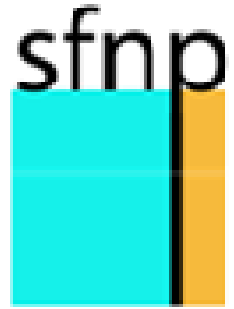


# La scolarisation des enfants handicapés moteurs

**Brigitte CHABROL**

**Service de Neurologie Pédiatrique  
Hôpital La Timone Enfants, Marseille**





## Qu'est ce qu'un Neuropédiatre?

- **Définition de la SFNP:**
- Spécialiste du développement du système nerveux de l'enfant ( du fœtus à l'âge adulte) et de ses troubles
  
- Affections concernées :trois grandes rubriques:
  - ▣ 1. Maladies du cerveau, dont les épilepsies (30 % des consultations)
  - ▣ 2. Maladies de la moelle, des nerfs et des muscles
  - ▣ 3. Trouble d'apprentissage global (déficience mentale) ou spécifique
  
- Dans la prise en charge et le suivi d'un enfant porteur de handicap, le neuropédiatre est l'interlocuteur de choix dans le processus de prise en charge par sa connaissance de l'affection causale.

# Classification: CIH.1

- Déficiência: altération d'une structure ou d'une fonction physiologique, psychologique ou anatomique

