BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE
NANTES - Santé
SUDOC
COTE 07 NANT 06-ORT
LOC. MAG
HOR.

Université de Nantes

Unité de formation et de recherche
« Médecine et techniques médicales »

Année universitaire : 2006-2007

Mémoire pour l'obtention du diplôme de capacité d'orthophoniste

présenté par :

BOULLEZ/FEDIDE Nathalie - née le 26/03/64

DROUET Mathilde - née le 31/01/84

Une consultation au centre référent du langage de Nantes : De la demande à la mise en œuvre des propositions thérapeutiques et scolaires qui découlent du diagnostic posé

Président du jury : Monsieur Jean BAUMARD

Directrice du mémoire : Madame Hélène COLUN

Membre du jury : Docteur Elisabeth PEUVREL

« Par délibération du Conseil en date du 7 mars 1962, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme étant propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

SOMMAIRE

INTRODUCTION ……... 10

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE 1- LES TROUBLES SPECIFIQUES DU LANGAGE : DES TROUBLES COMPLEXES…… 14

1. Terminologie des troubles « dys »..... 15

1.1 Troubles des apprentissages, troubles du développement, troubles spécifiques………..... 15

1.2 L'approche neuropsychologique des troubles « dys »……... 16

1.2.1 La neuropsychologie……... 16

1.2.2 Des troubles spécifiques et développementaux……..……..... 17

1.3 Les classifications de référence……..... 18

1.3.1 Le DSM-IV……. 19

1.3.2 La CIM-10…….. 20

1.3.3 La CFTMEA-R2000…….. 21

1.4 Les recommandations de l'ANAES..... 21

2. Les troubles spécifiques du langage……. 22

2.1 Les troubles spécifiques du langage oral ou dysphasies…… 22

2.1.1 Définition(s) de la dysphasie ……. 23

2.1.2 Les marqueurs de déviance ou marqueurs positifs……. 24

2.1.3 La classification des dysphasies selon C.L.GERARD…… 26

2.2 Les troubles spécifiques du langage écrit ou dyslexies-dysorthographies 28

2.2.1 Les différents modèles d'acquisition du langage écrit…… 28
2.2.2 Dyslexie et dysorthographie : nature et lien ……... 32
2.2.3 Les classifications des dyslexies et des dysorthographies…….. 33
3. Les troubles associés aux troubles spécifiques du langage…….... 35
3.1 Sur un plan cognitif……... 36
3.1.1 Les troubles du langage écrit chez l'enfant dysphasique…… 36
3.1.2 Les troubles dyscalculiques…… 36
3.1.3 Les troubles mnésiques……... 39
3.2 Au niveau des aspects perceptifs…….……..…... 39
3.2.1 Sur le plan auditif…….……..…….. 39
3.2.2 Sur le plan visuel…….…… 40
3.3 Les troubles psychomoteurs…….…… 40
3.3.1 Les dyspraxies…….…… 41
3.3.2 Les dysgraphies…….…….. 42
3.3.3 Les troubles de structuration de l'espace et du temps…….…… 43
3.3.4 Les troubles de latéralisation…….…….. 44
3.3.5 L'instabilité psychomotrice……. 44
3.4 Sur le plan comportemental et affectif…… 45
3.5 Des troubles complexes……. 46
4. Les centres référents du langage……..... 47
4.1 Origine du plan d'action relatif aux troubles spécifiques du langage….. 47
4.2 Mieux identifier les enfants porteurs d'un trouble spécifique du langage oral et écrit…….…… 48
4.3 Les missions de ces centres référents…….…….. 49

CHAPITRE 2 - SCOLARITE ET SOINS POUR LES ENFANTS ATTEINTS DE TROUBLES SPECIFIQUES DU LANGAGE…… 51
1. Dispositifs d'adaptation et d'intégration pour une scolarisation individualisée en milieu ordinaire…….. 53
1.1 Les dispositifs adaptatifs……. 53
1.1.1 La pédagogie différenciée et les aménagements scolaires…….…. 53
1.1.2 Les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté……..…. 57
1.1.3 Les équipes éducatives…… 59

1.1.4 La démarche de projets personnalisés……. 60
1.2 Handicap et intégration scolaire individualisée…….…… 63
1.2.1 Principaux apports de la loi du 11 février 2005…….. 63
1.2.2 Les mesures et dispositifs de soutien à l'intégration scolaire……..… 66
2. Lorsque la scolarisation individualisée n'est pas ou plus possible, quelles orientations ?..... 70
2.1 Le redoublement..... 70
2.2 Les structures d'adaptation et d'intégration collectives…… 71
2.2.1 Les structures d'adaptation et d'intégration du primaire…… 71
2.2.2 Les structures d'adaptation et d'intégration du secondaire…… 75
2.3 Les établissements spécialisés…….. 77
3. L'accompagnement thérapeutique hors du cadre scolaire…….... 79
3.1 Le secteur libéral…….……. 80
3.1.1 Les orthophonistes…….. 80
3.1.2 Les psychologues et psychothérapeutes……. 81
3.1.3 Les psychomotriciens……..……..…. 81
3.1.4 Les orthoptistes……..…… 82
3.2 Les consultations hospitalières…… 82
3.3 Les centres médico-psychologiques…… 82
3.4 Les centres médico-psycho-pédagogiques…….. 83
3.5 Le problème des doubles prises en charge……. 84
4. Un nécessaire partenariat entre les divers intervenants…… 84
4.1 Récapitulatif des différents dispositifs pouvant articuler scolarité et soins 85
4.2 Une organisation des professionnels en réseau……... 86

