

Repérer, Dépister, Diagnostiquer

Christine Lequette, Guillemette Pouget, Médecins de l'Éducation nationale et du Laboratoire Cogni-sciences de l'IUFM de Grenoble et Elsa Peiffer, neuropsychologue

Plusieurs rapports d'organismes internationaux (1), UNESCO, OCDE, Commission Européenne, ont mis l'accent sur la nécessité d'une aide pour les enfants en difficultés scolaires. Ce besoin est identifié sous le concept de " Besoins Éducatifs Spéciaux " BES (Spécial Educational Needs). Un des premiers rapports (Warnock, 1978) estimait que la proportion d'enfants à BES était de 20 %.

Une enquête (2) plus récente réalisée dans l'Union Européenne par l'European Association for Special Education montre que 16 à 24 % des élèves en Europe ont des Besoins Éducatifs Spéciaux parce qu'ils présentent des difficultés d'apprentissage. Ce rapport différencie trois types d'élève en situation " d'échec scolaire " en fonction des causes de leurs difficultés :

- 2-3 % ont une déficience avérée : sensorielle, motrice, mentale, autisme.
- 4-6 % ne souffrent pas des déficiences précédentes, mais présentent des " troubles développementaux spécifiques des apprentissages " (dyslexie, dysphasie, dyspraxie...).
- 10-15 % ont des retards dont les causes sont attribuées à des déterminants, économiques, sociaux, culturels, psychologiques, pédagogiques.

En France, les enfants du deuxième groupe (troubles spécifiques des apprentissages) sont très peu identifiés et inclus dans le groupe trois, groupe des élèves en difficulté scolaire. Tout particulièrement, les troubles du langage écrit sont encore trop souvent mal identifiés et mal reconnus.

Pour remédier à cela, il est apparu nécessaire d'avoir des outils applicables à de grands effectifs, standardisés et qui permettent un repérage et un dépistage des enfants porteurs d'un retard de langage et de ceux présentant un risque de développer des difficultés d'apprentissage.

Une fois les enfants repérés et dépistés des réponses pédagogiques devront être trouvées au sein de l'école et de l'équipe pédagogique élargie ; pour certains d'entre eux une évaluation diagnostique complémentaire sera nécessaire et pourra aboutir à une prise en charge complémentaire extérieure à l'école.

Les modalités de repérage, de dépistage et de diagnostic des troubles spécifiques du langage oral et écrit sont le premier objectif " connaître et comprendre ces troubles " de la circulaire interministérielle sur la mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit. Le travail en partenariat et la réflexion menée par l'équipe éducative doivent en éviter la banalisation ou la stigmatisation.

Repérer les élèves présentant des signes d'alerte : c'est remarquer, porter une attention particulière aux difficultés relatives du langage oral ou écrit quelles que soient leur nature, leur forme ou leur intensité. En milieu scolaire, le repérage est du ressort des enseignants en collaboration avec les membres du RASED. Il s'appuie sur les outils d'évaluation des compétences et la connaissance fine des élèves par l'enseignant.

Dépister : c'est identifier dans une population à priori en bonne santé, des sujets porteurs d'une anomalie donnée, à un stade précoce dans le but de réaliser des examens complémentaires de diagnostic et de prendre des mesures préventives ou thérapeutiques. En milieu scolaire, le dépistage est du ressort du médecin de PMI en petite et moyenne section de maternelle puis du médecin de santé scolaire pour le reste de la scolarité, en collaboration avec la psychologue scolaire.

Le travail en équipe : médecin infirmière, psychologue, RASED (Réseau d'aide..) enseignant (e) est une des conditions de la réalisation d'un dépistage pertinent qui permet la mise en place d'un suivi et d'une guidance pédagogique adaptée et parfois d'un suivi spécialisé extérieur à l'école.

Diagnostiquer : c'est identifier le trouble, en précisant le caractère spécifique et la sévérité de celui-ci. Le diagnostic pluridisciplinaire s'appuie sur un bilan médical, orthophonique et (neuro) psychologique. Il est fait en ville auprès de professionnels de santé ou pour les cas complexes dans des centres de référence hospitaliers.

La maîtrise et la connaissance approfondie des tests utilisés et des capacités cognitives testées sont des conditions essentielles à réunir pour pouvoir prétendre apporter des hypothèses diagnostiques.

