

**SIGNES D'ALERTE DE DEVELOPPEMENT ATYPIQUE
CHEZ LE JEUNE ENFANT 0-3 ans :
Propositions du Comité permanent de la FFP**

SYNTHESE DES PRINCIPALES PRECONISATIONS

- Instaurer pour les 3 niveaux repérage-dépistage-diagnostic un réseau de proximité sous forme de **maillage** territorial et partenarial de qualité.
- Développer les **formations** au repérage et au dépistage pour tout professionnel de 1^e ligne. Y inclure les médecins généralistes.
- Donner des **messages simples** de repères de développement.
- Veiller à la qualité des formations : les groupes d'échanges de pratiques entre 1^e et 2^e ligne, les observations partagées, les vidéos sont indispensables aux formations. La connaissance théorique des signes d'alerte ne suffit pas. Porter attention à l'absence de conflits d'intérêt dans les formations dispensées.
- Instaurer un examen supplémentaire à **18 mois** avec repères sur le carnet de santé et explications concernant l'attention conjointe et les différents pointages.

Considérer comme « drapeau triple rouge » tout retard de développement. Ne jamais laisser passer un retard sans entamer une démarche diagnostique

Toujours prendre en compte les inquiétudes des parents et le récit global fait par eux de la vie de l'enfant.

Drapeaux rouges à 0-6 mois

Pauvreté des interactions

Manque d'appel adressé du bébé par le regard, la mimique ou par les vocalises

Troubles de la posture et du tonus

Drapeaux rouges à 12 mois

Absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux

Retards moteurs, particularités motrices et troubles du tonus

Drapeaux rouges à 18 mois

Absence d'attention partagée et conjointe : pointage proto impératif et proto-déclaratif

Absence de faire semblant

Retards moteurs, particularités motrices

Drapeaux rouges à 2-3ans

Isolement

Pas d'échange visuel

Stéréotypies

Manque d'échanges par le langage verbal : syllabes, mots

Retards moteurs, particularités motrices

On s'accorde aujourd'hui à soutenir le bien fondé d'un repérage le plus précoce possible des signes d'alerte présentés par les jeunes enfants, qu'ils soient signes de Troubles du neuro-développement (TND), incluant les troubles du spectre autistique (TSA) ou qu'ils s'intègrent dans des troubles du développement psycho-affectif et émotionnel, selon la distinction maintenant opérée par le DSM5 (**Annexe 1**).

La recherche de précocité s'appuie sur la possibilité de modifier la trajectoire développementale des tout petits et d'améliorer le pronostic grâce à des interventions adaptées. Les travaux scientifiques récents ont démontré les effets des interventions ultra précoces sur des bébés à risque. Ils font la part de la programmation innée du cerveau et des expériences avec l'environnement précoce, qui agissent positivement grâce à la plasticité cérébrale **(1)(2)(3)**.

Le repérage conduit à un dépistage puis une adresse en unité de diagnostic et prise en charge spécialisée.

On nomme signe d'alerte tout signe reflétant des difficultés de développement précoces : écarts de développement, comportements atypiques, absence de jalons classiques du développement. Les signes d'alerte permettent de repérer les enfants vulnérables ou « à risque ». La nature du risque doit être précisée dans la procédure diagnostique.

Ce document de la FFP s'attachera à :

1. définir le processus du repérage et de dépistage au moyen de signes d'alerte en petite enfance en fonction des âges
2. reprendre la définition des niveaux d'interventions et de soins, leurs spécificités et articulations en petite enfance
3. formuler des propositions pour un meilleur repérage et dépistage et contribuer à abaisser l'âge des premières consultations spécialisées afin de permettre des interventions précoces et adaptées, dès la première année.

Le document portera sur la période de la petite enfance, soit la tranche d'âge 0-3 ans. Des distinctions sont à apporter selon les périodes de cette tranche d'âge :

- la période périnatale 0-12 mois
- la période 12- 24 mois, fin de la période périnatale et début de la période préscolaire
- la période 2-3 ans période préscolaire

Les **TSA** et l'ensemble des **TND** sont au cœur de la réflexion de ce document qui envisagera aussi les autres causes de troubles du développement (**Annexe 1**).

Dans le champ périnatal, les frontières du normal et du pathologique sont incertaines. Soins et interventions vont favoriser ou donner des conditions favorables et dynamiques à une meilleure évolution de l'enfant. La clinique est très spécifique et subtile. Il faut tenir compte des différents aspects développementaux de l'enfant mais également de son environnement personnel et familial. La famille joue à cet âge plus encore qu'à tout autre un rôle capital et doit être associée aux démarches. Les actions auprès de l'enfant s'exercent autant que possible au plus près des conditions de vie de l'enfant. **(4)(5)**

Pour avoir un sens et une efficacité en santé publique, le repérage en petite enfance est **large, non ciblé** et ce surtout dans la période 0 à 12 mois. Il doit couvrir l'ensemble des difficultés de développement sans exclusive. Nous développons les arguments qui vont dans ce sens dans le paragraphe suivant.

LES SIGNES D'ALERTE EN PETITE ENFANCE

1-INTRODUCTION

Plusieurs arguments plaident pour un **repérage large, non ciblé**, des troubles précoces du développement, dans la 1^e année de vie (**Annexe 2 et (6)(7)(8)**):

- la difficulté d'un diagnostic précoce avant un an des TSA et autres TND (en dehors de certaines formes très sévères). TSA et TND ont des modalités d'expression symptomatique communes et non spécifiques, avec d'autres troubles. Ainsi TSA, retards et déficits intellectuels de causes diverses, troubles sévères du langage, conséquences de troubles somatiques (troubles sensoriels, épilepsies graves...) et syndromes douloureux prolongés peuvent partager avant l'âge d'un an des signes d'appel communs.

- la fréquence d'autres problématiques, dont la reconnaissance rend compte de la diversité et de la complexité clinique. Ces autres problématiques, comme les troubles réactionnels de l'attachement, les états consécutifs à des négligences, à des faillites environnementales graves, se manifestent par des difficultés de développement précoce.

- la notion de ***cascades développementales (9)*** : concept important, il prend en compte un modèle cumulatif dans lequel, au bout de 12 à 18 mois les facteurs propres à l'enfant, à l'environnement et à leurs interactions s'intriquent dans le tableau développemental.

De nombreuses avancées, de recherche et cliniques, ont permis de mieux discerner les **signes d'appel précoces des TSA et d'autres TND dès la 1^e année**. Elles ne modifient pas la conduite du repérage dans la 1^e année de vie mais la complètent.