CHAPITRE 3 – LE CENTRE DU LANGAGE DE NANTES……..… 87
1. De la demande de consultation à la consultation d'accueil…….... 88
1.1 La constitution du dossier de demande de consultation……
88
1.2 La consultation d'accueil……. 90
2. Le bilan pluridisciplinaire……..….. 92
2.1 Pourquoi un bilan pluridisciplinaire ?..... 92
2.2 Le bilan orthophonique…… 94

2.2.1 Le langage oral…… 95
2.2.2 Le langage écrit…… 96
2.3 Le bilan neuropsychologique……..…….. 96
2.4 Les investigations complémentaires…… 99
3. Restitution du compte rendu des différentes investigations : annonce du diagnostic et propositions adaptées…….. 100
3.1 Annonce du diagnostic…….. 101
3.1.1 Les réactions positives……..….. 101
3.1.2 Les réactions négatives……... 102
3.2.3 Une nécessaire guidance parentale……. 103
3.2 Les propositions du Centre du Langage……. 104
3.2.1 Les préconisations thérapeutiques……... 104
3.2.2 Les préconisations du domaine scolaire…….. 107
4. Le « réseau DYS Pays de Loire »……... 108
4.1 L'historique du réseau…….. 109
4.2 Les objectifs du réseau…….. 109
4.3 Un réseau pour qui ?..... 110
4.3.1 Les patients…….. 110
4.3.2 Les professionnels adhérents……... 111
4.4 Le fonctionnement du réseau……... 111
4.4.1 Pour l'enfant…… 111
4.1.2 Pour les adhérents……... 112
4.5 Un partenariat avec le Centre du Langage de Nantes……... 112
CONCLUSION……. 114

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE 1- PRESENTATION DE NOTRE ETUDE

1. Notre problématique…….. 116
2. Méthodologie…… 117
2.1 Notre population initiale…….. 117
2.1.1 Critères de sélection…… 117
2.2.2 Sélection des dossiers……. 118
2.1.3 Constitution de notre population initiale…… 118

2.2 Notre outil d'étude : le questionnaire……. 119
2.2.1 Pourquoi le questionnaire ?…… 119
2.2.2 Pourquoi deux questionnaires : orthophoniste-parents ?..... 120
2.2.3 Elaboration des questionnaires……... 121
3. Prise de contact et envoi des questionnaires…….. 127
3.1 Prise de contact……..……... 127
3.2 Envoi des questionnaires…….. 128

CHAPITRE 2- ANALYSE DES RESULTATS DE NOTRE ETUDE…..….. 131
1. Les participants à notre enquête…….…….. 131
1.1 Nombre de dossiers reçus……..……... 131
1.2 Quelques indications chiffrées sur les participants…… 132
2. Origine et motifs des demandes de consultation…….. 134
2.1 Personnes à l'origine de la demande de consultation……..…….. 134
2.2 Motifs des demandes de consultation…….. 135
2.2.1 Motifs invoqués par les orthophonistes…….. 135
2.2.2 Concordance entre motifs orthophoniste/parents…… 139
2.2.3 Motifs des parents à l'origine d'une demande de consultation…….. 140
2.2.4 Lien entre les motifs de consultation et les âges de diagnostic……... 141
2.2.5 Evolution des motifs sur les trois années de consultation…….. 144
3. Impressions et réactions à l'annonce du diagnostic…… 144
3.1 Les impressions et réactions positives……. 145
3.2 Les impressions et réactions négatives…… 146
3.3 Les autres réactions…….. 146
4. Diagnostic : trouble spécifique et troubles associés…… 147
5. Les propositions adaptées du Centre du Langage……... 150
5.1 Les propositions de soins hors du cadre scolaire……..….. 150
5.1.1 Les différentes propositions de soins…….. 150
5.1.2 Le suivi des propositions thérapeutiques…… 152
5.2 Les propositions concernant le cadre scolaire…… 156
5.2.1 Les diverses propositions…… 156
5.2.2 La mise en place des aides et orientations proposées……. 159

6. Les bénéfices de cette consultation au Centre du Langage…….. 161
6.1 Au niveau des soins……... 163
6.1.1 Les différences bénéfices indiqués……..…… 163
6.1.2….Aucun bénéfice thérapeutique mentionné…….. 164
6.2 Les bénéfices sur la scolarité……..…….. 165
6.2.1 Les différents bénéfices invoqués……... 165
6.2.2 L'absence de bénéfices scolaires…… 168
6.3 Les répercussions du diagnostic sur l'enfant et sa famille…… 168
7. Peu ou pas de bénéfices……. 169
7.1 Peu de bénéfices…….. 169
7.2 Aucun bénéfice……..…….. 170
8. L'évolution des enfants……. 171

CHAPITRE 3- DISCUSSION…… 173
CONCLUSION ……..... 179
ANNEXES……. 181
TEXTES OFFICIELS…….. 196
BIBLIOGRAPHIE…… 197
AUTRES OUVRAGES ET SITES INTERNET CONSULTES……... 199
SIGLES……..…… 200

INTRODUCTION

Durant nos trois années de formation à l'école d'orthophonie et durant nos différents stages, nous avons été maintes fois déconcertées par les oppositions manifestes entre les partisans d'une approche psychologique ou psychanalytique et ceux d'une approche cognitive ou neurologique des troubles développementaux du langage. Chaque intervenant, chaque orthophoniste, de part son affiliation idéologique ou sa formation préalable aborde les troubles du langage et leur prise en charge d'une manière qui lui est propre. Parmi ces différentes approches, qui au lieu de se compléter s'opposent, il est difficile de se situer et de se projeter dans notre futur métier d'orthophoniste. Les pathologies « DYS », principalement les dysphasies et les dyslexies, qui occupent le devant de la scène de ces dernières années et qui sont à l'origine de la création des centres référents du langage, prennent une place importante dans notre formation théorique. Nous nous sommes beaucoup interrogées sur les enjeux d'un tel diagnostic et ces interrogations ont suscité des réponses bien divergentes chez nos enseignants.

