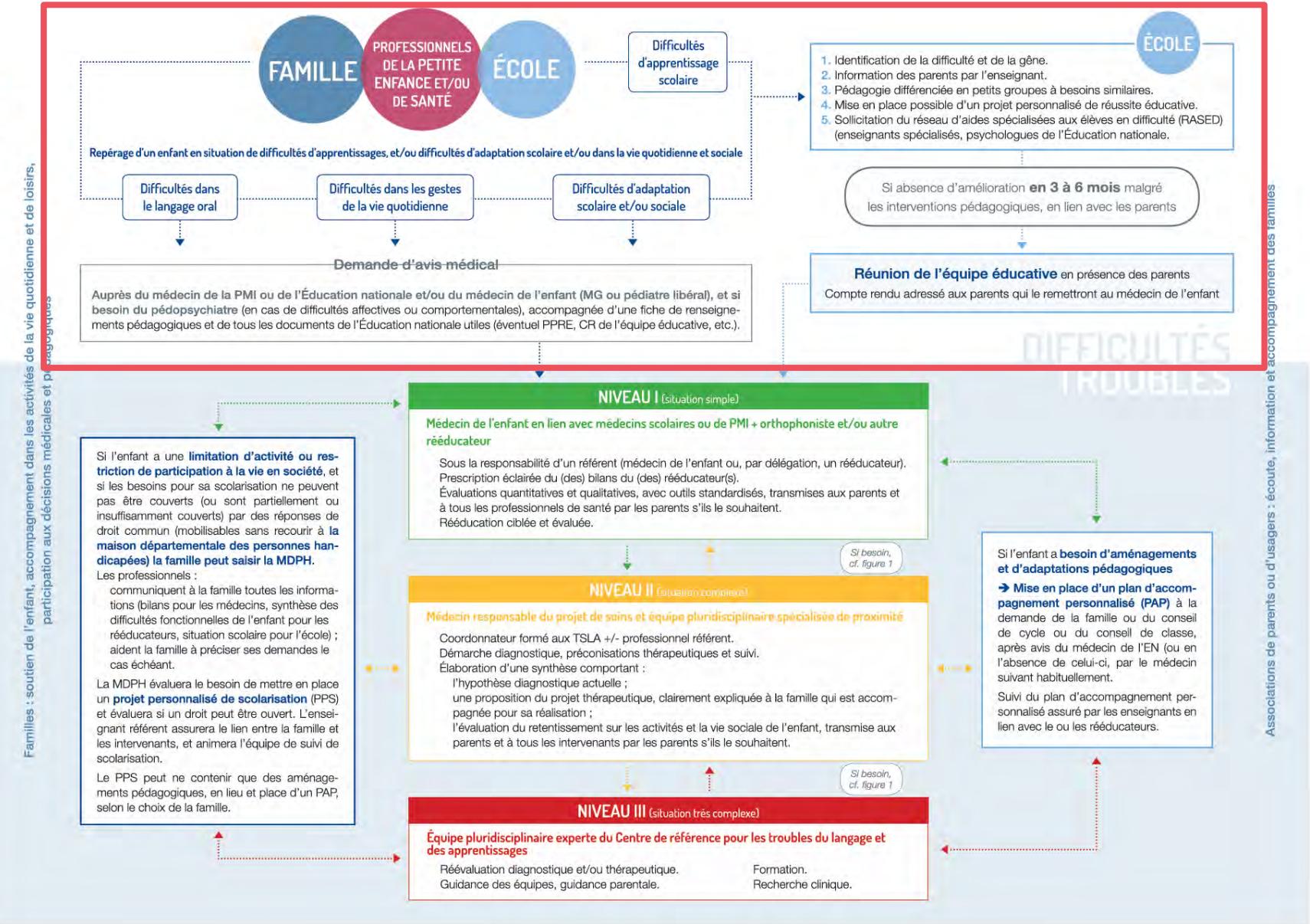
Profils de situations/acteurs du parcours

