

Notes de pédiatrie

comportementale

Dr Oreste Battisti

Enseignement de la pédiatrie de base

Les troubles psychomoteurs chez l'enfant:

Plan :

- 1. Introduction
- 2. Rappel: développement normal
 - 1. de 0 à 2 ans
 - 2. après 2 ans
- 3. Les troubles psychomoteurs
 - 3.1. Retards
 - 3.2. Coordination
 - 3.3. Instabilité
 - 3.4. Tics, TOCS

Introduction:

- La psychomotricité, le langage et l'intelligence se développent simultanément.
- Les acquisitions de l'enfant dans ces 3 secteurs sont étroitement liées au développement affectif. (Cf: cas des carences affectives précoces).
- Les interactions sont donc étroites entre le psychisme et la motricité.

Rappel: développement normal de 0 à 2 ans

Réflexes archaïques

- dès la naissance.
- absence = signe d'immaturité.
- évolution et disparition = bonne maturation.
- Quatre réflexes sont recherchés :

Réflexe de Moro: persistance pathologique après 6-7 mois

Réflexe de fouissement: suivi des réflexes de succion et de déglutition.

Réflexe de redressement et de marche automatique: à la naissance, marche si enfant debout soutenu sous les aisselles.

Grasping. stimulation paume de la main entraîne flexion des doigts et agrippement.

Tonus musculaire

Au niveau des membres :

- Attitude en flexion (naissance) à attitude en extension (vers 3-5 mois)
- Hypertonie (naissance) puis hypotonie (8-9 mois) qui disparaît vers 18 mois

Au niveau du tronc :

Hypotonie axiale puis progressivement contrôle tonique des muscles de l'axe permettant le développement postural.

Développement postural

progressif avec :

- Tenue de tête vers 3 mois.
- Tenue assise vers 6 mois et véritablement stable vers 8-9 mois.
- Station debout débutant vers 9-10 mois, acquise vers 11-12 mois

Motilité et locomotion

- premiers mouvements = décharges motrices « sans objet » à type de flexion - extension, pédalage dans le vide.
- Vers 3 mois : mouvements des mains devant les yeux, possibilité de soulever le cou du lit.
- Vers 5 mois : joue avec les pieds; mise en bouche
- Vers 6-7 mois, tenue assise avec puis sans soutien
- Vers 7-8 mois : commence à ramper, à se déplacer sur les fesses, puis à 4 pattes.
- Vers 9-10 mois, se redresse
- Vers 12 mois : acquisition de la marche (variations entre 10 mois et 2 ans) et autonomisation progressive.

Préhension

Suit l'évolution de la motricité et la disparition du grasping :

- Vers 5 mois: cubito-palmaire.
- Vers 6 mois: digito-palmaire
- Vers 9-10 mois: radio-digitale (début de la pince).
- préhension = exploration des objets et manipulation à volonté.
- porter à la bouche habituel

Sensorialité

Le bébé, puis le nourrisson a des compétences:

- voit dès le 4^{ème} jour particulièrement le visage humain (pendant la tétée)
 - entend dès la naissance et peut localiser un son dans l'espace (reconnaît la voix de sa mère dès la 3^{ème} semaine).
 - reconnaît l'odeur du lait de sa mère et de sa peau.
 - "peau à peau" (contact cutané mère-bébé) = indispensable à l'établissement d'une bonne relation affective mère-enfant.
-

Sourire

- existe dès la naissance (serait du à la satisfaction alimentaire).
- peut être provoqué, entre 2 et 8 semaines, par des stimuli extérieurs.
- devient intentionnel vers 2-3 mois (prend valeur de communication).

**Rappel: développement
normal après 2 ans**

Evolution motrice

- acquisition progressive d'une motricité de plus en plus fine.
- phase d'instabilité psychomotrice normale (avant 3 ans)
- Puis l'enfant va se stabiliser: meilleur contrôle tonique.

Latéralisation

- dominante latérale s'établit progressivement, au niveau de la main mais aussi du pied et de l'oeil.
- se détermine généralement entre le 6^{ème} et 12^{ème} mois sans pour cela être définitive

Schéma corporel

- L'enfant reconnaît progressivement les différentes parties de son corps et du corps de l'autre.
- Vers 3 ans, l'enfant peut se représenter de manière grossière (dessin du bonhomme).
- Parallèlement, l'enfant investit son propre corps. La qualité de cet investissement est liée à celui que la mère aura pour son enfant.