Devant ces questionnements, notre première idée commune a été, pour notre travail de fin d'études, de mener une enquête auprès des orthophonistes ayant posé des diagnostics de dysphasies ou de dyslexies, ainsi que des familles concernées, pour comprendre quels étaient les enjeux d'un tel diagnostic : la demande était-elle celle des parents et pour quelles raisons, ou bien la décision de l'orthophoniste et dans quel objectif, et comment l'enfant et sa famille évoluaient-ils avec ce diagnostic ?

Mais les troubles spécifiques du langage sont des troubles complexes dont le diagnostic est difficile étant donné les multiples facteurs susceptibles d'être impliqués dans les troubles de l'enfant. Nous avons perçu, au cours de nos différents stages, que certains diagnostics « dys » étaient posés dans une perspective bien précise, le plus souvent d'une reconnaissance et d'une prise en compte par l'école des difficultés de l'enfant, même si celui-ci n'était pas réellement dysphasique ou dyslexique. C'est cette incertitude dans la pose du diagnostic qui nous a orientées vers la population du Centre du Langage.

Nos questionnements ont alors évolué, ou plus exactement ont rejoint d'autres interrogations. Pour notre futur exercice professionnel, il nous a paru essentiel de comprendre le fonctionnement de ce centre : qui peut le consulter, pour quelles pathologies, comment les diagnostics sont-ils posés, quelles sont les remédiations proposées…?

En étudiant la population ayant reçu un diagnostic de dysphasie ou de dyslexie par le Centre du Langage, nous réunissions nos questionnements sur les éventuels enjeux d'une demande de diagnostic « dys » et nos interrogations sur le fonctionnement de ce centre, en nous basant sur une population homogène, sélectionnée selon des critères stables, sans biais dans le diagnostic.

Nous nous sommes donc intéressées à ces enfants dysphasiques et dyslexiques pour comprendre quelles sont les raisons qui les ont amenés à consulter le Centre du Langage, quelles sont les propositions thérapeutiques et scolaires qui leur ont été faites et comment ces dernières se sont mises en œuvre. Dans cet objectif, nous avons choisi d'élaborer deux questionnaires d'enquête : un premier destiné aux familles de ces enfants et un second destiné aux orthophonistes qui les suivaient lors de leur passage au centre.

Nous commencerons par décrire dans notre partie théorique la complexité des troubles spécifiques du langage à l'origine de la création des centres référents du langage. Nous verrons également comment ces troubles peuvent être pris en charge sur un plan scolaire et thérapeutique et terminerons cette partie par une présentation du Centre du Langage de Nantes, de son fonctionnement et de son partenariat avec le « réseau DYS Pays de Loire ».

Notre deuxième partie sera d'abord consacrée à la présentation de l'étude que nous avons menée; sur quelle population cette étude s'est basée et comment ont été élaborés les questionnaires d'enquête. Dans un second temps nous présenterons les analyses des réponses reçues dans ces questionnaires au travers de cinq axes principaux :

- L'origine et les motifs de la consultation au Centre du Langage

- Le diagnostic
- Les propositions du Centre du Langage
- Leur mise en œuvre
- Les bénéfices de cette consultation pour l'enfant et sa famille.

A l'issue de ce travail, nous ferons part de nos réflexions sur les éventuels intérêts apportés les analyses réalisées, en tenant compte des différents biais qui ont pu parfois compliquer l'interprétation des résultats.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE 1 - Les troubles spécifiques du langage : des troubles complexes

CHAPITRE 2 - Scolarité et soins pour les enfants atteints de troubles spécifiques du langage

CHAPITRE 3 - Le Centre du Langage de Nantes

CHAPITRE 1- LES TROUBLES SPECIFIQUES DU LANGAGE : DES TROUBLES COMPLEXES

Dans son rapport « À propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique », J.C RINGARD (2000) situe les troubles dysphasiques et dyslexiques parmi les plus popularisés et en même temps parmi les moins connus. La définition, la classification, la nature voire l'existence même de ces troubles sont parmi les sujets les plus controversés du développement de l'enfant et de l'adolescent.

Cette absence de consensus vaut pour l'ensemble des troubles « dys » qui font couler beaucoup d'encre dans la recherche sur le langage, que ce soit en linguistique, en neuropsychologie, en psychologie ou en neurologie.

Parmi les différentes approches de ces troubles, et dans le contexte actuel de recherche sur les troubles du langage, c'est l'approche neuropsychologique qui émerge et c'est celle qui semble avoir été approuvée par les instances officielles.

Devant l'ampleur du problème soulevé par les troubles d'apprentissage du langage oral et écrit, les difficultés rencontrées par les enfants concernés et leur famille mais aussi par les professionnels, un travail conjoint entre le Ministère de L'Education Nationale et celui de la Santé a été engagé dans le but d'améliorer le repérage et la prise en charge de ces troubles. Ce travail, à l'origine du rapport de J.C RINGARD (2000), a conduit à l'élaboration d'un plan d'action et à la création des centres référents du langage et des apprentissages.