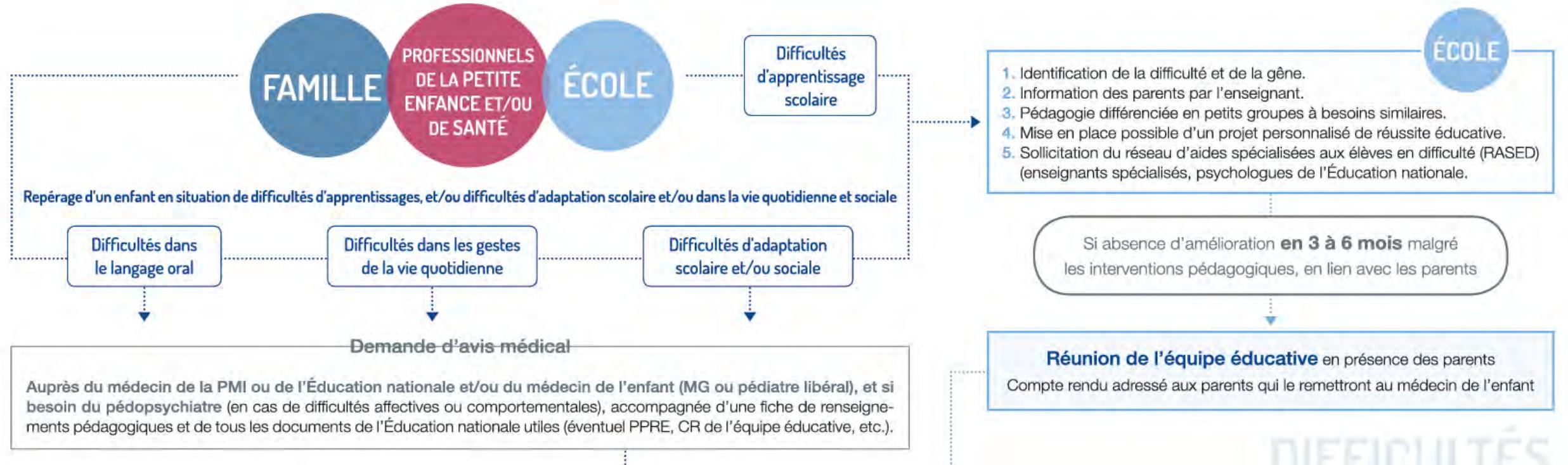
Intensité et durabilité (3 à 6 mois) des difficultés d'apprentissages scolaires et/ou dans la vie quotidienne et sociale, et absence ou insuffisance de réponse aux mesures pédagogiques qui ont été entreprises, en lien avec les parents



Vue d'ensemble du parcours

Parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages





Si l'enfant a une **limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société**, et si les besoins pour sa scolarisation ne peuvent pas être couverts (ou sont partiellement ou insuffisamment couverts) par des réponses de droit commun (mobilisables sans recourir à **la maison départementale des personnes handicapées**) la famille peut saisir la MDPH.

Les professionnels :

communiquent à la famille toutes les informations (bilans pour les médecins, synthèse des difficultés fonctionnelles de l'enfant pour les rééducateurs, situation scolaire pour l'école) ; aident la famille à préciser ses demandes le cas échéant.

La MDPH évaluera le besoin de mettre en place un **projet personnalisé de scolarisation** (PPS) et évaluera si un droit peut être ouvert. L'enseignant référent assurera le lien entre la famille et les intervenants, et animera l'équipe de suivi de scolarisation.

Le PPS peut ne contenir que des aménagements pédagogiques, en lieu et place d'un PAP, selon le choix de la famille.