↳ *Aspect lésionnel du handicap*

- Incapacité : réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité

↳ *Aspect fonctionnel du handicap*

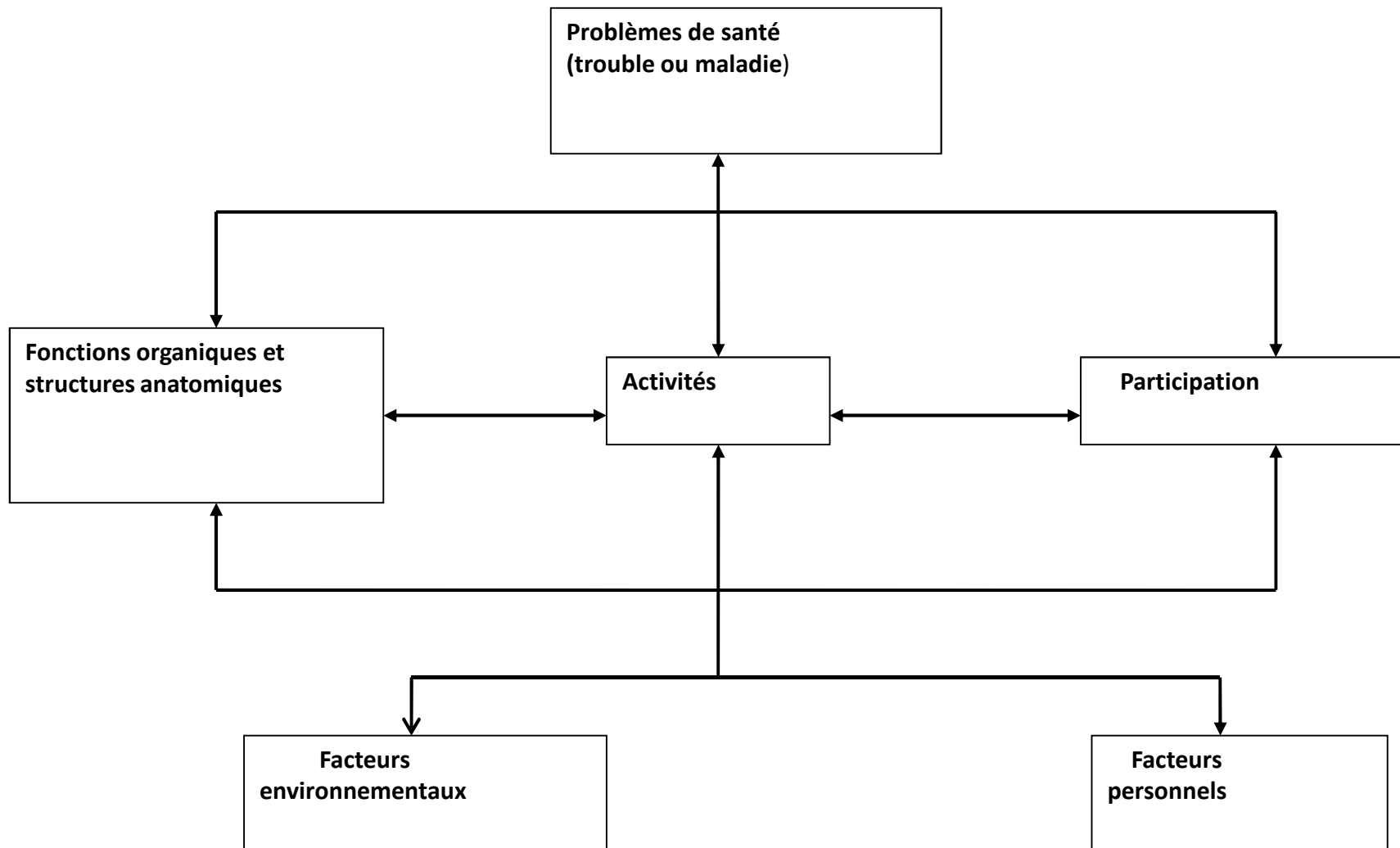
# Classification: CIH.1

## □ Désavantage:

- conséquence de la déficience ou de l'incapacité sur les conditions d'insertion sociale, scolaire, ou professionnelle
- Résultante de l'interaction entre la personne porteuse d'incapacité et l'environnement
- Importance liée à la qualité de l'environnement qui peut soit le minimiser soit l'amplifier

↪ *Aspect situationnel du handicap.*

□ **ClF: Approche multidimensionnelle de la classification du fonctionnement et du handicap, processus interactif et évolutif**



# Pourquoi un handicap ?

- Taux de prévalence autour de 8 enfants pour 1 000 naissances pour les handicaps neurosensoriels sévères :
  - ▣ 3 pour 1 000 pour les déficiences motrices
  - ▣ 2,5 pour 1 000 pour les troubles psychiatriques
  - ▣ 1,5 pour 1 000 pour les déficiences sensorielles sévères
  
- ☞ 120 000 enfants entre 0 et 20 ans porteurs d'au moins une déficience sévère
  
- ☞ Le taux de prévalence des handicaps de l'enfant n'a pas diminué:

# Pourquoi un handicap ?

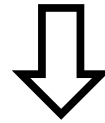
---



# Approche diagnostique



**Interrogatoire + Examen clinique**



**Handicap**



**Centrale  
( 70% )**



**Périphérique  
( 30% )**

□ **Atteinte centrale**

- **Hypotonie axiale > périphérique**
- **Force correcte**
- **ROT vifs**
- **Signes dysmorphiques**
- **Anomalies PC**
- **Troubles oculomoteurs**
- **Epilepsie**
- **Anomalie globale du développement**

□ **Atteinte périphérique**

- **Hypotonie axiale et périphérique**
- **Faiblesse musculaire**
- **ROT diminués**
- **Hypotrophie musculaire**
- **Difficultés alimentaires, respiratoires néonataux**
- **Développement cognitif normal**