Les troubles dysphasiques et dyslexiques sont des troubles complexes auxquels s'associent fréquemment des troubles dyspraxiques, dysorthographiques, dyscalculiques et bien d'autres troubles sans que l'on sache toujours s'ils sont constitutifs de la pathologie, associés ou générés par elle.

C'est pour améliorer leur diagnostic, pour mieux identifier les enfants porteurs de ces troubles qu'ont été mis en place dans les centres hospitaliers universitaires, les centres référents du langage constitués d'équipes pluridisciplinaires.

1. Terminologie des troubles « DYS »

Selon J.BERGES (2004), les difficultés rencontrées par un certain nombre d'enfants sur le chemin des apprentissages sont le plus souvent considérées comme « faisant partie de la route » et sont à traiter comme un élément du développement de l'enfant. Parfois ces difficultés persistent et deviennent suffisamment sévères pour être repérées en tant que dysfonctionnements ou troubles « DYS ».

1.1 Troubles des apprentissages, troubles du développement, troubles spécifiques…

Le plus souvent, selon M.MAZEAU (2003), le terme « troubles des apprentissages » fait référence à la série des « DYS » dont le diagnostic est en lien direct avec les exigences du calendrier scolaire : dyslexies, dysorthographies, dyscalculies. Dans ces cas, les signes d'appel sont des symptômes scolaires comme une anomalie d'accès à la lecture, une incompétence en calcul, voire un échec scolaire global inexpliqué.

Mais compte tenu de la réalité scolaire, il semble impossible selon A.KHOMSI (1994), de dissocier des troubles de l'acquisition liés au « lire, écrire, compter », ceux de l'acquisition du langage oral et ceux de la motricité. Le langage oral, même s'il se développe d'abord, et pour l'essentiel, dans le cadre familial, joue un rôle clé à l'école maternelle et un rôle de précurseur dans l'acquisition du langage écrit. Pour des raisons analogues, il est aussi difficile d'exclure les troubles de la motricité fine, et plus particulièrement du graphisme, parfois associés aux difficultés d'acquisition du langage écrit.

La variété des troubles « DYS » (dysphasie, dyslexie, dysorthographie, dyspraxie, dyscalculie, dysgraphie) que A. KHOMSI (1994) regroupe sous la terminologie « galaxie des troubles DYS », et la diversité des théories concernant les troubles des apprentissages suscitent de nombreuses études et de nombreux débats. Les interrogations multiples sur l'hétérogénéité de ces pathologies spécifiques, la définition de leurs limites et leurs étiologies expliquent à la fois la littérature

foisonnante sur le thème, mais aussi la difficulté éventuelle pour les cliniciens à étiqueter les troubles qu'ils observent.
Différentes approches s'opposent donc sur l'étude de ces troubles et parmi elles, l'approche neuropsychologique, qui propose un cadre et une définition répondant aux aspirations actuelles de la santé et de l'institution scolaire, semble rallier une majorité de chercheurs et de praticiens.

Dans les diverses classifications des troubles, ces dysfonctionnements sont généralement décrits de différentes manières et présentés comme des troubles spécifiques du développement par exclusion des troubles sensoriels, psychoaffectifs et intellectuels, rejoignant ainsi l'approche neuropsychologique.

1.2 L'approche neuropsychologique des troubles « DYS »

L'étude des troubles des apprentissages se trouve au carrefour de nombreuses disciplines comme la neurologie, la neuropsychologie, la psychologie, la psychanalyse, les sciences du langage, les sciences cognitives...Le système explicatif dominant sera donc différent selon l'affiliation idéologique des interlocuteurs mais aussi selon les époques.

Les approches sont donc diverses et variées et mériteraient à elles seules une étude approfondie. C'est uniquement sur l'approche neuropsychologique que nous nous concentrerons car c'est celle-ci que semblent avoir retenue les instances officielles dans leur récente prise en compte des troubles spécifiques du langage oral et écrit, et c'est à cette approche que nous ferons référence tout au long de ce mémoire.

1.2.1 La neuropsychologie

La neuropsychologie est une discipline récente qui étudie les relations entre les processus psychologiques et le fonctionnement cérébral correspondant. Les principales fonctions neuropsychologiques sont le langage, l'attention, la mémoire, la capacité de raisonnement, les fonctions visuo-spatiales et les fonctions praxiques.

Cette discipline a pour but de définir plus particulièrement la nature des désordres cognitifs qui sous-tendent les troubles d'apprentissage en s'appuyant notamment sur les résultats récents de l'imagerie cérébrale et sur ceux des sciences cognitives qui tentent d'expliquer les processus de l'apprentissage.

1.2.2 Des troubles spécifiques et développementaux

La neuropsychologie définit les troubles « DYS » comme des troubles spécifiques et développementaux.

♦ **Des troubles spécifiques**

Les troubles spécifiques des apprentissages sont définis sur un mode négatif par l'usage de critères d'exclusion qui leur donne précisément leur caractère de spécificité. Ils se produisent chez des enfants d'intelligence normale ne souffrant d'aucune défaillance neurologique, sensorielle, psychiatrique ou socio-culturelle avérée. Ces troubles sont donc spécifiques :

- en ce qu'ils affectent de manière focalisée tel ou tel secteur de la cognition ;
- en ce qu'ils n'impliquent pas la compétence cognitive générale des enfants ;
- en ce que l'on ne peut leur assigner, en l'état actuel des connaissances, une cause organique, psychiatrique ou sociologique.