Enfin certains tableaux intégrés dans les troubles neuro développementaux par le DSM5 se manifestent plus tardivement (Troubles de la coordination ou dyspraxie développementale, troubles d'apprentissage et troubles repris dans la dénomination TDAH)

2- LES CONDITIONS DU REPERAGE

Chez le bébé dans la 1^e année, l'écoute et le regard sont deux outils essentiels des acteurs du repérage. Ceux-ci doivent être attentifs à toutes les formes expressives du bébé qui passent par le corps : ses pleurs, ses regards, ses mouvements, ses réflexes, ses gestes son tonus, sa peau, ses manifestations quotidiennes : alimentation, sommeil. A partir d'un an, le repérage s'entoure des mêmes précautions, avec des signes souvent plus manifestes sur des compétences sociales et de communication, plus spécifiques. L'entourage familial doit être entendu dans les inquiétudes qu'il exprime et dans le récit global qu'il fait de la vie de l'enfant. Les professionnels observent parfois que les parents sont conduits à hyper-stimuler leur enfant pour obtenir une réaction de sa part à partir de 6-12 mois.

Une observation fine et prolongée de l'enfant, de ses interactions avec l'entourage ainsi qu'une écoute des inquiétudes des parents sont nécessaires.

Le repérage peut s'aider de la distinction en diverses dimensions : développement moteur, sensori-moteur, émotionnel, perceptif, cognitif, de la coordination motrice et de la planification motrice, du langage et de la communication, des interactions affectives et sociales, ces dimensions étant interdépendantes.

Il peut suivre l'ordre adopté lorsqu'on cherche à entrer en contact avec le bébé : intersubjectivité primaire, expression du visage, contact visuel, activité corporelle (tête, tronc, membres), expression vocale, capacité d'être en interaction avec l'autre et intersubjectivité secondaire au deuxième semestre.

3-CONNAISSANCE DES FACTEURS DE RISQUE

Les acteurs du repérage doivent être informés des nombreux facteurs de risque, somatiques et environnementaux qui entravent le développement psychique : prématurité(10), traumatismes

périnataux facteurs d'anoxie périnatale avec ou sans lésions neuro-motrices, imprégnations toxiques et/ou médicamenteuses pendant la grossesse (alcool, dérivés du valproate...), petit poids de naissance, antécédents personnels ou parentaux de diagnostics perturbant les interactions (pathologies chroniques sévères, déficiences intellectuelles sévères, prise de produits toxiques par exemple). Certains facteurs sont d'ailleurs listés dans le guide de repérage des TND.

Être frère et sœur d'un enfant avec diagnostic de TSA est également un facteur de risque (risque de récurrence estimé à 18,7% **(11)**)

4-LES SIGNES D'ALERTE D'UN DEVELOPPEMENT ATYPIQUE :

0-12 mois

ENTRE 0 ET 6 MOIS

EXAMEN GENERAL -SIGNES d'ALERTE

Sphère Somatique :

Troubles précoces de l'oralité : repas long, succion difficile

Troubles du sommeil persistants

Manifestations somatiques récurrentes entraînant des consultations répétées

Développement général

Retard de tenue de tête

Pauvreté de la motricité spontanée - Mouvements synergiques

Particularités tonico-motrices, de la posture et du tonus tels que :

Hypo et hypertonie, défaut d'ajustement, difficultés à être pris dans les bras

Extension et persistance du tonus pneumatique (respiration haute et thoracique)

Manque de regroupement sur le plan sagittal, ne porte pas à la bouche mains ou objets. Manque d'enroulement actif du bassin.

Particularités sensorielles : irritabilités tactiles, agrippements visuels, défaut de poursuite visuelle, hypersensibilité vestibulaire, fluctuation des réponses auditives.

Émotion-communication-socialisation

Retrait relationnel, pauvreté interactive

Absence de sourire, de babil

Bébé trop sage ; dort trop, peu d'appétence aux mouvements,

Irritabilité ; pleurs inconsolables, prolongés

REPERES DE DEVELOPPEMENT

Babil

Capacité à s'engager spontanément dans la relation : mimique, vocalises, regard (connaissance du signe

Préaut à 4 mois-(Annexe 4 et (12-13)

Signes d'alerte absolus 0-6 mois :

Pauvreté interactive

Manque d'appel adressé par le regard, la mimique, les vocalises

Troubles de la posture et du tonus

ENTRE 6 ET 12 MOIS :

EXAMEN GENERAL -SIGNES d'ALERTE

Sphère somatique idem et sélectivité alimentaire, difficultés d'introduction des textures variées et des morceaux.

Développement général :

Particularités tonico-motrices :

Hypo ou hypertonie, balancements

Manque d'enroulement actif du bassin (regroupement)

Manque d'investissement du bas du corps

Retard à la tenue assise puis debout

Manque d'investissement des déplacements à 4 pattes

Absence de vocalisations

Réactions paradoxales aux bruits, particularités sensorielles comme de 0 à 6 mois

(Irritabilités tactiles, agrippements visuels, défaut de poursuite visuelle, hypersensibilité vestibulaire, fluctuation des réponses auditives)

Émotion-Communication-socialisation

Absence de vocalisations

Manque d'intérêt social : regard (contact visuel), réactivité au prénom, imitation, absence de geste d'anticipation des bras

Manque d'expression faciale, de gestes communicatifs (au revoir, bravo) et de vocalisations adressées

Manque d'intérêt pour les jeux, les objets ou manipulation sans instrumentation de l'objet ou agrippement aux objets ou intérêt pour les objets plutôt que pour les visages

Irritabilité-pleurs prolongés-difficultés dans les transitions

Absence de réaction au départ de la personne familière

Absence de pointage impératif (« pour demander »)

REPERES DU DEVELOPPEMENT

Tenue assise- Déplacement

Réponse par l'expression faciale, à l'appel du prénom

Intérêt pour le jeu, les objets, leur usage

Pointage et Imitation

Répétition de syllabes

Connaissance du signe Préaut à 9 mois-(Annexe 4)

Signes d'alerte absolus à 12 mois :

Absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux

Retards moteurs ou particularités motrices

Commentaire concernant les TSA et les autres TND

Entre 6 et 12 mois, la plupart des signes d'alerte restent aspécifiques ; c'est surtout la réduction de la durée et de la fréquence de survenue des interactions sociales qui doit alerter. Les comportements stéréotypés et les autostimulations ne sont pas spécifiques de l'autisme à cet âge et c'est plutôt leur persistance dans l'évolution de l'enfant qui devra inquiéter (Annexe 3). **Retards intellectuels de causes diverses et troubles graves du langage** sont susceptibles de se manifester avec des signes partagés.

Conséquences pour le dépistage :

Avant un an, ce sont le cumul des signes, leur durée et le retard des étapes qui signent la vulnérabilité de l'enfant à risque. Ces signes impliquent une orientation en service spécialisé. Le dépistage est nécessaire, il est actuellement insuffisant.