Organisation spatio-temporelle

- La notion d'espace s'élabore progressivement par l'intermédiaire du corps et en relation avec les expériences kinesthésiques et visuelles
- Simultanément, se constitue la notion de temporalité et de rythme (vers 5-6 ans).

Les troubles psychomoteurs:

Retards:

- retard des acquisitions posturales ou du tonus.
- causes somatiques possibles. consultation spécialisée neuropédiatrique ++
- Après élimination cause organique: consultation de pédopsychiatrie. Causes psychiques possibles: psychose précoce, carence affective, dysfonctionnements interactifs précoces, maltraitance

Troubles de l'acquisition de la coordination

- maladresse, imprécisions ou lenteur motrice
- fréquents troubles associés : langage (articulation), apprentissages (écriture), difficultés relationnelles avec les pairs (jeux).
- Rechercher: prématurité, hypoxie néonatale, malnutrition, anomalies neurologiques...
- Dépistage rapide: sauts à pieds joints, à cloche pied, appui monopodal, taper du doigt, attacher un lacet, attraper un ballon...
- Tests spécialisés: scores "performances" inférieurs aux scores "verbaux".
- Dépistage troubles sensoriels (acuités auditive et visuelle) +++
- Bilan neurologique: recherche infirmité motrice cérébrale, myopathie...
- Prise en charge: rééducation psychomotrice, perceptivomotrice ou globale.

Instabilité psychomotrice (1)

- motif fréquent de consultation (3-5 % des enfants en maternelle ou primaire).
- ATTENTION+++ distinguer comportement pathologique des enfants "plein de vie".
- début des troubles: entre 5 et 6 ans.
- 7 garçons pour 1 fille
- Diagnostic:
 - entretien / parents
 - entretien / enfant seul
 - Observation relations parents-enfant
 - échelles (Conners)
 - bilans (psychologique, psychomoteur, orthophonique)

Instabilité psychomotrice (2)

Clinique:

- instabilité motrice:
 - Hypermotricité désordonnée
 - Mouvements incessants, bruyants
 - Indiscipline, ne supporte pas de rester assis
 - Impulsivité: Incapacité à différer, travail bâclé, réponses trop rapides
 - réprimandes et punitions généralement inefficaces.

- instabilité psychique:
 - Inattention et difficultés de concentration intellectuelle
 - Distraction (happé par tous les stimuli extérieurs)
 - l'enfant peut réaliser correctement un travail lorsqu'un adulte disponible se trouve à ses côtés

Instabilité psychomotrice (3)

Symptômes associés (plus ou moins marqués):

- Angoisse masquée par l'agitation
- Agressivité, colères déclenchées par les frustrations
- Attitudes de provocation (opposition, défi indifférence aux remontrances)
- Variations de l'humeur (passage du rire aux larmes)
- Faible investissement du langage
- Difficultés relationnelles (rejet par les pairs)
- Anomalies de la coordination, maladresse
- Troubles des apprentissages (20-50 % des cas) : lecture, calcul

Instabilité psychomotrice (4)

Conséquences:

- Sur le plan familial
 - Exaspération, dramatisation, rejet, banalisation, déni...
 - Contre attitudes violentes
 - Aggravation du tableau clinique
- Sur le plan scolaire
 - Résultats médiocres
 - Mesures disciplinaires inopérantes
 - Exclusions répétées
 - Retard voire échec scolaire

Instabilité psychomotrice (5)

Diagnostic différentiel:

- Turbulence développementale
- Trouble du développement
- Retard mental
- Prise médicamenteuse (corticoïdes, antiasthmatiques...)
- Pathologie neurologique (épilepsie)
- MALTRAITANCE.

Rq: L'instabilité psychomotrice n'est qu'un syndrome, une réponse psychomotrice non spécifique

Instabilité psychomotrice (6)

Approches thérapeutiques très différentes et discutées, associent :

- Approche familiale.
- Approche corporelle (danse rythmique, relaxation, rééducation psychomotrice)
- Psychothérapie
- Approche comportementale et cognitive parfois
- Traitement médicamenteux: le plus classique = Ritaline® (méthylphénidate: dérivé amphétaminique). Pour enfants de plus de 6 ans. Jamais isolé.