## Causes centrales :

*Anomalies chromosomiques*

*Malformations cérébrales*

*Maladies métaboliques*

**70 %**

## Atteinte médullaire

## Causes périphériques

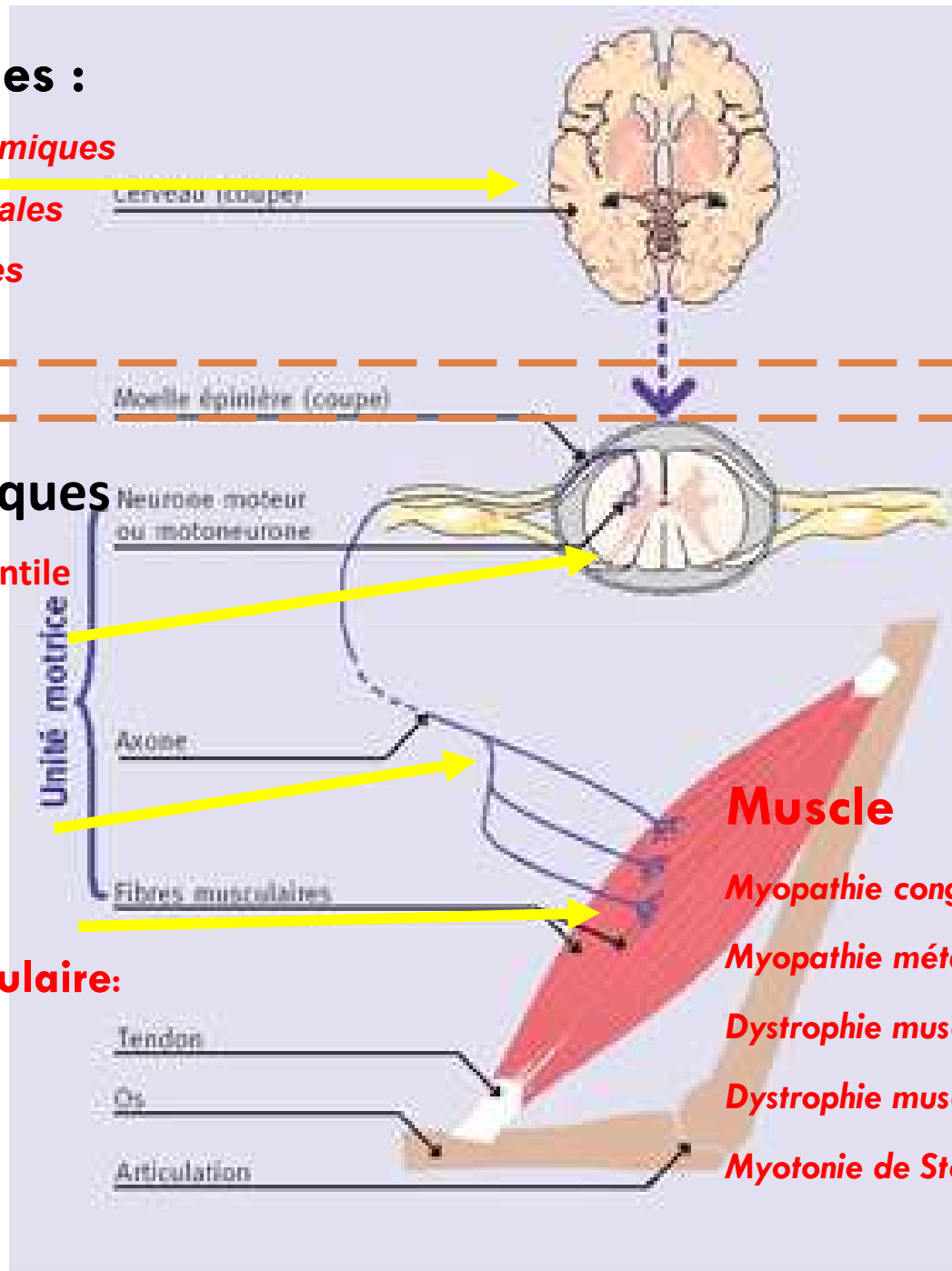
*Amyotrophie spinale infantile*

**Neuropathies  
sensitivomotrices**

## **Jonction neuromusculaire:**

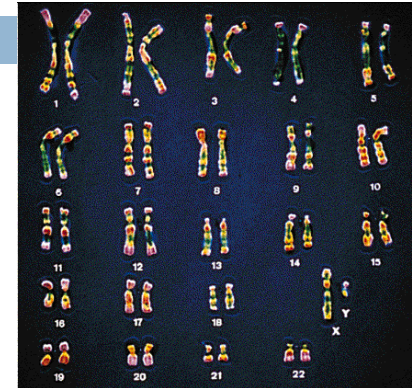
*myasthénie transmise*  
*Myasthénie congénitale*  
*Myasthénie autoimmune*