Les seuls arguments cliniques ne peuvent avant 1 an régler la question du dépistage de signes précoces d'autisme. L'expression symptomatique change dans les premiers mois, les problèmes de diagnostics différentiels mais aussi d'expression tardive de certains signes sont des problèmes de fond dans le développement d'un diagnostic précoce efficace et fiable. En l'absence de marqueurs biologiques, le dépistage repère des *enfants à risque développemental ultérieur*, plus qu'un diagnostic d'autisme probable. La grille Préaut est un instrument de dépistage à cet âge. L'échelle ADBB et le Brunet Lézine sont des outils utilisables en 1^e ligne.

EXAMEN GENERAL-SIGNES d'ALERTE

Sphère Somatique : idem

Développement général

Retard d'acquisition dans les principaux secteurs (marche, langage...) Manque de projet moteur dans les déplacements, chutes répétées, asymétrie dans les déplacements

Particularités tonico-motrices : hypo/hypertonie,

Motricité : manque d'investissement du bassin, marche sur la pointe des pieds, utilisation particulière des hémicorps

Mouvements ou activités stéréotypés

Particularités sensorielles comme dans la première année

Émotion-communication- socialisation

Absence de mots

Retrait relationnel, pauvreté interactive

Particularités dans le contact

Difficultés dans la séparation ou absence de réaction à la séparation : ne réagit pas au départ du parent dans un cadre non familial

Peu de peur envers un étranger ou un lieu étranger

Intolérance à la frustration et au changement

Interactions chaotiques

Désintérêt pour le jeu ou intérêt électif pour des jouets utilisés de façon inhabituelle. Intérêt plus porté pour les objets que pour les visages humains

Absence de recherche de l'objet disparu et du jeu du coucou

Absence d'imitation

Toute régression des compétences est un signe d'alerte. Une trop grande hétérogénéité dans le développement doit alerter.

REPERES DU DEVELOPPEMENT

Interaction

- Pointe (avec l'index) pour demander un objet (pointage impératif)
- Pointe (avec l'index) pour montrer un objet qu'il trouve intéressant et partage l'intérêt par le regard (pointage proto-déclaratif)
- Regarde l'objet et l'adulte qui lui désigne les objets (attention conjointe)
- Se retourne et regarde l'adulte qui l'appelle par son prénom

Communication – langage

Désigne l'objet nommé dans un imagier

Désigne les parties simples de son corps

Va chercher dans une autre pièce un objet familier qu'on lui demande

Dit quelques mots (demander lesquels... même mal prononcés) (6 au moins)

Reproduit une phrase de 2 mots (par ex : maman mange, papa joue, auto partie, même si difficile à comprendre)

Vocalise en dehors de la relation à l'autre

Comportement

Joue avec une variété d'objets dans leur fonction ou de façon variée

Imite les activités que l'adulte fait avec un objet ou avec un jeu simple (balai, peigne, poupée)

Signes d'alerte absolus à 18 mois :

Absence d'attention partagée et conjointe : pointage proto impératif et proto-déclaratif

Absence de faire semblant

Retards moteurs

Conséquences pour le dépistage :

* Si les quatre items cités dans l'interaction sont cochés non, faire passer le M-CHAT R (**Annexe 3 et (14)**)

Si le M-CHAT positif, il conduit à un entretien structuré avec les parents au moyen du M-CHAT-follow-up dont les résultats positifs doivent conduire à une demande de consultation spécialisée.

Commentaire concernant les TSA :

Les trois caractéristiques très significatives à 18 mois concernent l'absence de pointage proto-déclaratif (l'équivalent d'une demande de dénomination), l'absence de jeu de "faire semblant", l'absence d'orientation du regard vers l'objet pointé par l'adulte.

Ceci justifierait un examen obligatoire à 18 mois avec des repères dans le carnet de santé explicitant les critères de l'attention conjointe (13)

D'autre part, les formes de TSA à expression tardive se caractérisant par une régression des compétences linguistique et de socialisation justifient une surveillance à 18 et 24 mois.

Commentaires concernant les autres TND :

La HAS a signalé les repères suivants dans le cadre des *recommandations Troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA)* :

A 18 mois signes d'appel : aucun mot significatif, absence de babillage

Éliminer un doute sur l'audition et un trouble de communication verbale et non verbale

(l'absence de jeu de « faire semblant » ou d'imitation, de pointage proto-déclaratif, d'attention partagée pouvant représenter une alerte vers un trouble du spectre de l'autisme)

EXAMEN MEDICAL

Sphère Somatique : idem

Développement général

Retard d'acquisition dans les principaux secteurs (marche, langage...)

Particularités tonico-motrices et motrices : marche pointe des pieds, utilisation particulière des hémicorps, manque d'investissement du bassin

Particularités sensorielles : hypo ou hyper sensibilité des différents domaines sensoriels, fixation visuelle

Mouvements ou activités stéréotypés et balancements...

Émotion-communication- relation

Absence de mots

Ou prosodie particulière ou écholalie ou langage sans intention de communiquer

Isolement

Difficultés dans la séparation ou absence de réaction à la séparation

Intolérance à la frustration et au changement

Interactions chaotiques

Désintérêt pour le jeu ou intérêt électif pour des jouets (voitures par exemple) utilisés de façon inhabituelle

Absence d'intérêt pour les autres enfants

Peut utiliser la main de l'autre comme outil

EXAMEN DU DEVELOPPEMENT

Développement général

Court, monte les escaliers.

Tourne les pages d'un livre.

Imite une ligne verticale. Gribouille spontanément

Tour de 6 à 8 cubes.

Mange seul avec une cuillère.

Communication -socialisation

Obéit aux ordres simples, ou 2 ordres à la fois « oui, non ».

Vocabulaire de 50 mots, dit son prénom, associe 2 mots, utilise « je, tu, moi ».

Reproduit son et rythme.

Participe aux histoires. Converse

Signes d'alerte absolus 2-3ans :

Isolement

Pas d'échange visuel

Stéréotypies

Manque d'échanges par le langage : syllabes, mots

Retards moteurs et particularités motrices

Concernant le dépistage :

Le **M-CHAT** reste intéressant. Cf supra

Commentaires concernant les TSA :

Les manifestations spécifiques des TSA sont généralement installées. Les éléments les plus caractéristiques sont un mauvais contact visuel, un isolement, l'absence ou la faible quantité d'imitations, de jeu social et conventionnel ; le manque de mots et de phrases et/ ou l'apparition de vocalisations stéréotypées ; le manque de pointage et d'attention conjointe, l'instabilité attentionnelle.