NIVEAU I (situation simple)

Médecin de l'enfant en lien avec médecins scolaires ou de PMI + orthophoniste et/ou autre rééducateur

Sous la responsabilité d'un référent (médecin de l'enfant ou, par délégation, un rééducateur). Prescription éclairée du (des) bilans du (des) rééducateur(s). Évaluations quantitatives et qualitatives, avec outils standardisés, transmises aux parents et à tous les professionnels de santé par les parents s'ils le souhaitent. Rééducation ciblée et évaluée.

Si besoin,
cf. figure 1

NIVEAU II (situation complexe)

Médecin responsable du projet de soins et équipe pluridisciplinaire spécialisée de proximité

Coordonnateur formé aux TSLA +/- professionnel référent. Démarche diagnostique, préconisations thérapeutiques et suivi. Élaboration d'une synthèse comportant :

l'hypothèse diagnostique actuelle ;
une proposition du projet thérapeutique, clairement expliquée à la famille qui est accompagnée pour sa réalisation ;
l'évaluation du retentissement sur les activités et la vie sociale de l'enfant, transmise aux parents et à tous les intervenants par les parents s'ils le souhaitent.

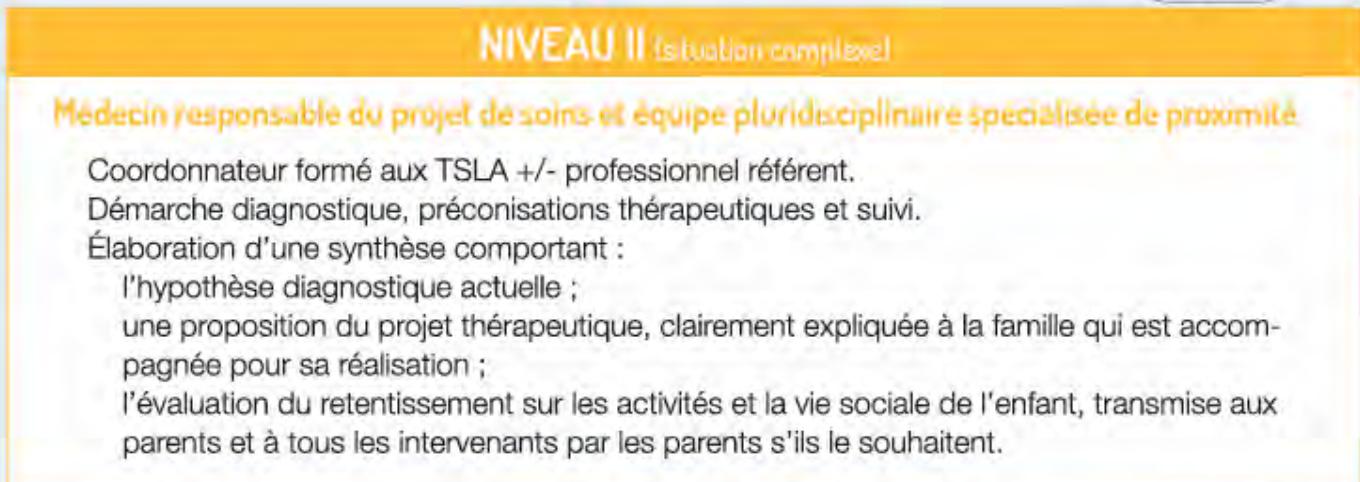
Si besoin,
cf. figure 1

NIVEAU III (situation très complexe)

Équipe pluridisciplinaire experte du Centre de référence pour les troubles du langage et des apprentissages

Réévaluation diagnostique et/ou thérapeutique.
Formation.
Guidance des équipes, guidance parentale.