Selon C.CHEVRIE-MULLER (2000), cette définition par exclusion est celle sur laquelle s'accorde la très grande majorité des auteurs.

♦ **Des troubles développementaux**

Ces troubles correspondent à un déficit congénital qui s'exprime dès les premières étapes du développement par opposition aux lésions cérébrales acquises ou d'origines traumatiques (perte d'une compétence acquise).

Le caractère spécifique de ces troubles d'apprentissage, qui les différencie radicalement des retards généraux d'apprentissage, n'implique cependant pas, selon C.CHEVRIE-MULLER (2000), qu'ils soient monofactoriels ou isolés.

Les nombreuses études menées à leur sujet ont montré que ces troubles dits spécifiques pouvaient être associés à des difficultés touchant les domaines de la motricité, des aptitudes visuo-spatiales, de l'attention, de la mémoire, mais également à des difficultés affectives ou comportementales.

Certaines des classifications décrites ci-après mentionnent ces troubles associés et l'une d'entre elles réunit dans une rubrique « troubles spécifiques mixtes du développement » les cas où il existe un chevauchement de ces troubles spécifiques.

1.3 Les classifications de référence

Les troubles « DYS », rarement ainsi dénommés, sont répertoriés dans trois systèmes communément admis de classification des troubles.

Ces systèmes de classification n'emploient en effet pas ou rarement la terminologie « DYS », mais plutôt celle de troubles du développement. La variété terminologique est due, selon A.KHOMSI (1994), aux interférences entre une terminologie française traditionnelle et une terminologie anglo-saxonne qui tend à s'imposer. Dans la terminologie française, on utilise habituellement le préfixe « DYS » pour les troubles développementaux, alors que dans la terminologie anglo-saxonne on utilise l'adjectif « développemental ».

Au niveau international, deux classifications cliniques des maladies sont reconnues :

- **le DSM.IV-R** (manuel révisé de Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux).
- **la CIM 10** (10ème révision de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes).

Au niveau national, c'est la **CFTMEA R-2000** (la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, version révisée en 2000) qui fait office de référence.

1.3.1 Le DSM.IV-R (manuel révisé de Diagnostic et Statistique des troubles mentaux)

Le DSM.IV-R est édité par l'association américaine de psychiatrie. Les diagnostics portés à l'aide de ce manuel reposent sur l'identification clinique des syndromes et sur les données paracliniques fournies par les examens complémentaires (examens biologiques, imagerie médicale…). Ce manuel classe les pathologies psychiatriques au sens américain du terme en incluant tous les troubles du développement intellectuel.

Cette nosographie américaine distingue dans la catégorie ***« troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence »*** **:**

- les **«** ***troubles des apprentissages »*** (troubles de la lecture, du calcul, de l'expression écrite) ;
- les ***« troubles de la communication »*** (notamment les troubles du langage expressif ou réceptif) **;**

Les caractéristiques diagnostiques évoquent des performances nettement en dessous du niveau escompté par rapport à l'âge de l'enfant, son niveau scolaire et son niveau intellectuel, et une différence supérieure à deux écarts-types entre quotient intellectuel et performances. Le diagnostic se fait également par exclusion d'une carence socio-éducative, d'un déficit sensoriel, d'un retard mental ou de troubles envahissants du développement.

- les ***« troubles des habiletés motrices »*** (troubles de l'acquisition de la coordination).

1.3.2 La CIM-10 (10ème révision de la Classification Statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes)

Cette classification est élaborée et mise à jour sous la tutelle de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.).

Elle regroupe sous la rubrique ***« les troubles du développement psychologique »*** :

- ***« les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage »***

dont le trouble de l'acquisition du langage de type expressif, et celui de type réceptif ;

- ***« les troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires »***

qui comprennent : les troubles spécifiques de la lecture, de l'acquisition de l'orthographe, de l'acquisition de l'arithmétique, et le trouble mixte des acquisitions scolaires dans lequel il existe à la fois une altération significative du calcul et de l'orthographe non imputable exclusivement à un retard mental global ou à une scolarisation inadéquate.

Tous ces troubles sont discutés comme des troubles dans lesquels les modalités habituelles d'apprentissage sont altérées dès les premiers stades du développement et non imputables exclusivement à des anomalies neurologiques, anatomiques, sensorielles, à un retard mental ou à des facteurs environnementaux. Là encore, les capacités de l'enfant dans le domaine considéré doivent être significativement inférieures au niveau correspondant à son âge mental.

- ***« les troubles spécifiques du développement moteur »,*** à savoir une altération du développement de la coordination motrice, non imputable exclusivement à un retard mental global ou une affection neurologique spécifique, congénitale ou acquise ;

- ***« les troubles spécifiques mixtes du développement »***, catégorie de troubles dans lesquels il existe à la fois des signes d'un trouble spécifique du développement, de la parole et du langage, des acquisitions scolaires et des fonctions motrices, mais sans qu'aucun de ces éléments ne prédomine suffisamment pour constituer le

diagnostic principal. Cette catégorie mixte doit être réservée à des cas où il existe un chevauchement important de chacun de ces troubles du développement.

1.3.3 CFTMEA R-2000 (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et l'Adolescent)

La **CFTMEA R-2000** se construit sur deux axes. L'axe I est clinique et se consacre aux catégories cliniques de bases, et l'axe II est celui des facteurs associés ou des facteurs antérieurs éventuellement étiologiques. Les troubles sont envisagés dans une perspective descriptive, sans référence étio-pathogénique.