Commentaires concernant les autres TND

La HAS a cité les signes d'appel suivants à 2 ans dans le cadre des TSLA :

Langage très pauvre

Pas d'association de mots

N'a pas l'air de bien comprendre alors qu'il communique bien (regard, gestes)

Compréhension altérée

Les troubles de la coordination (dyspraxie développementale et autres) sont perceptibles à cet âge

II-LE REPERAGE AU SEIN DES TROIS NIVEAUX D'INTERVENTIONS ET DE SOINS : repérage/dépistage/diagnostic

Ces niveaux ont été cités dans l'annexe 1 de la circulaire du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination, à partir de la définition issue de la HAS relative au parcours de santé gradué et coordonné pour les DYS. Les spécificités de la petite enfance amènent cependant à préciser leurs caractéristiques.

Il est essentiel d'instaurer entre ces 3 niveaux des articulations actives, c'est-à-dire la constitution d'un réseau gradué de proximité avec un maillage territorial et partenarial de qualité, sur les lieux de vie des familles. La continuité favorise la bienveillance.

II-a-LE REPERAGE

- Champ d'action du repérage :

Il couvre l'ensemble des difficultés de développement sans exclusive comme nous l'avons dit

Il s'agit de former les professionnels au repérage de toutes les problématiques précoces et à leurs signes d'alerte c'est-à-dire au repérage de signes de troubles du développement comme aux signes de souffrance psychique.

- Acteurs du repérage :

Le repérage concerne l'entourage de l'enfant et les professionnels de proximité : professionnels des lieux de vie sur le territoire : crèche, assistantes maternelles, éducateurs de jeunes enfants ; professionnels de PMI ; les professionnels libéraux.

II-b-LE DEPISTAGE

- Champ d'action :

Le dépistage permet de confirmer l'existence de signes préoccupants ; il se situe avant orientation vers une expertise diagnostique.

- Personnes concernées :

Le dépistage fait intervenir des médecins de 1^e ligne (médecins généralistes, pédiatres, médecins PMI) formés au développement ordinaire et à ses atypies.

Le dépistage repose sur des observations et examens cliniques de l'enfant. Il s'appuie sur des outils fiables, le plus connu étant le M CHAT (Annexe 3). L'échelle ADBB, le Brunet Lézine sont des outils généralistes complémentaires du dépistage. Le guide de Steinhauer est à connaître par les acteurs du dépistage, car il rappelle les besoins fondamentaux de l'enfant. La grille de Coventry donne des éléments différentiels entre grandes catégories. La grille Préaut sensibilise les acteurs du dépistage à l'engagement relationnel de l'enfant à 4 et 9 mois.

II-c-LE DIAGNOSTIC GRADUE :

- Champ d'action du diagnostic :

L'évaluation diagnostique, qui peut être appuyée sur des bilans, est réalisée par les professionnels de deuxième ligne. Pour le bébé et le jeune enfant il s'agit des unités de pédopsychiatrie périnatale, CMP petite enfance, CAMSP, CMPP **en lien** avec les services de pédiatrie, de neuro-pédiatrie et de génétique clinique. L'évaluation inclut le diagnostic différentiel et le projet d'interventions. L'annonce diagnostique fait partie intégrante de cette étape. Diagnostic et interventions doivent se faire sur les mêmes lieux.

Les problèmes de diagnostic et de diagnostic différentiel sont complexes à un âge précoce.

Professionnels concernés :

Équipes de 2^e ligne pluri-professionnelles (associant médecins, infirmiers, puéricultrices, psychologues, psychomotricien, orthophoniste...). Ces équipes doivent avoir des connaissances étendues, avec une expérience qui couvre l'ensemble des grands cadres nosographiques, au-delà du cadre des TSA et des TND, ainsi que des connaissances des difficultés de la parentalité, des conséquences des événements de vie et traumatismes antérieurs, des affections somatiques.

Pour le bébé et le jeune enfant : unités de pédopsychiatrie périnatale, CMP petite enfance, CAMSP, et parfois CMPP s'emploient à cette démarche diagnostique.

Les plateformes diagnostiques et les plateformes d'orientation et de coordination devront réunir les compétences citées.

L'évaluation de 3^e ligne renvoie aux équipes territoriales d'appui au diagnostic d'autisme (ETADA) ou bien est réservée au diagnostic complexe : centres de référence ; centre d'évaluation et de diagnostic Autisme ; centre des troubles spécifiques du langage.

III-PRECONISATIONS POUR UN MEILLEUR REPERAGE DES SIGNES D'ALERTE et DEPISTAGE secondaire

Les signes d'appel sont trop souvent méconnus des professionnels de 1^e ligne. D'autre part, *l'expérience montre que leur connaissance théorique ne suffit pas* : pour adresser précocement au niveau diagnostique, il est nécessaire qu'un réseau partenarial vivant et actif soit instauré entre les acteurs des différents niveaux et que soient développées des formations croisées entre professionnels de niveau 1 et 2.

Un examen obligatoire vers l'âge pivot de 18 mois (cf. préconisation FFP auprès du CANA-PMI **Annexe 5**) serait essentiel pour un meilleur dépistage des TSA et TND car à cet âge l'équipement développemental de l'enfant permet une expression symptomatique observable si aucune prise en charge n'a été encore entreprise

III- a-Organisation des dispositifs :

Actuellement existent des liens de proximité et de travail, toujours à entretenir et développer, entre lieux d'accueil (crèches ...), PMI, services médico-sociaux, médecins de 1^e ligne et le système sanitaire : pédiatrie, pédopsychiatrie avec leurs unités parents bébé ou CMP Petite Enfance, CAMSP, CMPP.

Les Plateformes de coordination et d'orientation ne peuvent s'organiser en circuit parallèle et devront être organisées sur ces bases en sachant soutenir les structures déjà en maillage territorial et travailler avec elles.

Les liens de travail s'effectuent par et dans les lieux suivants :

- Les staffs en maternité : staffs de parentalité, réunions cliniques en maternité
- Les consultations conjointes et autres interventions en PMI des professionnels de 2^e ligne
- Les réunions de synthèse communes
- Les collaborations avec les réseaux de santé périnatale

Travailler en équipe avec puéricultrices, sages-femmes, psychologues, psychomotriciens mais aussi assistantes sociales de PMI, permet de prendre en compte la complexité des situations de certaines familles.

Le lien avec les praticiens libéraux de 1^e ligne doit être organisé.

III-b-Organisation des formations :

A côté des formations théoriques qui sont proposées en formation continue et parcours DPC (développement professionnel continu), il faut souligner la valeur des formations croisées entre acteurs de 1^e et 2^e ligne.

Ainsi, les formations croisées se font :

- à l'aide de vidéos, sur les signes annonciateurs de troubles du développement, les signes de souffrance psychique et de troubles de développement du bébé,
- par des observations partagées
- par des groupes d'échanges de pratiques

- avec maniement d'instruments simples déjà cités pour le dépistage

Toujours en préconisant une observation prolongée associée à une observation sur le lieu de vie pour les bébés.