Les tics, les TOCs (1)

- **Les tics:** mouvements moteurs ou vocalisations involontaires, irrésistibles, rapides, récurrents, non rythmiques et stéréotypés.
- peuvent être simples ou complexes.
- Apparition vers 6-7 ans.
- aggravés par le stress, disparaissent pendant le sommeil.
- transitoires (réactionnels à un stress comme une séparation), chroniques ou intermittents (disparaissant par périodes).

Les tics, les TOCs (2)

- **Le syndrome de Gilles de la Tourette:**
 - début entre 7 et 15 ans
 - tics moteurs associés à des tics verbaux (grognements, jurons, obscénités).
 - halopéridol à faible dose: taux important de réponses.

Les tics, les TOCs (3)

- TOCS rares chez l'enfant
- pic de survenue avant la puberté.
- idées obsessionnelles, angoisse importante avec lutte par des compulsions plus ou moins ritualisées.
- obsessions idéatives, impulsives, phobiques
- compulsions en rapport: vérifications, évitement du contact, rituels, besoin de réassurance, évitement voire refus scolaire.
- accès de colères si compulsions dépassées.
- retentissement scolaire et social parfois majeur.
- prise en charge plurielle : psychothérapie (analytique ou cognitive et comportementale) parfois antidépresseurs de type IRS : à partir de l'âge de 6 ans. Information aux parents+++

Le langage et ses troubles

Plan:

1. Introduction
2. Rappels sur l'acquisition du langage
3. Conditions nécessaires à l'accession au langage
4. Les troubles du langage
 - 4.1. troubles de l'articulation
 - 4.2. retard de parole
 - 4.3. retard simple de langage
 - 4.4. dysphasie
 - 4.5. mutisme
 - 4.6. bégaiement
 - 4.7. dyslexies

Introduction:

- Le langage est un moyen d'expression, de contact et de communication.
- Il prend une part essentielle dans les relations de l'enfant avec autrui et est intimement lié au développement et à la structuration du fonctionnement psychique.

Rappels sur l'acquisition:

- cris à la naissance puis vocalisations au 2ème mois.
- Babillage = jeu interactif après le 5-6ème mois.
- production de syllabes bien articulées entre 6 et 8 mois.
- Premiers mots vers 10-16 mois (après 18 mois, souvent pathologique)
- "non" vers 18 mois
- vocabulaire = 250 à 300 mots vers 2 ans
- Première phrase (sujet + verbe) comme "papa parti" vers 20 mois- 26 mois
- vocabulaire de +/- 1000 mots à 3 ans
- "Je" utilisé vers 3 ans
- mots compris avant de pouvoir être exprimés
- apprentissage du langage écrit vers 6 ans (CP)

Conditions nécessaires à l'accession au langage:

Conditions organiques :

- Audition : il faut pouvoir entendre pour pouvoir parler
- Phonation : intégrité des organes phonatoires
- Système nerveux central : intégrité cérébrale, fonctionnelle

Conditions affectives :

- Qualités des interactions avec l'entourage - attention conjointe
- "Bain de langage" de l'enfant
- Stimulation...

Les troubles du langage:

- troubles du langage = motif fréquent de consultation de pédopsychiatrie.
- Près 5 % des enfants de 5 ans
- très variables: du simple retard de maturation évoluant spontanément favorablement au trouble plus grave révélateur d'une psychose.

Troubles de l'articulation (2):

- sigmatisme latéral (chuintement) à l'origine d'un sifflement par mauvaise posture de la langue.
- trouble bénin quand isolé.
- troubles relationnels mineurs peuvent se surajouter.
- prise en charge essentiellement orthophonique, 5 ans.

Retard de parole:

Trouble de l'organisation phonétique du langage

- persistance au-delà de 4-5 ans des simplifications phonétiques normales au cours de l'acquisition ("parler bébé")
- confusion et substitution des phonèmes, omission ou élision de finales (voitu pour voiture), simplification des phonèmes complexes (tatine pour tartine), simplification des mots, déplacement ou répétition des certains phonèmes à l'intérieur des mots.

Retard de parole (2):

- évolution généralement favorable.
- Plusieurs facteurs : héréditaires, neurologiques, socioculturels ou psychoaffectifs (immaturité affective).
- rééducation orthophonique indiquée si troubles persistent après 5 ans.
- guidance parentale associée parfois nécessaire.