Il est indispensable que soient engagés avec les parents les échanges nécessaires afin de les informer et de les associer à toute démarche de repérage, de dépistage et de diagnostic ainsi qu'à toute démarche d'aide.

Chaque professionnel qui intervient autour de l'enfant en difficulté doit connaître son rôle, ses missions, ses limites et privilégier le travail en réseau.

Enfin, l'utilisation de tests standardisés et évalués sur une population représentative est indispensable au dépistage et au diagnostic des troubles cognitifs.

(1) UNESCO 95, Ainscow 96 ; CERI-OCDE 94 ; 97 ; Commission Européenne, CE-DG XXII 96.

(2) Vianello et Monica 1995.

1 cycle 1 et 2

Le Repérage

Le développement du langage de l'enfant et les signes d'alerte

A la maternelle, il convient que les enseignants connaissent les grandes étapes du développement du langage oral afin de pouvoir alerter les professionnels en cas de trouble repéré.

Développement normal	Signes d'alerte
<p>2 ans : comprend les phrases. associe 2 mots sans article, pronom, conjugaison ou affixe. Ex : papa pati. a acquis entre 50 et 70 mots</p>	<p>l'enfant n'enrichit pas son vocabulaire, est inintelligible</p>
<p>3ème année : Le nombre de consonnes bien prononcées augmente. Se nomme, a un lexique de 400 à 900 mots. Enrichissement rapide du vocabulaire. Explosion grammaticale (utilise tu, il, elle, on). Acquisition de morphème (conjugaison du verbe, accord des adjectifs et de l'article, coordonne des phrases. A 3 ans 90 % des enfants font des phrases de 3 mots. La longueur moyenne des énoncés est de 3, 5 mots.</p>	<p>gros troubles articulatoires sans signe d'amélioration. Pas de phrase simple</p>
<p>4ème année : La maîtrise phonologique devient efficace pour de plus en plus de consonnes. Croissance du vocabulaire. Utilise le passé et le futur,</p>	<p>les confusion de son : b/p ; d/t ; g/c ; v/f ; an = a. Langage peu productif, très limité, inintelligible, parler bébé.</p>

conjugue. Emploie des relatives. Accorde les noms et les adjectifs.	
A 5 ans : Tous les sons de la langue sont acquis. Il progresse en vocabulaire, en construction du langage, les phrases de complexifient.	confusion de son, langage pauvre, peu construit qui ne s'améliore pas malgré l'aide pédagogique. Le développement du langage semble stagner.
A 6 ans : Il a acquis une conscience phonologique. (retrouve des rimes, segmente les mots en syllabes, joue avec les syllabes). Il a une mémoire immédiate et des capacités attentionnelles qui lui permettent de retenir des phrases simples d'environ 12 syllabes. Il a un vocabulaire d'environ 3000 mots en production et 8000 mots en réception.	troubles de la conscience phonologique. Retard de langage et de parole.

Les outils de repérage (références chapitre XIII) :

- Le questionnaire langage et comportement Chevrie-Muller - 3 ans ½

Cet outil a été mis au point pour les enseignants qui feront une première observation individuelle des enfants.

Age de passation : entre 3 ans 6 mois et 3 ans 8 mois ; cela permet de programmer toute la classe au fur et à mesure des dates d'anniversaire des enfants de Petite Section.

Méthode de passation :

L'enseignant, par son observation quotidienne des enfants, fera une évaluation au moins d'aussi bonne qualité qu'un examen individuel par une personne étrangère. Il répondra aux questions en portant une attention particulière à l'enfant au sein du groupe et en ayant recours à une évaluation individuelle courte.

Champs d'observation :

La voix et la parole (défauts d'articulation, déformation des mots, parler bébé) ; la compréhension de notions simples (sur, sous...) ; l'expression (construction des phrases, syntaxes) ; la motricité globale et manuelle ; la mémoire ; le comportement dans le jeu (dans les activités scolaires, dans le groupe en général).

Cotation : par oui ou non. On additionne le total des non. De 10 à 13 : l'enfant est à surveiller, à revoir. De 14 à 17 : difficultés probables, intérêt d'une procédure d'examen individuel (médecin, orthophoniste, psychologue...).

Plus de 18 : examen individuel indispensable.