Repérage et dépistage seront améliorés par ce biais

Les médecins de 1^e ligne, chargés du dépistage, ont une formation initiale et continue à renforcer : développement normal-signes précoces de troubles du développement **(14) (15)(16)**.

Une attention sera portée à l'absence de conflits d'intérêts dans ces formations.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1- HAS – Argumentaire scientifique- Recommandations pour la pratique clinique février 2018
https://www.has-sante.fr/.../2018.../trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladol...
- 2-Barthélémy C. *Enfance et Psy* 2018/4-n°80-p.147à151
- 3-Mark D. Shen, PhD; Joseph Piven, *Dialogues in Clinical Neuroscience* - Vol 19· No. 4· 2017 “Brain and behavior development in autism from birth through infancy”
- 4- Trevarthen C et Aitken K.J.- *Revue « Devenir »* -Intersubjectivité des nourrissons, recherche, théorie et application clinique-2003/4 vol 15 p.309-428
- 5-Trevarthen.C « Sharing joyful friendship and imagination for meaning with infants, and their application in early intervention », S. Acquarone (sous la direction de), “Surviving The Early Years: The Importance of Early Intervention With Babies at Risk” Londres, Karnak, 2016. p. 19-26.
- 6-Saint Georges et all- *Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence* 61 (2013) 400–408 : « Signes précoces d’autisme : d’où vient-on ? Où va-t-on ? ».
- 7-Viaux-Savelon et all -*Soins en psychiatrie* n° 319 - novembre/décembre 2018 : « Dépister et prendre en charge les troubles du spectre de l’autisme en périnatalité ».
- 8-Sally Rogers – revue « *Enfance* » -2009/1 n°1 p.43-54-traduit par J Nadel 48- « Que nous apprennent les petits frères et soeurs sur les signes précoces d’autisme ? »
- 9-Masten AS et Cichetti D.-*Dev Psychopathol*-2010 Aug ; 22(3) : 491/5 : « developmental cascades »
- 10- Apter G.- revue « *Enfance* » 2013/1- p.95-100 « Après propos : l’enfant prématuré hier, aujourd’hui, demain »
- 11- Ozonoff S., Young G.S., Carter A. and coll. 2011. « Recurrence Risk for Autism Spectrum Disorder: A Baby Siblings Research Consortium Study” », *Pediatrics*, peds.2010-2825
- 12-Olliac B.and all: December 7, 2017- *Plos One* “Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the Preaut grid”.
- 13- LAZNIK MC., SAINT-GEORGES C., *Enfance et Psy*-2018/°-n°80- p.74 à 84- Dépister le risque d'autisme chez les bébés de quelques mois pourrait-il permettre de transformer le pronostic ? La grille PREAUT, son origine et ses applications
- 14-Delahunty C-Cleveland -*Clinic Journal of Medecine*-volume 82-novembre 2015
- 15- *PEDIATRICS* Volume 138, number 3, September 2016: Autisme screening with online decision support by Primary Care Paediatricians aided by M Chat /F
- 16- Esposito G et al. (Muratori F): Analysis of unsupported gait in toddlers with autism-*Journal of Brain Dev* (2010),doi:10.1016

ANNEXE 1-LES TROUBLES NEURO DEVELOPPEMENTAUX

1-Pour le *DSM5*, la catégorie des troubles neuro développementaux comprend :

- Déficience intellectuelle
- Troubles spécifiques du langage et des apprentissages
- Troubles moteurs
- Troubles de la communication
- TSA
- TDAH

« Le neuro-développement désigne l'ensemble des mécanismes qui vont guider la façon dont le cerveau se développe, orchestrant les fonctions cérébrales (fonction motrice, langagière, cognitive, d'intégration sensorielle, structuration psychique, comportement, etc.). Il est un processus dynamique, influencé par des facteurs biologiques, génétiques, socioculturels, affectifs, et environnementaux » (extrait des recommandations HAS février 2018).

Cette définition du neuro développement comme processus dynamique n'indique pas l'existence de lésion anatomique déterminée ni d'évolution fixée.

A côté des troubles neuro-développementaux, le DSM5 cite dans les pathologies de l'enfance :

- Les troubles anxieux
- Les troubles réactionnels de l'attachement et l'engagement social désinhibé
- Les troubles des conduites
- Les troubles de l'alimentation et de l'élimination

2-Les **Troubles dysphasiques** :

Les dysphasies sont des troubles dans lesquels les modalités normales d'acquisition du langage oral sont altérées dès les premiers stades du développement. Un déficit durable et significatif des performances verbales touchant l'expression et/ou la réception, en regard des normes établies pour l'âge, doit être constaté pour établir le diagnostic. Production et compréhension du langage sont altérées dans des proportions variables. Cette définition par des critères positifs est associée à des critères négatifs (Bishop et Rosenblom, 1987). Les dysphasies s'appréhendent donc aussi avec une définition par exclusion : « Cette condition n'est pas liée à un déficit auditif, à une malformation des organes phonatoires, à une insuffisance intellectuelle, à une lésion cérébrale acquise au cours de l'enfance, à un trouble envahissant du développement, à une carence grave affective ou éducative » (Gérard, 1993a). On distingue deux types de dysphasie : expressive ou réceptive. La dysphasie expressive se traduit par une forte altération des capacités de l'enfant à utiliser le langage oral. Néanmoins, la compréhension linguistique est relativement préservée. Ainsi, l'inintelligibilité est au premier plan et contraste avec les capacités de compréhension verbale meilleures. La dysphasie réceptive touche massivement les capacités de compréhension du langage oral. Cela compromet, par voie de conséquence, l'expression. Ainsi, on parle aussi de dysphasie mixte car les versants réceptifs et expressifs sont tous les deux altérés. L'expression est limitée à des phrases courtes et la syntaxe est déficiente.

(Psychiatrie de l'Enfant- Assous et all-2016/2 vol 59)

3-Troubles dyspraxiques et troubles de la coordination

Les troubles spécifiques de la motricité et du geste chez l'enfant sont généralement qualifiés selon deux étiquettes diagnostiques : la dyspraxie développementale et le trouble de l'acquisition de la coordination (TAC).

Le TAC perturbe l'action motrice d'un geste intentionnel, sans atteinte lésionnelle neurologique avérée, et ne peut être expliqué par un retard mental, un déficit sensoriel, ni par un trouble du développement

psycho-affectif. Il touche spécifiquement la réalisation gestuelle et/ou l'organisation visuo-spatiale mais, au regard de la littérature, il n'existe toujours pas de consensus sur sa définition et ses dysfonctionnements d'un point de vue étiologique.