Retard simple de langage:

Atteinte des composantes syntaxiques et linguistiques du langage.

- Pas de trouble de l'apparition des premiers mots, mais de la première phrase (après 3 ans), en l'absence de retard mental, de trouble grave de la personnalité ou de trouble auditif.
- ensemble des étapes du développement du langage retardé.
- compréhension généralement bonne mais langage rudimentaire, vocabulaire pauvre, style télégraphique, temps des verbes mauvais, pluriel pas utilisé, mots souvent déformés.
- lacunes importantes parfois masquées par une compréhension correcte.
- troubles de la compréhension associés = mauvais pronostic.

Retard simple de langage (2):

- Plusieurs facteurs : héréditaires, neurologiques, socioculturels ou psychoaffectifs
- recherche systématique d' une cause organique.
- bilans orthophonique et psychomoteur : recherche de difficultés de mémorisation, de repérage dans le temps et d'organisation du schéma corporel.
- évolution généralement favorable.
- rééducation orthophonique indiquée si troubles persistent après 5 ans.
- rééducation psychomotrice associée dans certains cas.
- Psychothérapie et guidance parentale parfois nécessaires dans les cas graves.

Dysphasie:

Trouble de la structure du langage sans substratum organique décelable et en l'absence de déficit auditif, de retard mental majeur et de trouble psychotique.

- forme la plus sévère des troubles du langage.
- diagnostic : langage absent ou très sommaire chez un enfant de plus de 6 ans.
- vocabulaire très imprécis et rudimentaire, parfois difficilement compréhensible, erreurs syntaxiques nombreuses.
- confusions sémantiques et construction syntaxique primitive
- gestes préférentiellement utilisés par l'enfant pour se faire comprendre.
- apprentissage de la lecture difficile et retard scolaire fréquent.
- compréhension du langage généralement perturbée (abstractions)

Dysphasie (2):

- rechercher un trouble de la personnalité, une dysharmonie psychotique.
- évolution à long terme mal connue.
- rééducation orthophonique intensive impérative: organiser le schéma corporel et la structuration spatio-temporelle, développer la mémoire, l'attention, et acquérir progressivement le langage.
- scolarisation adaptée souvent nécessaire.
- psychothérapie indiquée si troubles psychiques retrouvés.

Mutisme:

Disparition du langage chez un enfant ayant antérieurement parlé, en l'absence de toute aphasie.

- involontaire, passager ou durable, total ou électif.
- mutisme total : quelques semaines, parfois suivi d'une période de chuchotement ou de voix basse, souvent secondaire à une expérience traumatisante. prise en charge est exclusivement psychothérapique
- mutisme électif extra familial, (ex: scolaire) ou intra familial. peut se prolonger des mois voire des années. peut relever :
 - De mécanismes inconscients de type conversion hystérique
 - D'une inhibition liée à des mécanismes phobiques
 - D'un refus oppositionnel
 - D'un début de schizophrénie infantile (rare).

Mutisme (2):

- Le bilan recherche :
 - ❑ autres symptômes : troubles sphinctériens, comportements d'opposition...
 - ❑ organisation plus ou moins pathologique de la personnalité,
 - ❑ conteste relationnel et familial.
- prise en charge: psychothérapique, individuelle et familiale.

Bégaiement:

Trouble qui affecte le rythme et le débit de la parole: répétitions ou prolongations involontaires, fréquentes, de sons, de syllabes ou de mots perturbant la fluence verbale en l'absence d'anomalie organique.

- toujours lié à la présence d'un interlocuteur.
- garçons davantage atteints.
- forme tonique (blocages de l'émission des sons), et clonique (répétitions saccadée et explosive d'une syllabe).
- apparaît entre 3 et 5 ans, parfois lien avec une expérience traumatisante chez un enfant émotif
- peut être intermittent et peut guérir spontanément.
- manifestations motrices et neurovégétatives fréquentes (mouvements anormaux, syncinésies de la face et des membres).

Bégaiement (2):

- niveau intellectuel souvent normal, mais retard de langage peut favoriser l'éclosion d'un bégaiement.
- retentissement sur la personnalité de l'enfant, sur sa scolarité et sur ses liens sociaux peuvent être importants.
- rééducation orthophonique et relaxation utiles, psychothérapie si troubles psychopathologiques importants.
- résultats inconstants.