**30 %**

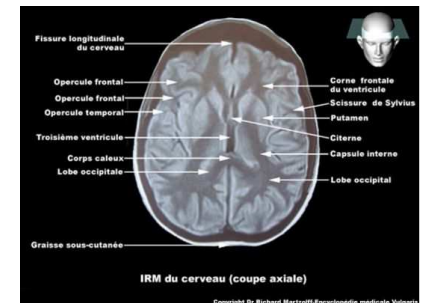


# Causes centrales :

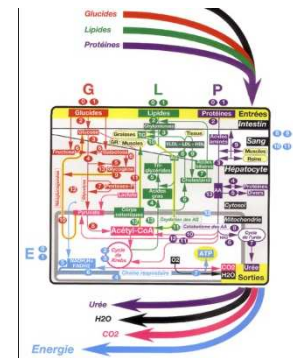
- Anomalies chromosomiques
  - ☞ Consultation de génétique



- Anomalies du développement cérébral
  - ☞ IRM



- Maladies métaboliques
  - ☞ Bilan métabolique



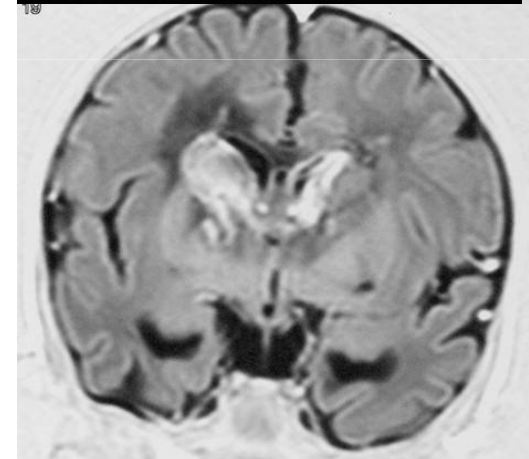
# Encéphalopathies fixées

## *Lésions d'origine circulatoire*

↪ *Diplégie spastique ( syndrome de Little)*

↪ *Hémiplégie congénitale*

↪ *Tétraplégie spastique*

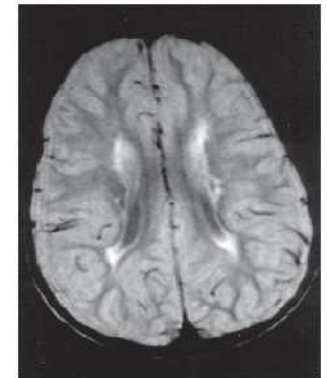


# Prématurité: séquelles



# Devenir neurologique des (grands) prématurés

- Diminution continue de la mortalité (20%)
- Stabilité du taux de handicaps neurosensoriels majeurs (20-30%)
  - ▣ Polyhandicap
  - ▣ **Diplégie spastique**



- ▣ Apparition de « nouveaux » handicaps (– de 1500g) :
  - Déficits cognitifs spécifiques sans déficience mentale réelle
    - Troubles du langage
    - Troubles mnésiques
    - Hyperactivité-troubles attentionnels
    - Troubles praxiques
    - Troubles neuro-visuels

} IRM normale...

# Prématurité: séquelles

- CP : apprentissage lecture limite
- Troubles de l'écriture +++

8A

Retentissement sur toutes les matières

(addition dictée)

B/ Écriture en écrit "à part deux":

la nuit haval  
exercice : écrire en écrit "à part deux"

la nuit haval  
exercice : écrire en écrit "à part deux"

9  
 + 114  
 = 123  
exercice : écrire en écrit "à part deux"

30 92  
 + 2 27  
 + 1 6  
 + 3 2 0  
 + 2 0 7 2  
exercice : écrire en écrit "à part deux"

1 12  
 + 23  
 + 162  
 = 188  
exercice : écrire en écrit "à part deux"

# Causes « fixées »

- Causes malformatives:
  - ▣ d'origine infectieuse (rubéole, cytomégalovirus ..)
  - ▣ d'origine chromosomiques, géniques
  
- Causes toxiques exogènes maternelles :
  - ▣ foetopathies alcooliques
  - ▣ foetopathies liées à l'emploi des anticonvulsivants, d'un neuroleptique , de drogues ( héroïne, cocaïne...)