La valeur prédictive positive de ce test est de 54 % (la moitié des enfants repérés sera effectivement en retard). La valeur prédictive négative est très bonne : 92 % (8% seulement des enfants non repérés présenteront un retard).

- Le livret d'évaluation et d'aide aux apprentissages GS-CP

proposé pour la première fois en septembre 2001 à l'intention de l'enseignant.

Age de passation : 5 - 7 ans

Méthode de passation : épreuves individuelles et semi-collectives

Champs d'observation :

le comportement de communication : articulation, intensité de la voix, prise de parole, écoute ; la compréhension de consignes, de récits, de vocabulaire ; le lexique dans le domaine de la vie quotidienne et de la connaissance des métiers ; la production langagière : finir une histoire et transmettre des consignes ; les compétences transversales : orientation temporo-spatiale, partage de l'attention et dextérité à la copie.

· Le livret pour les maîtres du cours préparatoire

"Lire au CP- Repérer les difficultés pour mieux agir ", Janvier 2003 ; propose en complément deux tableaux de synthèse : "L'entrée en cours préparatoire" et "Au milieu du cours préparatoire" permettant de guider l'évaluation et de repérer les compétences définies dans les programmes : comprendre/comprendre des textes ; établir des correspondances entre l'oral et l'écrit ; écrire ; identifier des composantes sonores du langage ; dire, redire, raconter/lire à haute voix.

· Les bilans systématiques

Les maîtres E ou G, membres des RASED, peuvent réaliser des bilans systématiques des compétences scolaires des élèves avec certains outils : grille d'évaluation des acquis préélémentaires, BAT-ELEM, Batterie Prédictive et Batterie de Lecture d'Inizan ...

Dépistage :

Une fois les enfants repérés par les enseignants, un avis pourra être demandé aux professionnels qui interviennent dans l'école : médecins PMI ou Éducation nationale, psychologues scolaires, infirmières.

Ces professionnels peuvent alors, à l'aide de différents outils, avancer vers le diagnostic.

Les outils de dépistage (références chapitre XIII) :

· ERTL 4 : Épreuves de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans

C'est un outil d'aide au dépistage médical et non pas un test diagnostique

Age de passation : 3 ans 9 mois à 4 ans 6mois en MS de maternelle.

Mode de passation : évaluation individuelle lors du bilan des 4 ans

Champs d'observation :

Explore de façon globale la production et la compréhension du langage, ne permet pas de différencier les différents troubles : anomalies de la voix, retard de parole ou de langage, trouble du langage, retard de la communication, troubles auditifs et perceptifs, anomalie de la segmentation, troubles mémoriels, retard de la structuration spatiale. Comporte 4 épreuves (logatomes, répétitions de phrases, étude du lexique sémantique dans le domaine spatial et de la morphosyntaxe, production) et l'étude du débit et de la qualité de la voix.

Cotation : sous forme d'un score global, attribution d'une couleur

Évaluation : langage satisfaisant : vert ; enfant à risque, nécessitant une surveillance médicale :

orange ; enfant suspecté d'un retard ou d'un trouble : rouge

Pourcentage dans la population de référence : 80 % vert ; 8 % orange ; 12 % rouge

· ERTL 6 : Épreuves de Repérage des Troubles du Langage et de l'apprentissage

C'est aussi un outil d'aide au dépistage médical et non pas un test diagnostique

Age de passation : 5-6 ans en GS de maternelle ou durant le 1er trimestre du CP

Mode de passation : évaluation individuelle

Champs d'observation :

Évalue de façon globale les compétences nécessaires aux apprentissages fondamentaux : la capacité de repérage spatial et temporel ; la mémoire à court terme ; l'articulation ; les capacités phonologiques ; la parole, le langage. Comporte 18 épreuves qui ne sont pas toutes spécifiques d'un processus cognitif.

Cotation : 1 point par épreuve échouée. Score global de 0 à 18

Évaluation : en cours

· BSEDS Bilan de Santé - Évaluation du développement pour la scolarité
Centré sur le développement de l'enfant. Il s'appuie sur des modèles neuropsychologiques largement reconnus. Ces modèles font apparaître les activités cognitives essentielles qui doivent être efficaces chez l'enfant de 5 - 6 ans afin de lui permettre l'apprentissage de la lecture (voir chapitre 3).