Dyslexies:(1)

- déficit sévère et durable de l'acquisition de la lecture chez un enfant d'intelligence normale.
- Fréquentes, surviennent en début d'apprentissage.
- Contrairement au retard "simple" de lecture, la dyslexie persiste malgré un redoublement du CP et souvent en dépit de la rééducation orthophonique.
- troubles préalables de la parole ou du langage fréquents
- compréhension des textes mauvaise, souvent fragmentaire.
- confusions morphologiques (p et q, b et d, m et n). syllabes omises ou inversées, mots simplifiés.
- nombreuses difficultés en orthographe, graphisme souvent maladroit

Dyslexies:(2)

- Origine du trouble très discutée (plusieurs hypothèses) :
 - origine génétique
 - anomalie du développement et de la latéralisation cérébrale
 - trouble psychogène de l'investissement du langage écrit.
- se prolonge en général pendant des années, avec importantes difficultés scolaires
- examen psychologique utile: confirmer normalité du développement intellectuel
- bilan orthophonique: évaluer difficultés du langage écrit et oral.
- évaluation psychomotrice intéressante: repérage spatio-temporel, latéralisation, maladresse, etc.
- Rééducation orthophonique et psychothérapie = principaux axes thérapeutiques.

Le sommeil et ses troubles chez l'enfant et l'adolescent

Plan:

- 1. Introduction
- 2. Organisation normale du sommeil
- 3. origine des troubles
- 4. Troubles chez l'enfant
- 5. Troubles chez l'adolescent

Introduction

- qualité du sommeil très importante tout au long de la vie. participe, dès la naissance, à l'éveil du bébé, puis du nourrisson et plus tard de l'enfant et de l'adulte.
- troubles du sommeil: souvent indicateur des difficultés de l'enfant (importance +++ dépistage et prise en charge précoce).
- prescription de psychotropes (hypnotiques...) à éviter dans la grande majorité des cas, jamais en première intention et toujours en appoint ponctuel.

Organisation normale du sommeil

- rythme veille/sommeil particulier chez le bébé et le nourrisson. (pas de différence nuit /jour). réveils toutes les 3 heures environ et réveils nocturnes (2 fois par nuit) normaux jusqu'à 2-3 mois.
- besoins en sommeil :
 - Nouveau-né et bébé (0 à 3 mois) : en moyenne, 16 heures par 24 heures.
 - Nourrisson : 15 heures de sommeil dont 2 siestes dans la journée, à 6 mois.
 - A partir du 4ème mois : mise en place du cycle nycthéral (veille / sommeil)
 - Entre 1 an et 4 ans : 13-14 heures par 24 heures dont 1 sieste dans la journée.
 - Adolescence : stabilisation autour de 8-9 heures par 24 heures.
- qualité du sommeil et organisation dépendent aussi des conditions de vie de l'enfant (bruit, calme, température, satiété et confort...) et de la sécurité affective (continuité et qualité de l'interrelation entre le bébé et son entourage permettant l'apaisement).

Origine des troubles du sommeil

- soit intrinsèque (tensions psychiques internes, angoisses...), soit extrinsèque (excitations dues à l'environnement, aux conditions de vie...), soit les deux.
- retentissement des troubles du sommeil parfois considérable sur la vie familiale.
- fréquence des troubles du sommeil semble en augmentation.
- investigation des troubles du sommeil: toujours dans une triple dimension : médicale, éducative et psychologique.

- Présentation et signification différente des troubles en fonction de l'âge de l'enfant.

Chez l'enfant

- endormissement = moment crucial (séparation)
- moment d'importante régression et de vulnérabilité.
- petits rituels du coucher comme le biberon d'eau ou de lait, la troisième histoire, l'envie de pipi... (aire de transition) pour assumer cette distance sans la vivre comme une rupture.
- phobies normales, entre 3 et 5 ans, (peur du noir, des voleurs, du loup, des monstres...) peuvent être sources de difficultés d'endormissement.
- Nécessaire souplesse + autorité des parents pour éviter toute crispation.

Le coucher de l'enfant et les perturbations de l'endormissement:

- opposition au coucher fréquente, (moment où se négocie la propreté).
- trouble que devant la répétition du phénomène de manière fréquente. Deux cas de figure sont alors retrouvés :
 - Refus du coucher : fréquent entre 2 et 4 ans, marquant une opposition aux parents : l'enfant refuse d'aller au lit ou se relève + manifestations bruyantes qui s'éternisent (pleurs, cris...)
 - Peur du coucher : l'enfant est en proie à l'angoisse (phobie du coucher) : angoisse d'être séparé des parents, peur du noir qui persiste, peur de s'endormir.