Cette classification répertorie les troubles dénommés « DYS » dans la rubrique des ***« Troubles du développement et des fonctions instrumentales ».*** Ils sont définis comme des troubles spécifiques du développement et recouvrent :

- ***« les troubles de la parole et du langage »*** qui intègrent notamment les troubles du développement du langage (dont la dysphasie) ;
- ***« les troubles cognitifs et des acquisitions scolaires »*** qui recouvrent notamment les troubles lexicographiques (dont la dyslexie isolée et les troubles de l'orthographe) et les troubles spécifiques de l'arithmétique ;
- ***« les troubles psychomoteurs »*** dont les troubles spécifiques du développement moteur.

1.4 Les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) suit elle aussi dans ses recommandations, en se basant sur le DSM .IV-R, la terminologie proposée par le courant neuropsychologique. L'objectif de ces recommandations est de fournir aux professionnels de santé une synthèse du niveau de preuve scientifique des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique.

Dans ses recommandations professionnelles concernant les indications de l'orthophonie dans les **« Troubles spécifiques de l'acquisition du langage écrit »** (1997), l'ANAES définit ces troubles comme « un déficit durable et significatif du langage écrit qui ne peut s'expliquer par une cause évidente ». Dans ses dernières recommandations sur **« Les troubles spécifiques du développement du langage oral »** (2001), elle évoque des troubles primaires spécifiques.

Parmi tous ces troubles dits spécifiques, ce sont ceux relatifs au langage qui vont nous intéresser dans un premier temps. Les autres seront étudiés en tant que troubles associés à ces derniers.

2. Les troubles spécifiques du langage

Les troubles spécifiques du langage recouvrent les troubles spécifiques du langage oral dénommés également « dysphasies » et ceux du langage écrit ou « dyslexies-dysorthographies ».

2.1 Les troubles spécifiques du langage oral ou dysphasies

Selon R.GIL (2003), l'acquisition du langage est un phénomène complexe dépendant d'une part de la maturation de certains systèmes neurosensoriels et moteurs , d'autre part du développement cognitif, affectif et social. On peut différencier plusieurs stades dans l'acquisition du langage (la période prénatale, la période préverbale jusqu'à huit mois, la période verbale) au cours desquels l'enfant développe ses capacités linguistiques ; la compréhension du langage précédant son expression. Le langage continue de se structurer (phonologie, vocabulaire, syntaxe) au cours des années pour achever son organisation de base vers cinq ou six ans. Parfois le langage ne se développe pas ainsi, des anomalies pouvant survenir dans le déroulement des étapes langagières.

La pathologie du langage oral chez l'enfant se révèle être d'une grande diversité. Les symptômes linguistiques qui sont rencontrés en clinique peuvent entrer dans le cadre

d'une pathologie dite spécifique du langage dénommée par certains auteurs « dysphasie ».

2.1.1 Définition(s) de la dysphasie

C'est en 1946 que J.AJURIAGUERRA, professeur agrégé de neurologie et de psychiatrie, découvre et inaugure le terme de **« dysphasie »** dénommée ultérieurement **« dysphasie développementale »**. Le terme de dysphasie n'est plus guère utilisé dans la littérature de langue anglaise où l'on se réfère le plus souvent à la notion de « trouble spécifique du développement du langage ».

Cette grande variété de dénominations, selon C.CHEVRIE MULLER (2000), n'est pas indépendante d'autres problèmes qui ont trait à l'hétérogénéité de cette pathologie spécifique, à la définition de ses limites, à son étiologie, et enfin aux déficits neuropsychologiques et linguistiques qui lui sont sous-jacents.

La définition sur laquelle la très grande majorité des auteurs s'accorde, dans l'état actuel des connaissances, est la définition par exclusion. Entreront dans ce cadre, selon C.CHEVRIE MULLER (2000), toute apparition retardée et tout développement ralenti du langage qui ne peuvent pas être mis en relation avec un déficit sensoriel ou moteur, une déficience mentale, des troubles psychopathologiques, une déprivation socio-affective, ou une lésion cérébrale.

A cette définition par exclusion, C.L GERARD (2003) ajoute les notions de «déficit durable» des performances langagières et «déficit significatif» en regard des normes établies pour l'âge. La dysphasie n'est pas seulement, selon cet auteur, un déficit quantifiable des performances langagières, mais est aussi une déviance qui accompagne le sujet tout au long de son développement et qui s'exprime différemment à chaque âge de la vie.

D'après A.VAN HOUT (1989), la courbe d'évolution du langage, chez l'enfant dysphasique, serait irrégulière, montrant un taux de croissance faible et des plafonnements précoces tant sur les aspects expressifs que réceptifs. En effet,

l'enfant dysphasique ne progresse généralement que très lentement et la différence face aux normes de son âge tend plutôt à augmenter.

Au delà des caractères « significatif » (décalage de deux ans au moins entre l'âge et le niveau scolaire/ou bien deux écarts-types) et « spécifique » (définition par exclusion d'autres pathologies), C.L GERARD (1991) évoque un diagnostic positif de dysphasie par la mise en évidence de marqueurs de déviance spécifiques.

La dysphasie est dans tous les cas une perturbation profonde de l'organisation de la pensée et du langage, empêchant l'enfant de communiquer normalement et d'accomplir des activités liées à son âge.