Age de passation : 5 - 6 ans, en GS de maternelle ou début de CP

Mode de passation : évaluation individuelle + questionnaire à l'enseignant

Champs d'observation :

1) Compétences sous jacentes à la reconnaissance des mots :

La conscience phonologique (jugement de rimes, comptage syllabique et suppression syllabique) ; la mémoire à court terme (test d'empan de chiffres) ; les capacités de perception visuelle et de maintien en mémoire visuelle (épreuve de reproduction de figure) ; la discrimination visuelle fine (épreuve de reconnaissance de lettres) ; l'attention visuelle fine (test des cloches ; deux épreuves visuo-attentionnelles sont étalonnées et permettent de compléter l'examen si nécessaire).

2) Compétences en langage oral :

La discrimination phonémique ; les compétences lexicales (test de vocabulaire) ; la compétence implicite d'analyse syntaxique (épreuve de compréhension de phrases) ; l'analyse du versant expressif du langage est effectuée par le croisement de l'évaluation qualitative de l'enseignant et du médecin associant une épreuve standardisée de répétition de logatomes.

3) Recherche d'éventuelles déficiences au niveau neuromoteur ou neurosensoriel (acuité auditive) ; évaluation du développement somatique, psychomoteur, social ; évaluation du comportement en situation scolaire.

La participation des enseignants est indispensable pour évaluer le comportement à l'école, la motricité globale et fine, la production du langage, le développement spatio-temporel et la perception visuelle. Avant la visite médicale, ils doivent renseigner un questionnaire.

Cotation :

Par l'enseignant, réponse par oui/non correspondant à un score 1/0 pour tous les items sauf pour la perception visuelle score /6.

Par l'équipe de santé scolaire, score quantitatif spécifique par épreuve.

Évaluation :

Suivant un étalonnage (moyennes, écart-types, percentiles) pour toutes les variables quantitatives en fonction de l'âge des élèves au moment de l'examen, en deux classes d'âge de 6 mois : 4 ans 11 mois à 5 ans 4 mois et 5 ans 5 mois à 6 ans inclus.

Pour les variables qualitatives, pourcentages d'enfants par score.

Pourcentage dans la population de référence :

4 à 5 % nécessitent un bilan complémentaire du langage ou du développement

20 à 35 % nécessitent un avis sur une guidance pédagogique.

· BREV Batterie Rapide d'Évaluation des fonctions cognitives

C'est une batterie de dépistage des troubles cognitifs utilisant des tests neuropsychologiques.

L'objectif étant de faire un profil de ces enfants pour les diriger vers les professionnels compétents en fonction des troubles cognitifs dépistés.

Age de passation : 4 à 8 ans inclus en classe de MS de maternelle à CE 2

Mode de passation : évaluation individuelle ; utilisable en deux versions : complète comprenant les 17 subtests ou abrégée comprenant 10 subtests complets et 3 abrégés.

Champs d'observation :

La compréhension syntaxique ; la production de langage (logatomes, fluence, évocation lexicale, expression syntaxique) ; la conscience phonologique (suppression syllabique et phonémique) ; les fonctions non-verbales et exécutives ; le graphisme ; l'attention et discrimination visuelles ; la planification (labyrinthe) ; le raisonnement visuo-spatial ; l'attention et la mémoire (attention sélective motrice, mémoire phonologique à court terme, mémoire verbale, mémoire visuo-spatiale) ; les apprentissages scolaires (lecture, orthographe, calcul).

Cotation : En score et en temps, spécifique pour chaque épreuve

Détermination d'un score verbal et d'un score non-verbal

Évaluation :

Suivant un étalonnage (moyenne, écart-types, percentiles) pour toutes les variables en fonction de l'âge des élèves au moment de l'examen, en classe d'âge de 6 mois de 4 à 8 ans.

· Observations en classe, fiches de signalement, tests psychométriques :

Les psychologues scolaires réalisent des observations en classe et ne font que très rarement des dépistages systématiques. Dans d'autres secteurs les psychologues font remplir aux enseignants des fiches de signalement pour les enfants repérés. Ces fiches sont propres à chaque psychologue et ne sont pas normées.

Il est important d'évaluer l'efficacité intellectuelle, en particulier si on soupçonne un retard global. Les psychologues font cette évaluation grâce au WIPPS-R (voir commentaires WISC-III, paragraphe suivant).