Plusieurs termes ont été employés pour décrire cette perturbation motrice depuis 1900 qui évoquait la « maladresse congénitale ». Le terme de dyspraxie a été introduit en 1961 par Brain.

Vaivre-Douret L., -Enfance et Psy-2016/3 n°71

ANNEXE 2 - Recommandations HAS 2018 – Argumentaire - Extraits relatifs à l'a-spécificité des signes très précoces

À peu près jusqu'en 2011 l'autisme était considéré comme un trouble primaire du développement social. Il était donc assez cohérent d'aller rechercher la souche développementale du désordre dans les précurseurs de ce type de développement. Par ailleurs, la plupart des travaux qui ont abordé à ce jour la question des signes précoces et du dépistage des TSA l'ont fait de façon rétrospective. On part de la formulation clinique des TSA telle qu'elle est proposée dans les manuels de diagnostics en vigueur, et on reconstruit à rebours les comportements qui pourraient participer aux particularités des registres décrivant la communication, la socialisation et celui des intérêts intellectuels particuliers et sélectifs (l'imagination et la cognition). Aujourd'hui, une autre position émerge, celle qui consiste à voir dans les caractéristiques comportementales et les centrations sur des intérêts très particuliers, une expression singulière des développements sensoriel et moteur de ces enfants.

La souche développementale a donc changé de cible : Bha & al., 2012 ; {Damiano, 2013 #4194}{Flanagan, 2012 #4227}{LeBarton, 2013 #4205}{Loh, 2007 #4206}{Nadig, 2007 #4243}{Ozonoff, 2010 #4019}{Presmanes, 2007 #4246}{Sullivan, 2007 #4252}.

Dans cette même perspective on notera également, dans le cadre des recherches sur les précurseurs du développement linguistique, les données obtenues sur les premiers cris et premières vocalisations : {Paul, 2011#4212} {Sheinkopf, 2012 #4250}.

Il s'agit aussi de quitter une position strictement « médicale » : recherche de signes prédictifs d'un trouble à diagnostic tardif, pour adopter un point de vue développemental. L'idée est alors la suivante : si les TSA sont des troubles neuro développementaux, leurs formulations comportementales et leurs expressions cliniques ne sont pas forcément en relation avec leurs formulations plus tardives, celles qui sont repérées au moment du diagnostic. Par ailleurs, l'intérêt de cette position est qu'elle peut permettre de suivre l'évolution d'une fonction particulière, comme le développement moteur, le développement sensoriel, ou le développement linguistique, en respectant leurs différents niveaux d'organisation, et sans nécessairement prendre en compte la formulation plus tardive du trouble... (page 27)

Le Nice (NICE 2011 {National Institute for Health and Care Excellence, 2011) cité page 18 donne comme première préconisation dans son chapitre repérage : « Envisager la possibilité d'un autisme s'il y a des doutes sur le développement ou le comportement mais savoir qu'il peut y avoir d'autres explications pour les signes et symptômes de la personne »

SECTION A : À COMPLÉTER PAR LE PARENT

Répondez à ces questions sur votre enfant. Gardez en tête que c'est du comportement habituel de votre enfant dont il est question. Si votre enfant a agi d'une manière particulière à quelques reprises sans que cela corresponde à son comportement quotidien, répondez "non". Encerclez la réponse "oui" ou "non" pour chaque question.

1. Si vous pointez un objet (un jouet ou un animal en peluche, par exemple) à l'autre bout de la pièce, est-ce que votre enfant le regarde ? Oui Non
2. Vous êtes-vous déjà demandé si votre enfant était sourd ? Oui Non
3. Votre enfant joue-t-il à "faire semblant" ? (Par exemple, faire semblant de boire dans une tasse vide, prétendre parler au téléphone, nourrir sa poupée ou son animal en peluche) Oui Non
4. Votre enfant aime-t-il grimper ? (Par exemple, sur les meubles, dans les modules au parc, dans les escaliers) Oui Non
5. Votre enfant fait-il des mouvements de doigts inhabituels près de ses yeux ? (Par exemple, agiter ses doigts près de ses yeux) Oui Non
6. Votre enfant pointe-t-il lorsqu'il demande quelque chose ou de l'aide ? (Par exemple, pointer une collation ou un jouet hors de portée) Oui Non
7. Votre enfant vous pointe-t-il les objets qu'il trouve intéressants ? (Par exemple, un avion dans le ciel ou un gros camion dans la rue) Oui Non
8. Votre enfant s'intéresse-t-il aux autres enfants ? (Par exemple, est-ce qu'il regarde les autres enfants, leur sourit, va les voir ?) Oui Non
9. Votre enfant vous montre-t-il des objets en vous les amenant ou en les tendant dans le seul but de partager ? (Par exemple, vous tendre une fleur, un jouet, une peluche) Oui Non
10. Votre enfant réagit-il lorsque vous l'appellez par son nom ? (Par exemple, est-ce qu'il lève son regard vers vous, parle ou babille, ou arrête ce qu'il était en train de faire en entendant son nom ?) Oui Non
11. Quand vous souriez à votre enfant, vous sourit-il en retour ? Oui Non
12. Votre enfant est-il troublé par les bruits quotidiens ? (Par exemple, la musique forte ou l'aspirateur) Oui Non
13. Votre enfant marche-t-il ? Oui Non
14. Votre enfant vous regarde-t-il dans les yeux lorsque vous lui parlez, que vous jouez avec lui ou que vous l'habiliez ? Oui Non
15. Votre enfant tente-t-il d'imiter vos gestes ? (Par exemple, les applaudissements, les signes de la main, les bruits étranges que vous faites) Oui Non
16. Si vous tournez votre tête pour regarder quelque chose, votre enfant tourne-t-il aussi la tête pour trouver ce qui attire votre attention ? Oui Non
17. Votre enfant essaie-t-il d'attirer votre regard ? (Par exemple, en cherchant des félicitations, en vous demandant de regarder ou de le regarder) Oui Non
18. Votre enfant comprend-il lorsque vous lui demandez de faire quelque chose ? (Par exemple, si vous ne pointez pas, votre enfant comprend-il "Mets le livre sur la chaise" ou "Amène-moi la couverture" ?) Oui Non
19. Si un évènement nouveau se produit, votre enfant vous regarde-t-il pour voir votre réaction ? (Par exemple, s'il entend un son étrange ou drôle, ou voit un nouveau jouet, regardera-t-il votre visage en quête d'une réaction ?) Oui Non
20. Votre enfant aime-t-il les activités physiques ? (Par exemple, se faire balancer, rebondir sur vos genoux) Oui Non

ALGORITHME DE NOTATION

La réponse "Non" indique un risque de TSA :

Pour toutes les questions sauf les numéros 2, 5 et 12

La réponse "Oui" indique un risque de TSA :

Seulement pour les questions 2, 5, et 12

L'algorithme suivant maximise les propriétés psychométriques de la M-CHAT-R :

RISQUE ÉLEVÉ d'autisme : Score total de 8 à 20

RISQUE MOYEN d'autisme : Score total de 3 à 7

RISQUE FAIBLE d'autisme : Score total de 0 à 2

RECOMMANDATIONS :

Référez-vous à une clinique spécialisée en développement et aux personnes responsables de l'éducation dans votre province.