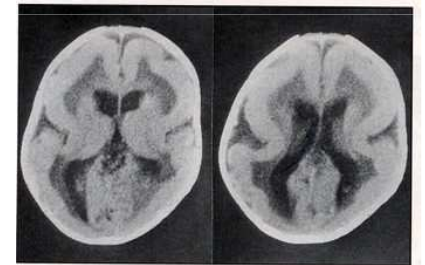


Fig 2 TDM : Lissencéphalie.



# Causes « fixées »

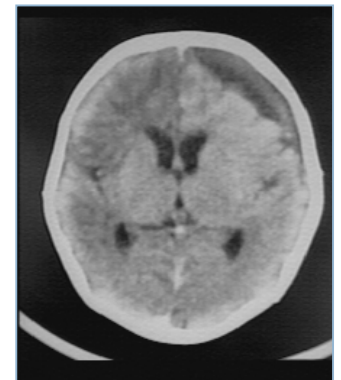
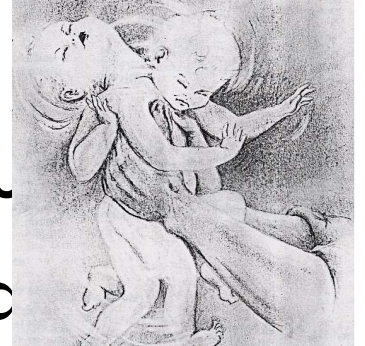
- Neuroectodermoses :
  - ▣ sclérose tubéreuse de Bourneville
  - ▣ neurofibromatose type I
  
- Causes chromosomiques (Trisomie 21 ...) ou géniques (syndrome de l'X fragile, syndrome d'Angelman .....



# Causes « fixées »

-Causes acquises post natales :

- ▣ traumatiques (syndrome du « bébé secoué »)
- ▣ post anoxiques ( malaises graves, noyades)
- ▣ méningites ( néonatales, pneumocoque)
  
- ▣ encéphalites ( herpès, rougeole...)



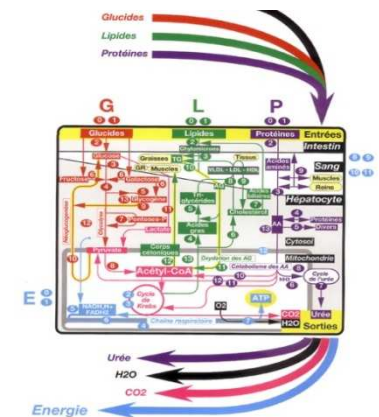
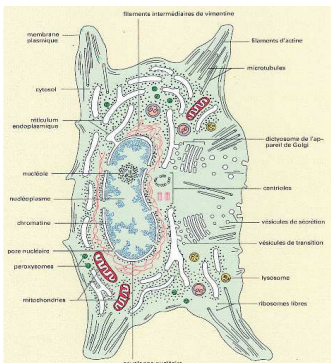
# Encéphalopathies évolutives ( 30 % des causes) neurométaboliques