Les acteurs :

En maternelle les enfants bénéficient de 2 bilans de dépistage systématiques : en moyenne section à 4 ans par le médecin et l'infirmière de la protection maternelle et infantile (PMI) et en grande section entre 5 et 6 ans par médecin et l'infirmière du service de promotion de la santé en faveur des élèves.

L'objectif de ces bilans est de diagnostiquer les dysfonctionnements somatiques, sensoriels, cognitifs sociaux et psychologiques. Ils sont orientés en fonction des éléments du repérage effectué par les enseignants. La passation systématique évite de passer à côté de ceux qui n'auraient pas été repérés par les enseignants. Cet effort de dépistage axé sur la maternelle en continuité sur 2 ans est fondamental pour le dépistage précoce des troubles cognitifs dont on sait que les actions de remédiation seront d'autant plus efficaces sur la prévention de l'échec scolaire qu'elles auront été apportées le plus tôt possible aux enfants au cours de la période de leur développement la plus favorable.

Ces examens de dépistage peuvent aussi être réalisés par le médecin généraliste ou le pédiatre de ville. Les psychologues scolaires évaluent l'efficacité intellectuelle et dépistent les troubles de la personnalité.

2 cycle 3 - collège

Le repérage

2.1.1 Les signes d'alerte :

De nombreuses confusions sont notées en production orale ou écrite. Elles ne sont parfois mises en évidence que lorsque la séquence est non connue de l'enfant. La production de non-mots aidera au repérage. Il peut s'agir de :

- confusions entre phonèmes sourds et sonores : p/b, t/d, k/g, f/v, s/z, ch/j,
- confusions entre lettres visuellement proches : b/d, m/n, u/n, a/o, E/F, C/G,
- inversions : or/ro, cri/cir,
- omissions : ba pour bar, arbe pour arbre, vigule pour virgule
- additions : ordeur pour odeur
- substitutions : coukeau pour couteau, chauffeur pour faucheur,
- parophonémies, confusions de sons complexes : oin/ion, eur/ère, ien/ein,
- lexicalisation, lecture d'un mot pour un non-mot : aivron lu aviron,
- régularisation, lecture phonologique d'un mot irrégulier : chorale lu / Soral /
- paralexie, lecture d'un mot pour un autre : soin lu soie.

Aucun type d'erreurs n'indique un trouble spécifique, toutes peuvent être observées en début d'apprentissage. C'est la persistance de ces erreurs et la lenteur qui caractérisent ces troubles.

2.1.2 Les outils de repérage (références chapitre XIII) :

- Le livret d'évaluation à l'entrée au CE 2 comporte des épreuves collectives. Il est maintenant utilisé de manière systématique dans toutes les classes de CE 2.

Champs d'observation en français :

la compréhension orale (de consignes scolaires), le lexique, la compréhension écrite, la reconnaissance d'un mot par association image-mot, la production d'écrit (dictée, recopie et expression écrite), les connaissances acquises dans le domaine de la grammaire et de la conjugaison, l'orientation temporo-spatiale et l'attention.

On peut remarquer que cette évaluation ne comporte pas de compréhension orale de textes. Un élève présentant un trouble du langage écrit portant sur la reconnaissance des mots obtiendra des scores faibles. L'évaluation en mathématiques quant à elle est faite avec des consignes orales ou des consignes écrites courtes. Ainsi un bon score en mathématiques et un score significativement plus faible en français peuvent alerter sur un trouble du langage écrit. De même un score de non-réponses élevées dans l'évaluation évoque une lenteur de déchiffrage qui est aussi un signe d'alerte et doit entraîner l'étude plus approfondie des items échoués (voir exemple de grille d'évaluation qualitative complémentaire, chapitre 10).

- Les livrets d'évaluation 6ème et 5ème peuvent fournir des éléments : une différence de score notable entre les évaluations de mathématiques et français au dépend du français évoquent des difficultés spécifiques en lecture surtout si à cela s'ajoute un taux de non-réponses élevé. Une lecture lente ne permet pas de finir les épreuves qui sont en temps limité et influe peu sur les épreuves de mathématiques car les consignes y sont courtes.
- Évaluations, tests, fiches de liaison
Il existe de nombreuses batteries de tests et d'évaluation des acquisitions scolaires utilisées par les enseignants et les membres des RASED.
De manière plus informelle, dans certaines écoles existent des fiches de signalement aux membres du RASED mises en place par ceux-ci et qui aident au repérage de signes d'alerte.
Une fiche de liaison CM 2 - 6ème peut être mise en place pour mieux connaître les difficultés spécifiques à l'entrée en 6ème et organiser la répartition des élèves.