Passez au questionnaire de suivi (disponible en anglais au www.mchatscreen.com).

Si le score est toujours au-dessus de 2, l'enfant passe au niveau de risque élevé. Appliquez les recommandations prévues à cet effet.

Si le score tombe sous 2, l'enfant passe au niveau de risque faible. D'autres tests de dépistage devraient être faits durant les prochaines visites de routine.

Si l'enfant a moins de 24 mois, refaites les tests après son deuxième anniversaire. Aucune autre action n'est nécessaire, sauf si l'enfant présente des signes de TSA.

ANNEXE 4- Signe et grille Préaut

Date de Naissance : __/__/____ Sexe : M/_/F/_/

GRILLE PREAUT – ENTRE 4 et 8 MOIS Date de la consultation : __/__/____

1. Le bébé cherche-t-il à vous regarder, (vous l'examineur) ?

a) Spontanément oui=4 non=0

b) Quand vous lui parlez (proto-conversation) oui=1 non=0

2. Le bébé cherche-t-il à se faire regarder par sa mère (ou son substitut) en vocalisant, en gigotant, tout en la regardant intensément ?

1. a) En absence de toute sollicitation de celle-ci oui=8 non=0

2. b) Quand elle lui parle (proto-conversation) oui=2 non=0

SCORE TOTAL (1a+1b + 2a+2b) :

Si le score est supérieur à 3, ne répondez pas aux questions 3 et 4.

3. En dehors de toute stimulation par sa mère

1. a) Regarde-t-il sa mère (ou son substitut) ? oui=1 non=0

2. b) Sourit-il à sa mère (ou son substitut) ? oui=2 non=0

3. c) Le bébé cherche-t-il à susciter l'échange jubilatoire avec sa mère (ou son substitut), par exemple en s'offrant, ou en tendant les doigts de son pied ou de sa main ? oui=4 non=0

4. A la suite de la stimulation par sa mère

1. a) Regarde-t-il sa mère (ou son substitut) ? oui=1 non=0

2. b) Sourit-t-il à sa mère (ou son substitut) ? oui=2 non=0

3. c) Le bébé cherche-t-il à susciter l'échange jubilatoire avec sa mère (ou son substitut), par exemple en s'offrant, ou en tendant les doigts de son pied ou de sa main ? oui=4 non=0

SCORE TOTAL : comparer les scores des questions 3 et 4 ; retenir la valeur la plus élevée :

Décision : Examen normal Mettre en place un accompagnement adapté et

garder l'enfant en observation **Remarques cliniques** :

Date de Naissance : __/__/____ Sexe : M/_/F/_/

GRILLE PREAUT – ENTRE 9 ET 12 MOIS Date de la consultation : __/__/____

1. Le bébé cherche-t-il à vous regarder, (vous l'examineur) ?

a) Spontanément oui=4 non=0

b) Quand vous lui parlez (proto-conversation) oui=4 non=0

2. Le bébé cherche-t-il à se faire regarder par sa mère (ou son substitut) en vocalisant, en gigotant, tout en la regardant intensément ?

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. a) En absence de toute sollicitation de celle-ci | oui=8 | non=0 |
| 2. b) Quand elle lui parle (proto-conversation) | oui=2 | non=0 |

SCORE TOTAL (1a+1b + 2a+2b) :

Décision : Examen normal : Risque vérifié ; contacter le Centre d’Evaluation de votre région : **Remarques cliniques** :

SCORES ET CONDUITE A TENIR

1) Entre 4 et 8 mois :

Première partie du questionnaire : questions 1 et 2

Score total :

12 à 15: Examen normal, RAS

0 à 3 : Passez à la 2^{ème} partie du questionnaire ; Possibilité de risque neuro-développemental (dont un TSA)

Deuxième partie du questionnaire : questions 3 **ou** 4³

Score total : **0 à 3 : Possibilité de risque confirmée ; proposer la suite de l’observation en appliquant à nouveau la Grille PREAUT dès 9 mois et la M-CHAT dès 18 mois.**

Scores intermédiaires : garder l’enfant en observation, possibilité de troubles d’une autre nature.

2) Entre 9 et 12 mois :

A partir de 9 mois, administrer uniquement la première partie du questionnaire : questions 1 et 2

Score total : 12 à 15: Examen normal, RAS

Scores intermédiaires : garder l’enfant en observation, possibilités de troubles d’une autre nature.

0 à 5 : Possibilité de risque confirmée.

Tous les enfants positifs au risque PREAUT entre 4 et 12 mois n’auront pas un diagnostic d’autisme. Cependant, compte-tenu qu’environ 1 sur 2 auront un diagnostic neurodéveloppemental plus tard, il est certain qu’il faudrait accompagner l’enfant et sa famille vers une équipe de diagnostic de 1^o niveau, tout en poursuivant l’observation par l’application de la M-CHAT dès 18 mois.

Remarques cliniques Il serait souhaitable que le médecin précise dans cette rubrique toute information susceptible d’éclairer les scores de l’enfant : par exemple, prématurité, gemellité, maladies neurologiques, génétiques ou syndromes malformatifs connus, ainsi que des données sur l’environnement de l’enfant.

³La conduite à tenir est définie par le score obtenu à la question 3 ou à la question 4. Il ne faut retenir que la valeur la plus élevée parmi ces deux questions. Exemple : si question 3, score = 2 et question 4 = 6, retenir 6, soit examen normal ; rendez-vous suivant. Si : question 3, score=4 et question 4, score=3, retenir 4, soit absence de risque, poursuivez votre suivi habituel. Mais si : question 3, score = 2 et question 4,

Grille validée à grande échelle en France dans les centres de PMI en population générale mais également en population à risque. Elle a permis de détecter à 9 mois les risques autistiques chez des enfants

présentant des syndromes de West avec la même fiabilité que le CHAT (Check-list for Autism in Toddlers) à 18 et 24 mois.

Pour les bébés positifs à 9 mois, le risque de présenter un autisme à 4 ans est 38 fois supérieur à celui des bébés négatifs à la grille

Si le seuil d'alerte est atteint, il faut initialement revoir l'enfant à 15 jours pour s'assurer de la stabilité du symptôme et, si les symptômes s'avèrent confirmés, l'adresser à un centre d'évaluation diagnostic et proposer une prise en charge.