Les dysomnies (1)

Insomnies d'endormissement fréquentes aux 2ème et 3ème années de vie (se réactivent au cours de l'adolescence)

- ❑ Chez le petit enfant: à l'endormissement ou en première partie de sommeil. Des terreurs nocturnes ou des évènements traumatiques (maladie, séparation, décès...) peuvent venir troubler le sommeil de l'enfant.
- ❑ A l'adolescence: témoignent d'une angoisse des changements de cette période. Attention! Parfois symptôme d'appel pour une dépression débutante ou avérée.

Les dysomnies (2)

Hypersomnies: fréquentes, surtout chez l'adolescent (rythme de sommeil inversé). parfois refuge devant des difficultés qu'affronte le jeune (familiales, scolaires...). Là encore, symptôme d'appel qui nécessite une prise en charge globale de la situation de l'adolescent.

Une forme particulière : **la narcolepsie**

- peut débuter pendant l'enfance
- se caractérise par : somnolence et accès de sommeil diurnes invincibles, accès de cataplexie (souvent déclenchés par le rire et les émotions), hallucinations hypnagogiques, paralysies du sommeil.

Troubles de l'articulation:

Incapacité à prononcer correctement un phonème.

- souvent isolés, mais peuvent être associés à des troubles de la parole ou du langage.
- consonnes les plus touchées: "constrictives" : f, v, ch, z, j.
- sigmatisme interdental (zézaiement ou zozotement), transforme le ch en s et le j en z

Les troubles du cours du sommeil ou parasomnies: (1)

Les terreurs nocturnes

- environ 1% des enfants.
- Davantage chez le garçon, de 3 à 12 ans.
- 1ère partie de nuit, au cours du sommeil lent, 1 à 3 h après l'endormissement.
- enfant retrouvé assis dans son lit, après un hurlement, les yeux grand ouverts, paraît effrayé, semble se débattre contre des images terrifiantes, comme halluciné, ne reconnaît pas ses proches qui n'arrivent que difficilement à le calmer.
- manifestations végétatives intenses : sueurs, mydriase, tachypnée et tachycardie.
- durée généralement ¼ d'heure et l'enfant se rendort. Au réveil, amnésie totale.
- uniques ou répétitives(dans ce cas évolution possible sur un mode phobique)

Les troubles du cours du sommeil ou parasomnies:

(2)

Le cauchemar ou rêve d'angoisse

- réveil (brutal) de l'enfant pendant le dernier tiers de la nuit.
- se réveille, pleure, appelle et se calme assez facilement en présence des parents.
- manifestations végétatives modérées.
- Enfant capable de raconter précisément un rêve effrayant.
- épisodes banals (entre 3 et 8 ans) et généralement bénins et disparaissent à la puberté.
- Seule la répétition est problématique.

Les troubles du cours du sommeil ou parasomnies:

(2)

Le somnambulisme

- ❑ activité motrice plus ou moins complexe (de quelques mouvements stéréotypés à une déambulation) inconsciente, sans souvenirs au réveil.
- ❑ accès peut durer une dizaine de minutes, plutôt en début de nuit.
- ❑ plus fréquent chez le garçon entre 5 et 12 ans.
- ❑ aucun dangers à réveiller l'enfant.
- ❑ disparaît spontanément à la puberté.

La somniloquie

- ❑ fait de parler pendant le sommeil, de quelques mots au vrai discours.
- ❑ Souvent brève, pas lieu de s'inquiéter.

Les troubles du cours du sommeil ou parasomnies:

(3)

Les rythmies d'endormissement

- ❑ balancements de la tête ou du corps, avec parfois des bruits de heurts plus ou moins violents contre le mur, pouvant même déplacer le lit
- ❑ peuvent apparaître dès 4 mois
- ❑ pas systématiquement pathologiques, mais parfois témoin de carences affectives ou de troubles envahissants du développement.

Le bruxisme

- ❑ claquement ou grincement des dents.
 - ❑ étiologie inconnue.
 - ❑ traitement symptomatique (orthodontie).
-