2.1.2 Les marqueurs de déviance ou marqueurs positifs

C.L.GERARD (1991) désigne sous le terme « marqueurs de déviance » un ensemble de traits formels ou fonctionnels qui témoignent de la défaillance des structures cérébrales responsables de la manipulation du code verbal et de sa bonne adaptation aux buts de la communication, considérée comme un acte volontaire finalisé. Il dénombre six marqueurs de déviance :

- **Les troubles de l'évocation lexicale**

Ils se caractérisent par un manque de disponibilité du mot, par des persévérations verbales ou par des paraphasies. Ils n'ont de valeur que si le mot cible appartient au stock fonctionnel de l'enfant.

- **Les troubles vrais de l'encodage syntaxique**

Ce terme décrit l'incapacité de l'enfant à utiliser les flexions verbales et les mots fonctions pour accroître la charge informative de ses productions verbales. Suivant les cas, cette incapacité se traduira par un agrammatisme ou une dyssyntaxie. Ce marqueur est d'autant plus révélateur que le niveau de conscience syntaxique de l'enfant est normal.

♦ **Les troubles de la compréhension verbale**

Selon les types de dysphasies, que nous décrivons ci-après, la compréhension peut être approximative voire déficitaire. Ces difficultés peuvent passer inaperçues lorsqu'elles sont compensées par les supports paraverbaux (mimiques, gestes…). Elles sont à différencier d'un trouble de la rétention immédiate ou d'une insuffisance lexicale.

♦ **L'hypospontanéité verbale**

L'hypospontanéité verbale décrit un ensemble de comportements associant une difficulté d'incitation ou d'initiation verbale et une réduction de la Longueur Moyenne de la Production Verbale (L.M.P.V.). L'enfant a envie de communiquer mais par un biais différent du verbal. Il va s'exprimer par des gestes, des écrits, des dessins…

♦ **Les troubles de l'informativité**

Les troubles de l'informativité se caractérisent par une incapacité de l'enfant à transférer une information précise par le seul canal verbal, indépendamment de ses difficultés d'intelligibilité.

♦ **La dissociation automatico-volontaire**

En situation volontaire ou sur commande, certains dysphasiques peinent à produire des unités verbales, alors qu'en situation automatique ou spontanée, ces productions sont réalisées aisément.

A ces six marqueurs de déviance, dont la présence de trois d'entre eux suffit pour suspecter une dysphasie, M.MONFORT et A.JUAREZ SANCHEZ (2001) ajoutent deux marqueurs supplémentaires :

♦ **La différence entre le niveau d'expression et de compréhension**

Dans les dysphasies autres que réceptives, la compréhension de l'enfant dysphasique est souvent meilleure que l'expression. Il y a donc souvent une dysharmonie très nette entre l'expression (déficitaire) et la compréhension (qui peut être préservée).

♦ **Le manque d'homogénéité du lexique**

L'enfant dysphasique peut présenter un lexique pauvre. Il peut difficilement retenir les mots à l'intérieur d'une même catégorie sémantique et trouver l'intrus dans une liste.

Selon J.PIAGET (1945), on observe chez l'enfant d'environ 15 mois une explosion lexicale suivie d'une seconde explosion dite grammaticale vers 2-3 ans. Chez ces enfants, aucune explosion n'est constatée.

2.1.3 La classification des dysphasies selon C.L.GERARD

Compte tenu de l'immense variabilité des symptômes, plusieurs classifications ont été proposées pour différencier les types de dysphasies sur la base d'une recherche du niveau de dysfonctionnement. Nous avons retenu la classification française de C.L.GERARD (1991), qui fait référence au modèle neuropsychologique de B.CROSSON.

Ce modèle décrit les relations réciproques entre trois groupes de centres localisés dans l'hémisphère gauche du cerveau. On distingue l**es centres corticaux antérieurs** responsables du contenu sémantique et syntaxique, **les centres corticaux postérieurs** chargés du décodage et **les centres sous corticaux** contrôleurs de la cohérence de fonctionnement des centres antérieurs.

En rapportant les déficits linguistiques observés au dysfonctionnement de l'un ou l'autre de ces centres, C.L GERARD (1991) a défini cinq grands syndromes de dysphasies de développement qui font aujourd'hui office de référence :

♦ **Les dysphasies phonologiques-syntaxiques** sont les plus fréquentes. Les performances réceptives des enfants sont très nettement supérieures à leurs capacités expressives. Leurs productions verbales sont très réduites et le plus souvent peu intelligibles. Il existe une altération majeure de leur système phonologique et l'encodage syntaxique est lui aussi très perturbé. Ces enfants pallient souvent leurs difficultés d'intelligibilité par le recours à des gestes ou des mimiques très expressifs.

♦ **Les dysphasies par trouble du contrôle phonologique** sont marquées comme les précédentes par des difficultés essentiellement expressives, mais la fluence verbale est normale. La difficulté majeure est le contrôle de la mise en chaîne verbale des séquences de phonèmes. Cette difficulté s'observe aussi au niveau de la syntaxe par une altération de la chronologie.

♦ **Les dysphasies lexicales-syntaxiques ou mnésiques** se caractérisent par un manque du mot invalidant. Ces dysphasies sont à la fois expressive et réceptive puisque l'enfant se retrouve en échec lors de l'utilisation de ses capacités de catégorisation sémantique.

♦ **Les dysphasies sémantiques-pragmatiques** traduisent un défaut majeur d'informativité. Les choix lexicaux et syntaxiques sont inadéquats, entraînant une incohérence du discours totalement inadapté au contexte communicatif.