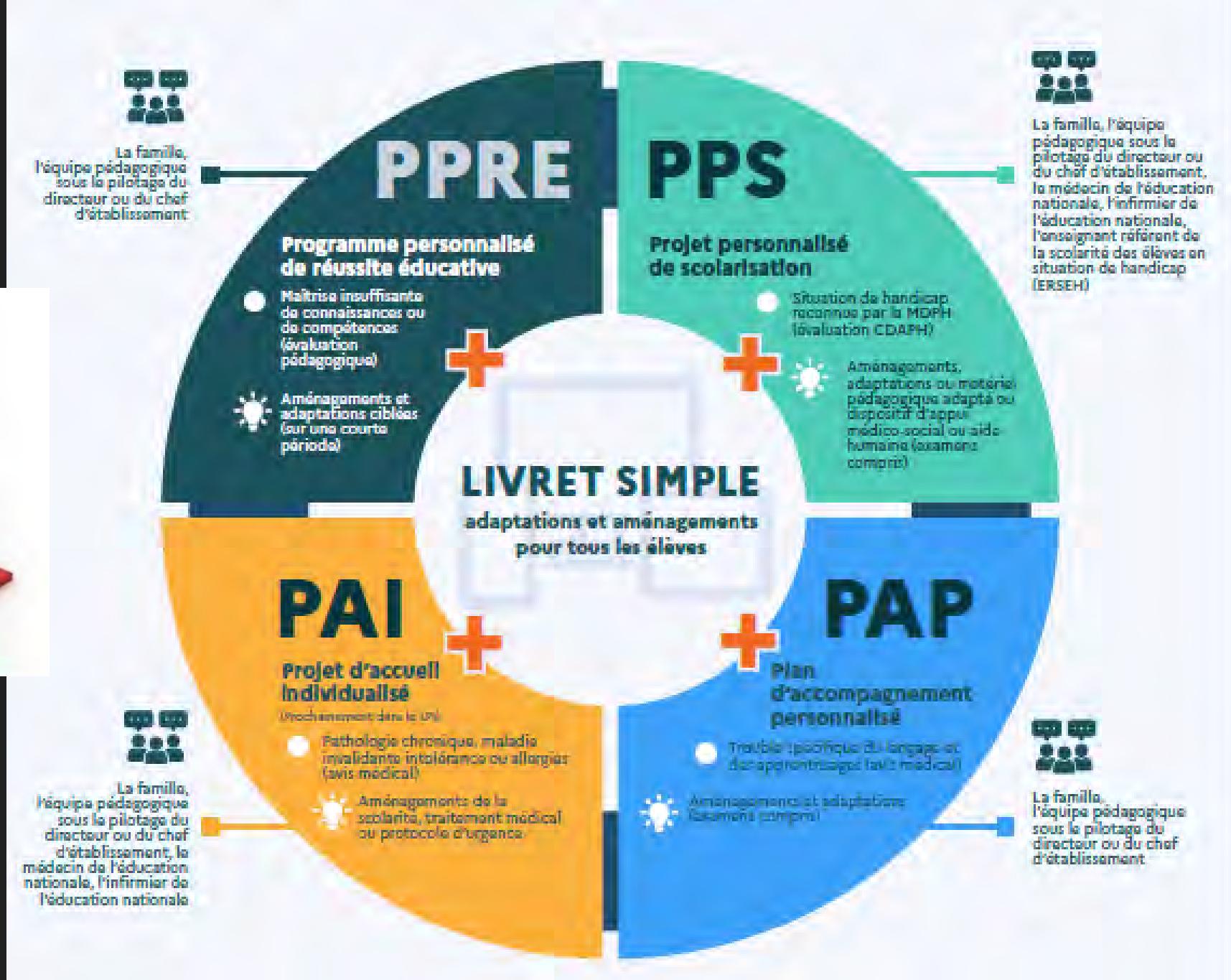
Recherche clinique.



Si l'enfant a **besoin d'aménagements et d'adaptations pédagogiques**

➔ **Mise en place d'un plan d'accompagnement personnalisé (PAP)** à la demande de la famille ou du conseil de cycle ou du conseil de classe, après avis du médecin de l'EN (ou en l'absence de celui-ci, par le médecin suivant habituellement).

Suivi du plan d'accompagnement personnalisé assuré par les enseignants en lien avec le ou les rééducateurs.