2.1.3 les acteurs :

Les parents peuvent être les premiers à faire part aux enseignants des difficultés particulières de leur enfant. L'enseignant observe et évalue les élèves. Il repère les difficultés d'apprentissage dans les activités menées en classe. Il doit en informer les parents. Les membres du RASED peuvent

apporter une aide pour le repérage par la passation d'épreuves individuelles et semi collectives. Le conseil de cycle peut être sollicité pour donner son avis. Un examen par le médecin et l'infirmière scolaires pourra alors aider au dépistage d'une pathologie, d'un trouble ou d'un simple retard. Des examens complémentaires sont demandés s'ils s'avèrent nécessaires.

2.2 le dépistage

Il nécessite la collaboration du psychologue scolaire, du médecin et de l'infirmière de santé scolaire. En effet pour avancer vers le diagnostic de " trouble spécifique des apprentissages ", il est nécessaire de faire une anamnèse, d'éliminer des troubles sensoriels, une déficience mentale et un trouble envahissant de la personnalité. Des outils permettant une approche cognitive vont permettre le dépistage.

2.2.1 Les outils de dépistage (références chapitre XIII) :

· L'Alouette

Test de lecture qui permet d'attribuer à l'élève un âge lexique. Lors de la lecture chronométrée de ce texte dénué de sens, on note les erreurs de lecture. Des abaques donnent l'âge lexique en tenant compte de la vitesse de lecture et des fautes.

· L'ODEDYS : Outil de DEpistage des DYSlexies.

Ce test réalisé après l'évaluation de l'âge lexique permet d'observer les processus cognitifs.

Age de passation : du CE1 au CM2

Mode de passation : individuel

Champs d'observation :

les procédures de lecture utilisées (lecture chronométrée et dictée de listes de mots réguliers, irréguliers et de non-mots) ; les compétences en métaphonologie (épreuves de suppression et de fusion de phonèmes) ; la mémoire verbale à court terme et de travail ; le traitement visuel ; les capacités visuo-attentionnelles.

Évaluation :

Suivant un étalonnage (moyenne, écart-types, percentiles) pour toutes les variables en fonction de la classe des élèves du CE 1 au CM 2.

· BREV Batterie Rapide d'EVALuation des fonctions cognitives :

(voir paragraphe précédent)

· le WISC- III Les échelles de Wechsler

Batteries psychométriques standardisées des fonctions cognitives et développementales. Ces batteries mesurent l'efficacité intellectuelle, selon un niveau ordinal - le quotient détermine le rang auquel les performances d'un sujet le classent dans un groupe du même âge.

La notion d'intelligence repose sur l'évaluation des compétences verbales et non-verbales, à travers 13 sub-tests diversifiés de par leurs contenus et leurs opérations de résolutions.

Age de passation :

- WPPSI-R Wechsler Preschool and Primary Scale for Children - Revised (1995) pour les enfants de 2 ans 11 mois à 7 ans 3 mois.

- WISC-III Wechsler Intelligence Scale for Children 3^e édition (1996) pour les enfants de 6 ans à 16 ans 11 mois.

Mode de passation : individuel

Champs d'observation :

La formation des concepts verbaux - la pensée abstraite - la compréhension verbale - les aptitudes à faire face à des problèmes sociaux ; l'organisation des réseaux sémantiques et les capacités à synthétiser ; la reconnaissance, l'identification, la discrimination et le traitement visuels ; la coordination visuo-motrice - la planification et l'automatisation des procédures - la flexibilité mentale ; l'attention - la concentration ; l'analyse et le raisonnement visuo-spatial ; les stratégies de résolution.

Évaluation :

Ces batteries, à travers le Quotient Intellectuel, permettent une interprétation standardisée et normative de l'efficacité intellectuelle.