Après un développement normal ➔ régression des acquisitions

Maladies génétiques d'hérédité variable

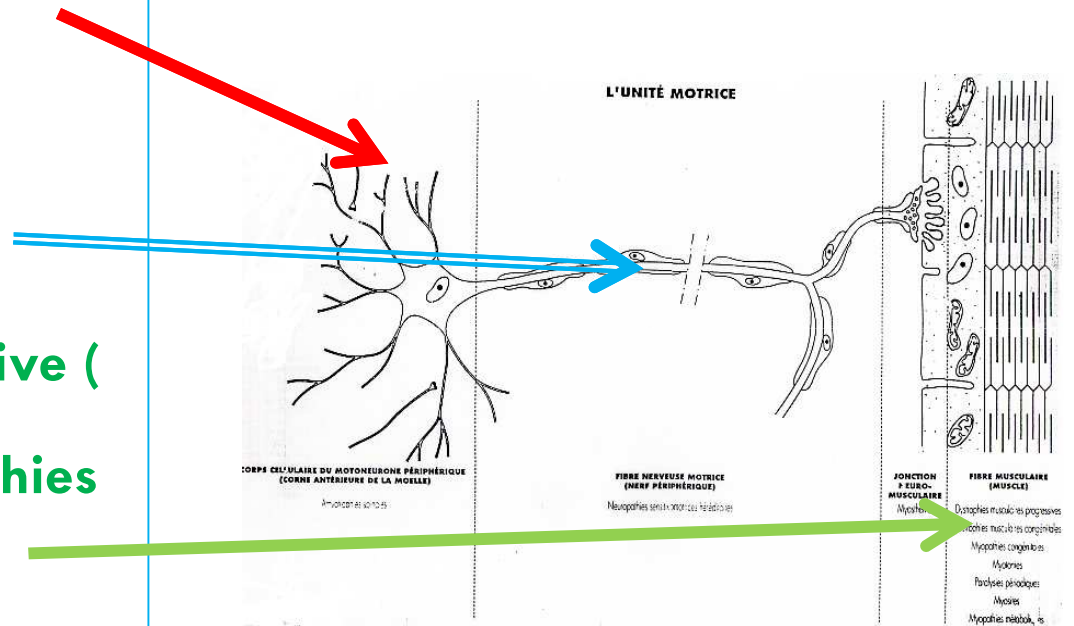
Potentiellement curables, urgence diagnostique

Importance du diagnostic, seul garant d'un conseil génétique fiable



# Maladies neuromusculaires

- **Atteinte de la corne antérieure : amyotrophie spinale infantile**
- **Atteinte du nerf périphérique : neuropathies sensitivomotrices héréditaires**
- **Atteinte de la fibre musculaire : dystrophie musculaire progressive (type maladie de Duchenne), dystrophie congénitale, myopathies congénitales, dystrophie myotonique....**



# Le pédiatre et l'enfant handicapé



- **Réelle démarche éthique:**

- **reconnaissance de la personne handicapée et de ses besoins**
- **notion de qualité de vie**
- **moyens mis en œuvre**
- **recherche d' une autonomie et d'une insertion sociale**

## Scolarité, enseignement supérieur et enseignement professionnel

(Art 6 et 8)

**Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence.**



# Limites de la scolarisation:

- ***Adaptation scolaire:*** évaluation des difficultés, parfois efforts incessants, sentiment de ne jamais en faire assez
  
- ↳ ***Phobie scolaire:*** Tendance au retrait, supporte mal le regard des autres, dépression
  
- **Problème de *relations aux pairs*** qui se limitent souvent à une intégration de surface
  
- ***Les enfants handicapés n'ont pas tous les mêmes armes pour gérer leurs différences***

# Limites de la scolarisation:

- **Bénéfices pour l'enfant ???**

- **Effets délétères :**

- **Surhandicap**
    - **Troubles du comportement**
    - **Exclusion ,**

- **Temps périscolaires**



# Prise en charge

- **L'enfant handicapé a droit à une prise en charge médicale et éducative adaptée à son handicap, et donc *individualisée et personnalisée***
- **Connaissance des différentes structures : CAMSP, SESSAD, IME ...., des aides financières ( ALD, AES, APP...)**
- **Problèmes des méthodes dites parallèles ( Doman , régime sans gluten , caisson hyperbare...)**

# Place du temps extrascolaire

Brigitte Chabrol  
Marseille,  
Mai 2006