SIGNES D'ALERTE À L'INTENTION DU MÉDECIN DE PREMIER RECOURS ET ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE

Avant
3 ANS

Difficultés d'acquisition du langage oral

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
à 18 mois	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aucun mot signifiant. ■ Absence de babillage. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Éliminer d'emblée un doute sur l'audition. ■ Éliminer un trouble de communication verbale et non verbale : absence de jeu de « faire semblant » ou d'imitation, de pointage protodéclaratif, d'attention partagée pouvant représenter une alerte vers un trouble du spectre de l'autisme.
à 24 mois	<ul style="list-style-type: none"> ■ Langage très pauvre. ■ Pas d'association de mots. ■ N'a pas l'air de bien comprendre alors qu'il communique bien (regard, gestes, etc.). ■ Compréhension altérée. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examen clinique, audition. ■ Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (surtout en cas de vulnérabilité familiale, d'antécédents familiaux ou de prématurité).

Difficultés d'apprentissage du langage écrit

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
2 ^e trimestre du CP	<p>Critères de sévérité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ persistance de difficultés du langage oral ; ■ ne fait pas le lien entre le(s) signe(s) écrit (graphème[s]) et le son qu'il(s) symbolise(nt) (phonème) et vice versa ; ■ ne rentre pas dans la lecture des syllabes simples ou fait de nombreuses erreurs. <p>Difficulté moins sévère.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire.
3 ^e trimestre du CP	<ul style="list-style-type: none"> ■ Difficultés persistantes au 3^e trimestre, surtout si pas ou peu de progrès avec l'intervention pédagogique. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre en oeuvre une intervention pédagogique préventive (entraînement).
CE1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Toute difficulté scolaire persistante : <ul style="list-style-type: none"> ■ lecture anormalement lente ou imprécise ou n'amenant pas à une compréhension du message écrit ; ■ écriture illisible avec des erreurs phonétiques fréquentes. ■ Tout refus de lire/aller à l'école ou autre plainte somatique. <p>■ Si le déficit est modéré et/ou ne touche</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire. <p>■ Pratiquer une évaluation normée de lecture (vitesse, précision, compréhension) et d'orthographe correspondant à la classe suivie par l'enfant.</p> <p>■ Intervention pédagogique durant 3-4 mois.</p>

Difficultés d'apprentissage du calcul

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
Grande section de maternelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'élève a des difficultés d'accès au symbole. ■ L'élève n'acquiert pas la chaîne numérique orale et fait beaucoup d'erreurs dans son comptage ■ L'élève a des difficultés à dénombrer une collection d'objets en pointant du doigt un ensemble d'éléments. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réponse pédagogique +++ si la difficulté est isolée (pas de trouble du langage oral qui nécessite un bilan orthophonique - ou un trouble du geste qui nécessite un bilan psychomoteur et/ou ergothérapie). ■ En informer les rééducateurs si l'enfant est suivi.

Difficultés d'acquisition des coordinations et des praxies

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
Dans la vie courante	<ul style="list-style-type: none"> ■ Désintérêt voire refus des jeux faisant appel à la construction, au dessin, qui sont malhabiles mais aussi les jeux moteurs : vélo, courses, jeux collectifs. ■ Difficultés pour tous les gestes de la vie quotidienne : habillage, toilette, repas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les signes précédents doivent être recherchés et l'importance de leurs conséquences sur la vie de l'enfant appréciée.
En moyenne	<ul style="list-style-type: none"> ■ Difficultés dans le graphisme : tracer les lettres, colorier, ne peut tracer un carré en fin de moyenne section ou un triangle en grande section. N'écrit pas son nom de façon lisible en fin de GSM. ■ Difficultés à coller, à découper. ■ Dessin pauvre, mal structuré, peu varié dans ses formes et ses couleurs, contrastant avec la construction du récit qu'il en fait, la vivacité 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sauf si particulièrement sévères ou mal supportés, ces signes doivent amener à une adaptation (valoriser les côtés positifs et à une aide pédagogique). ■ Si les difficultés sont une gêne notable : <ul style="list-style-type: none"> • par rapport aux demandes et aux réalisations habituelles des autres enfants de la classe, ou du même âge, et ne s'améliorent pas avec les aides pédagogiques ;