Le QI ne peut se réduire à un nombre. Pris isolément, il n'est pas suffisant pour soutenir des interprétations sur le fonctionnement des composantes de l'intelligence. Une analyse plus fine des différents sub-tests ainsi qu'une analyse qualitative des réponses permet d'orienter et/ou d'affiner un diagnostic sur les composants cognitifs fonctionnels ou déficitaires. Ultérieurement, l'ensemble de ces analyses permet la mise en place d'une rééducation spécifique et la mise en place d'une pédagogie adaptée aux difficultés de l'enfant.

Une analyse systématique de la distribution (intra et inter test) des performances par sub-tests, l'analyse de la dispersion des notes par rapport à la moyenne et la détection d'une dissociation entre les échelles verbales et non-verbales s'imposent.

Exemples :

Trouble attentionnel - Hyperactivité : distribution très hétérogène des performances inter et intra sub-tests.

Dyslexie phonologique : Difficultés sur les épreuves qui nécessitent l'activation de la mémoire de travail (mémoire à court terme ; arithmétique).

Dyslexie de surface : Difficultés sur les épreuves qui impliquent le traitement perceptif visuel et visuo-attentionnel (codes ; symbole)

Dysphasie : Dissociation entre scores non-verbal et verbal au détriment de ce dernier.

Dyspraxie : dissociation entre scores verbal et non-verbal au détriment de ce dernier.

Une analyse qualitative des réponses données par les enfants renseigne sur la qualité de la production orale [dysphasie - retard de parole - nature des erreurs] ; sur la compréhension orale [dysphasie - nature des troubles] et sur la nature des facteurs pénalisants [anxiété, mutisme, lenteur extrême, trouble sévère de l'attention, dyspraxie, troubles visuels, troubles auditifs].

2.2.2 les acteurs :

La réunion d'une équipe éducative est fondamentale. C'est par la mise en commun des observations de chaque membre (parents, enseignants, membres du RASED et de la santé scolaire) qu'un diagnostic de trouble spécifique peut être envisagé ainsi que la nécessité d'exams complémentaires.

2.3 Le Diagnostic

2.3.1 les outils de diagnostic :

Ils sont spécifiques à chaque professionnel.

A noter l'importance des Questionnaires de Conners : ces questionnaires sont à remplir par les parents et les enseignants ; ils renseignent le pédopsychiatre sur les troubles du comportement, de l'attention et de l'impulsivité des enfants suspectés d'hyperactivité. Ils permettent au pédopsychiatre de porter un diagnostic après évaluation clinique complémentaire.

2.3.2 les acteurs :

Le partenariat est indispensable car le diagnostic est pluridisciplinaire. Le médecin en est le référent. Il réunit tous les éléments médicaux et paramédicaux nécessaires, en particulier les bilans réalisés par les partenaires extérieurs (orthophoniste, psychologue et neuropsychologue, pédopsychiatre, généraliste et pédiatre, bilan des CMP ou CMPP, bilan des centres de référence). En cas de trouble sévère ou complexe, l'enfant est adressé à un centre de référence des troubles du langage.

Les parents, l'enseignant, le directeur, les membres du RASED, le psychologue scolaire, le médecin et l'infirmière scolaires, éventuellement les partenaires extérieurs, médicaux et paramédicaux se réunissent en équipe éducative. Celle-ci devra définir un projet d'enseignement adapté aux difficultés particulières de l'enfant en relation avec la prise en charge thérapeutique et rééducative mise en place à l'extérieur de l'établissement. Les décisions peuvent être contractualisées dans un projet d'éducation individualisé qui permet un meilleur suivi. Un signalement à la commission de circonscription préélémentaire et élémentaire est fait s'il y a nécessité d'enseignement spécialisé.

3 Conclusion

La nécessité d'établir un réseau de compétence autour de l'enfant est indispensable et des dispositifs ont été mis en place pour permettre un tel partenariat.

1) cas d'enfants présentant des troubles légers à moyens qui permettent de suivre une scolarisation

normale. Les adaptations scolaires rentrent dans le cadre général, les enseignants tenant compte des difficultés spécifiques de ces élèves. Les adaptations nécessaires spécifiques à chaque enfant sont discutées en équipe éducative.

Le partenariat enseignant-RASED-parents-orthophoniste est nécessaire pour un projet cohérent entre le travail en rééducation, le travail en classe et les devoirs à la maison.