Si on conjoint TSA et Retard Mental en une catégorie globale de Troubles neuro-développementaux, la valeur prédictive positive atteint près de 50 %. De plus la répétition du dépistage PREAUT à 4 et 9 mois a permis la détection de presque la moitié des cas de TSA à venir (sensibilité estimée supérieure à 40 %). Enfin, dans (cette) étude, le test PREAUT à 4 ou 9 mois était statistiquement corrélé avec le CHAT-R passé 15 ou 20 mois plus tard (tout particulièrement les items clé du pointing et du faire-semblant).

Commentaires de l'Argumentaire des recommandations HAS de 2018

À partir de l'étude de films familiaux issus de la base de données de l'équipe de Pise {Muratori, 2011 #4012}, une équipe parisienne {Saint-Georges, 2011 #4028} {Cohen, 2013 #4191} a réfléchi sur la présence d'indicateurs indirects, non plus centrés sur l'enfant, mais centrés sur la relation mère-enfant. L'idée est la suivante : lorsqu'un enfant présente un trouble du développement, les parents vont s'ajuster naturellement à ce développement particulier, en l'hyper stimulant par exemple ou en continuant à le stimuler sur un mode qui prendrait en compte ses particularités et ses retards. C'est ainsi que les stimulations mobilisant la modalité et les vocalisations sont spontanément utilisées par les mères de tous les enfants durant le premier semestre de vie, et abandonnées par la suite au profit de productions mélodiques et linguistiques (mamanais) plus élaborées et d'abandon du toucher {Wan, 2012 #4035} {Wan, 2013 #4036}. Par contre chez les mamans avec bébé à devenir autistique on peut observer, jusqu'au troisième semestre (18 mois) le maintien du contact physique et la production de vocalisations beaucoup plus riches en prosodie émotionnelle et une meilleure participation du père. Cet ajustement naturel à ce bébé singulier pourrait alors être considéré comme un marqueur d'une singularité développementale. On notera enfin que cet ajustement survient à la fin du premier semestre, c'est-à-dire de façon plus précoce que les signes d'alerte classiquement décrits après la première année de vie. Les auteurs notent également que dans le développement typique la plupart des bébés jusqu'à la fin de la première année recherchent activement le regard de la mère (ou du père) afin de déclencher et de maintenir un plaisir partagé. Chez les enfants à risque, cette recherche n'est nullement spontanée, que ce soit avec la mère ou un autre partenaire {Mahdhaoui, 2011 #4238} {Apicella, 2013 #4186}. On notera cependant que ce signe n'est pas hautement spécifique du développement TSA et se rencontre dans de nombreux retards et troubles neurologiques. C'est ainsi que chez des bébés ayant présenté un syndrome de West il prédit une évolution vers une DI ou un TSA-DI dans 17 cas sur 18 (odds ratio >40) {Ouss, 2014 #4244}. Enfin, les résultats expérimentaux obtenus par Elsabbagh {Elsabbagh, 2013 #3983} {Elsabbagh, 2013 #4224} {Elsabbagh, 2014 #4198} ne vont pas tout à fait dans ce sens. Ils autorisent même à penser, et contrairement aux représentations sociales dominantes d'un « cerveau social » précocement déterminé dans l'autisme, que les mécanismes d'orientation sociale chez des bébés à risque de TSA ne soient pas altérés dans un premier temps : ces bébés présentent des réponses d'orientation claire et franche aux visages et ont même une plus grande tendance à sélectionner et à maintenir l'attention sur les visages, et que les particularités d'évitement surviennent plus tardivement, au cours de la deuxième année.

ANNEXE 5- Propositions de la FFP-CNPP (Fédération Française de Psychiatrie-Conseil National Professionnel de Psychiatrie) auprès du CANA-PMI (septembre 2018)

INTRODUCTION D'UN EXAMEN OBLIGATOIRE CENTRE SUR LE DEVELOPPEMENT A 18 MOIS-PROPOSITION

Dans le cadre d'une prévention des troubles précoces des enfants et en particulier des troubles neuro-développementaux, non exclusifs des autres troubles, la FFP-CNPP demande qu'un examen obligatoire à l'âge de 18 mois, consacré au développement de l'enfant, soit instauré et inscrit dans le carnet de santé. Cet examen serait associé à une page décrivant les enjeux développementaux, à la fois aide au médecin, étape développementale de l'enfant et soutien à la parentalité.

Cet examen contiendrait deux parties, l'une générale (examen médical) afin de tisser une trame de recherche des signes d'alerte et une plus spécifique (examen du développement) à la recherche des signes précoces significatifs d'entrée dans des TND. Ce dernier cadre, engagerait à revoir au plus vite l'enfant et à l'orienter vers les spécialistes de niveau 2.

18 mois développement

EXAMEN MEDICAL

Non/oui (pour chaque item)

Somatique :

Troubles durables du comportement alimentaire

Troubles du sommeil persistants

Pleurs inconsolables

Manifestations somatiques entraînant des consultations répétées

Développement général

Retard d'acquisition dans les principaux secteurs (marche, langage...)

Particularités tonico-motrices

Tonus : hypo/hyper, motricité : marche pointe des pieds, utilisation particulière des héli-corps

Particularités dans le contact

Mouvements stéréotypés

Émotion et relation

Retrait relationnel, pauvreté interactive

Difficultés dans la séparation

Ne réagit pas au départ du parent

Peu de peur envers un étranger ou un lieu étranger

Interactions chaotiques

Désintérêt pour le jeu

Absence de recherche de l'objet disparu et du jeu du coucou

EXAMEN DU DEVELOPPEMENT

Interaction

*Pointe (avec l'index) pour demander un objet (pointage impératif)

*Pointe (avec l'index) pour montrer un objet qu'il trouve intéressant et partage l'intérêt par le regard (pointage proto-déclaratif)

*Regarde l'objet et l'adulte qui lui désigne les objets (attention conjointe)

*Se retourne et regarde l'adulte qui l'appelle par son prénom

Communication – langage

Désigne l'objet nommé dans un imagier

Désigne les parties simples de son corps

Va chercher dans une autre pièce un objet familier qu'on lui demande

Dit quelques mots (lesquels...) (Même mal prononcés) (6 au moins)

Reproduit une phrase de 2 mots (par ex : maman mange, papa joue, auto partie, même si difficile à comprendre)

Vocalise en dehors de la relation à l'autre

Comportement

Joue avec une variété d'objets dans leur fonction ou de façon variée

Imite les activités que l'adulte fait avec un objet ou avec un jeu simple (balai, peigne, poupée)

Répond aux indices environnementaux, contextuels

** Si les quatre items * sont cochés non, faire passer le M-CHAT R*