CRTL A Strasbourg



- Depuis 2003 au sein du pôle de pédiatrie, CHU de Strasbourg
- Depuis 2008, un réseau hospitalier de Dc et orientation PEC TND de l'enfant en territoire alsacien : CRTL A, AETA, DITAP, UETA
- CRTL A- CRA
 - cs conjointes bimensuelles (Dr de Sèze- Dr Chabaux)
 - Réunions biannuelles
- Réseau : Appui au niveau 2
 - Réseau libéral, CMP, ESMS, EN
 - ESP TND Dr Roos
 - PCO 7-12 : CAMSP APHVN-CRTL A (2024)



TDAH: repérer et orienter



SYNTÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Décembre 2014

SUIVI PAR LE MÉDECIN DE PREMIER RECOURS

- Organiser le suivi en coordination avec le spécialiste et les autres intervenants prenant en charge les comorbidités.
- Assurer un suivi régulier de l'enfant et de sa famille.
- Suivre l'évolution des symptômes en fonction des prises en charge et les adapter si besoin.
- Surveiller l'évolution des symptômes au niveau médical, psychosocial, scolaire et psychologique.
- Adapter la fréquence du suivi en fonction de la sévérité des symptômes et des comorbidités.

Information sur les prises en charge possibles

Prise en charge multimodale comprenant des éléments de la prise en charge non médicamenteuse associés si besoin à une prise en charge médicamenteuse:

- Prise en charge non médicamenteuse, comprenant des mesures psychologiques, éducatives et sociales (approches cognitivo-comportementales, psychodynamiques, systémiques et psycho-éducatives, guidance parentale, aménagements scolaires, etc.).
- Prise en charge médicamenteuse : methylphénidate (lorsqu'une prise en charge psychologique, éducative et sociale seule s'avère insuffisante).

L'intérêt de cette approche multimodale a été démontré dans plusieurs études. Cette approche est efficace pour traiter l'ensemble des symptômes et agir sur les différents domaines de la vie du patient.

Paramètres à surveiller en cas de traitement médicamenteux

- Observance et tolérance à l'interrogatoire.
- Courbe staturo-pondérale, PA et FC à l'examen clinique.
- Effets indésirables : diminution de l'appétit, ralentissement du développement staturo-pondéral, retentissement cardio-vasculaire, troubles du sommeil, symptômes psychiatriques, troubles du comportement, etc.

Paramètres à surveiller en cas de traitement médicamenteux

- Observance et tolérance à l'interrogatoire.
- Courbe staturo-pondérale, PA et FC à l'examen clinique.
- Effets indésirables : diminution de l'appétit, ralentissement du développement staturo-pondéral, retentissement cardio-vasculaire, troubles du sommeil, symptômes psychiatriques, troubles du comportement, etc.

Règles de prescription

- La prescription initiale hospitalière et les renouvellements annuels sont réservés aux spécialistes et/ou services hospitaliers spécialisés (pédopsychiatre, neurologue, neuropédiatre, psychiatre, pédiatre, médecin des centres du sommeil).
- Les autres renouvellements peuvent être faits par tout médecin, avec possibilité d'adapter les posologies.
- La prescription (ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 28 j) est délivrée dans une pharmacie choisie par les parents, mentionnée sur chaque ordonnance.
- L'ordonnance doit être présentée au pharmacien dans les trois jours, au-delà elle n'est exécutée que pour la durée de traitement restant à courir.
- Une même ordonnance ne peut pas faire l'objet d'un renouvellement de la délivrance.