Des interventions adaptées peuvent être proposées grâce au " Programme Personnalisé d'Aide et de Progrès " (PPAP). Au sein du collège, ces élèves peuvent bénéficier d'un adulte tuteur.

Ces aménagements pédagogiques peuvent faire aussi l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé proposé dans le cadre de l'intégration des enfants atteints de maladies chroniques (les troubles spécifiques du langage oral et écrit sont rentrés dans la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes lors de sa 10^e révision, nomenclature de l'Organisation Mondiale de la Santé, adaptée par l'Éducation nationale par arrêté du 10 janvier 1989). Ces PAI intègrent dans la prise en charge de l'enfant, les temps de rééducation hors ou pendant le temps scolaire (circ. du 22 juillet 1993).

2) cas d'enfants présentant des troubles plus sévères. Intégrés soit en circuit ordinaire, soit en classe spécialisée (CLISS, SEGPA, EREA, VPI), ils peuvent bénéficier d'un projet d'intégration (PEI) mis en place dans le cadre de l'accueil des élèves handicapés et soumis aux commissions de l'Éducation spéciale (CCPE - CCSD - CDES).

Cela est indispensable quand l'intégration s'accompagne d'intervention d'établissements spécialisés et/ou de Service d'éducation spéciale et de soins à domicile - SESSAD - (circulaires des 29 janvier 83, 18 novembre 91, 21 février 2001, 31 janvier 2002).

Ce projet quel qu'il soit permet de définir les priorités éducatives pour l'enfant ou l'adolescent. Il est construit en équipe constituée de l'enfant, de ses parents, et des divers professionnels ou intervenants autour de l'enfant en difficulté. A ce projet s'associe la notion d'interdisciplinarité indispensable à sa bonne réussite. Une interface est indispensable entre le système de soin (les professionnels de santé qui interviennent dans le diagnostic et la rééducation) et l'école. Ce rôle est assuré par le médecin scolaire et ou le psychologue scolaire.

Exemple : mise en place d'un P.E.I pour trouble du langage.

C...8 ans 7 mois a été signalée par les enseignants de CE1 et la psychologue scolaire pour échec massif dans l'apprentissage de la lecture malgré 3 ans d'apprentissage (2 ans de CP et le CE1) et en dépit de capacités intellectuelles non déficitaires. Le médecin scolaire a réalisé un ODEDYS qui retrouve un déficit des 2 procédures de lecture et du langage oral.

Devant ce déficit important, une consultation au Centre du Langage est demandée afin d'affiner le diagnostic. Suite aux bilans médical, neuropsychologique et orthophonique, un diagnostic de dysphasie phonologico-syntaxique avec alexie, déficit de la mémoire verbale, des capacités métaphonologiques et un traitement visuel hétérogène, est posé.

Afin d'intégrer au mieux C..., nous organisons un P.E.I regroupant les parents, l'institutrice, l'orthophoniste, le maître rééducateur, le médecin scolaire, la psychologue scolaire. Le diagnostic multidisciplinaire du CHU nous a permis de pointer précisément les difficultés de C...ainsi que ses points forts.

Contenus du PEI :

1) L'aide spécifique du maître rééducateur est demandée pour intensifier l'apprentissage de la lecture par la méthode " d'imprégnation syllabique " et pour l'entraînement de la conscience phonologique ; il interviendra 2 fois par semaine.

2) La rééducation orthophonique est prévue 2 fois par semaine sur le temps scolaire. Les mots travaillés en classe seront communiqués à l'orthophoniste.

3) En classe : la maîtresse insistera beaucoup sur l'apport de connaissance à l'oral : des photocopies seront données à C...pour permettre un suivi plus facile des leçons par les parents à la maison. Pour les dictées, C...aura quelques mots à préparer. Ces mots seront communiqués à l'orthophoniste à

l'avance. C...aura à faire une dictée à trous et elle sera évaluée sur les mots préparés qu'elle aura à replacer dans les trous. Une version audio des livres étudiés en classe sera enregistrée pour C...afin qu'elle ait accès comme les autres enfants au lexique et à la syntaxe de la littérature adaptée à son âge.

Une réévaluation du projet est envisagée chaque trimestre par l'équipe pluridisciplinaire

Le P.E.I a été soumis à la Commission de Circonscription Primaire qui l'a approuvé.

Il a permis une articulation entre le système de soin, les professionnels intra et extra Éducation nationale.