SYNTHESE

Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents

Validée par le Collège le 18 juillet 2024

Caractéristiques

- ➔ Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité : appartient à la catégorie des troubles du neurodéveloppement (TND), pas de limite d'âge pour évoquer le diagnostic
- ➔ Comprend des symptômes d'inattention et de distractibilité, accompagnés ou non d'hyperactivité et d'impulsivité, entraînant un retentissement sur le fonctionnement adaptatif scolaire, social et familial
- ➔ Présente un risque d'augmentation des accidents, des conduites addictives, des conduites suicidaires et d'activités délictuelles, notamment chez l'adolescent
- ➔ Présente un risque d'aggravation des conséquences psychologiques, scolaires, familiales et sociales en cas de retard de diagnostic ou d'interventions thérapeutiques

Diagnostic

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Trouble du
neurodéveloppement
/ TDAH : Diagnostic
et interventions
thérapeutiques
auprès des enfants
et adolescents

FICHE

Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents

Proposition de trame pour l'entretien diagnostique

Validée par le Collège le 18 juillet 2024

Nom du patient :

Date(s) consultation(s) :

Date de naissance :

Classe actuelle :

Mode de vie <ul style="list-style-type: none">– Situation familiale¹– Composition familiale²– Profession des parents– Langue(s) parlée(s) à la maison– Évènement familial notable– Organisation du lieu de vie³– Activités extrascolaires	
Plainte à l'origine de la consultation <ul style="list-style-type: none">– Quelle est la demande des parents/enfant ?– Quelle est la demande de l'école ou de l'environnement ?	
ATCD familiaux	

Arbre décisionnel interventions thérapeutiques

INTERVENTION LORS DU DIAGNOSTIC



Psychoéducation

À mettre en place dès le diagnostic et à poursuivre tout au long du suivi

INTERVENTIONS INITIALES



Aménagements scolaires et pédagogiques



Traitement médicamenteux

Intervention médicamenteuse : à rajouter en fonction de la sévérité des symptômes et à leur impact négatif sur le quotidien (scolaire, familial et social) du patient

En cas d'intensité sévère peut être débuté après la psychoéducation

INTERVENTIONS COMPLÉMENTAIRES



Thérapies comportementales cognitives et émotionnelles (TCCE)



Rééducations ciblées

Intervention à rajouter si besoin en fonction des comorbidités

Arbre décisionnel intervention médicamenteuse

Méthylphénidate (MPH) LP ou LM (libération prolongée ou modifiée)



Adaptation dosage selon efficacité et effets indésirables : cible entre 0,5 et 1 mg/kg/jour



Optimisation : doses, heures de prise, fractionnement

MPH

Si inefficace ou mal toléré



Changement pour autre spécialité de méthylphénidate LP ou LM (4 spécialités possibles)



Adaptation dosage selon efficacité et effets indésirables : cible entre 0,5 et 1 mg/kg/jour



Optimisation : doses, heures de prise, fractionnement

En cas d'effet de fin de dose : complément par méthylphénidate libération immédiate

En cas d'effet de fin de dose : complément par méthylphénidate libération immédiate

Autres

Si inefficace ou mal toléré ou d'emblée en cas de contre-indication au MPH



Atomoxétine en AAC (autorisation d'accès compassionnel)

Trouble du Développement Intellectuel: repérer et orienter...

SYNTHESE

L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (Volet 1) : Autodétermination et évaluations fonctionnelles

Validée le 5 juillet 2022

SYNTHESE

L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (TDI)

Volet 2 : la scolarité, le travail et la vie active, les loisirs et le temps libre



Dr Stéphanie SCHNEIDER
Médecin coordonnateur
Pédopsychiatre

Paroles d'experts

Journée du sommeil®
Le manque de sommeil des enfants

Susanne SCHRÖDER
Professeur de pédopsychiatrie, spécialiste du sommeil
Hôpitaux universitaires de Strasbourg, CNRS UPS 3212

INSTITUT NATIONAL DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE
VINCI Performance
FONDATION Pour une société responsable

Remerciements