♦ **Les dysphasies réceptives** présentent une altération majeure de la compréhension. Les difficultés expressives, toujours présentes, sont jugées secondaires par rapport aux troubles de la compréhension. Les enfants concernés ont une difficulté particulière pour créer et utiliser des images verbales à partir de modalités auditives.

On peut distinguer à partir de cette classification de C.L.GERARD (1991) trois grandes catégories de syndromes dysphasiques : les dysphasies dites « réceptives » caractérisées par une altération majeure des capacités de compréhension, les dysphasies dites « expressives » caractérisées par un trouble de l'encodage du langage oral et les dysphasies dites « mixtes » c'est-à-dire à la fois réceptive et expressive. **Il n'existe donc pas une mais des dysphasies**, de sorte que dans la

pratique, pour chaque enfant, la sémiologie et la sévérité des troubles diffèrent considérablement, impliquant une approche thérapeutique individualisée.

2.2 Les troubles spécifiques du langage écrit ou dyslexies-dysorthographies

La difficulté d'apprendre à lire et à écrire a été décrite sous des termes divers : trouble d'apprentissage de la lecture et de l'écriture, difficulté spécifique à lire et à écrire, retard en lecture et en écriture ou dyslexie-dysorthographie. Ces différentes appellations sont liées aux perspectives théoriques et méthodologiques des chercheurs ; les spécialistes de la psychopathologie employant les derniers termes de dyslexie et dysorthographie.

La lecture et l'orthographe sont, selon C.CHEVRIE-MULLER (2000), des activités complexes qui mettent en jeu la quasi totalité des connaissances, mobilisant l'ensemble des processus cognitifs du traitement de l'information.

Ces activités ont fait l'objet de nombreuses recherches, et différentes théories ou modèles ont été présentés pour rendre compte des procédures distinctes d'accès au langage écrit. L'approche neuropsychologique a montré qu'il existait plusieurs sortes de dyslexies fondées sur des stratégies différentes de la lecture, et qu'à ces dyslexies s'associait généralement une dysorthographie présentant des types d'erreurs de même nature.

2.2.1 Les différents modèles d'acquisition du langage écrit

Jusqu'à la fin des années 1980, de nombreux travaux ont été menés sur les mécanismes de décodage et de génération écrite des mots qui ont abouti à la formulation de différents types de modèles. Certains de ces modèles, dits développementaux, sont fondés sur une logique de stades successifs. D'autres, les modèles à deux voies, rendent compte de deux stratégies ou procédures d'accès au langage écrit.

♦ Les modèles développementaux d'accès au langage écrit

Parmi les modèles développementaux de la lecture, celui de U.FRITH (1985) décrit trois stades dénommés respectivement logographique, alphabétique et orthographique :

- Dans un premier temps, la lecture de l'enfant repose sur des stratégies de type logographique qui se fondent sur des approximations visuelles. L'enfant utilise des indices extralinguistiques (graphisme, longueur, silhouette...) pour reconnaître les mots. Il passe directement de ces représentations à la verbalisation sans se soucier du contenu graphémique des mots.

- Puis l'enfant prend conscience qu'un mot n'est pas formé que d'une suite arbitraire de lettres. Il applique, à ce stade dit alphabétique, des règles de correspondance entre graphèmes et phonèmes.

- Au troisième stade dit orthographique, la reconnaissance des mots est fondée sur un lexique orthographique simple que l'enfant commence à construire à partir des mots qu'il rencontre fréquemment. L'enfant accède directement, par le canal visuel, aux représentations orthographiques des mots sans passer par la conversion phonologique.

Les principaux modèles développementaux de l'orthographe, proposés par G.MARSH « et coll.» (1980) et U.FRITH (1985) se rejoignent sur l'idée des stades successifs d'apprentissage menant progressivement à la maîtrise de l'orthographe conventionnelle. Les modèles varient entre eux dans le découpage des étapes ou des stratégies qu'ils proposent, mais on retrouve dans les deux une première phase d'orthographe « pré-communicative » ou « symbolique », suivi d'une seconde phase de développement d'orthographe phonétique, puis d'une troisième phase d'acquisition de l'orthographe lexicale.

Ces modèles linéaires du développement de la lecture et de l'orthographe ont été remis en cause ; les différentes stratégies décrites apparaissant plus contemporaines que successives. C'est aujourd'hui l'interaction de ces différentes stratégies qui est reconnue comme permettant la constitution progressive du lexique.

♦ **Les modèles à deux voies**

Dans les domaines de la lecture et de l'orthographe, la théorie la plus souvent citée, pour rendre compte des procédures distinctes d'accès au langage écrit, est celle des deux voies.

Les modèles dérivés de cette théorie décrivent deux processus ou deux voies impliqués dans l'acte lexique et la génération écrite de mots, que recouvrent des appellations différentes.

Au niveau de la reconnaissance des mots écrits : l'approche des modèles à deux voies de M.COLTHEART « et coll. » (1978) considère que les connaissances des relations lettres/sons peuvent être exprimées sous la forme d'un ensemble restreint de règles de correspondance graphèmes/phonèmes. Le recours à ce système de règles permet de lire et de prononcer les mots réguliers et les pseudo mots. Cette procédure appelée (selon les auteurs) **voie indirecte, voie phonologique ou voie d'assemblage** ne peut, en revanche, être utilisée pour lire les mots irréguliers. Ce constat a conduit les auteurs à envisager une autre procédure de lecture appelée **voie lexicale, voie directe ou voie d'adressage** qui active directement les représentations orthographiques des mots.

Au niveau des processus orthographiques : J.MORTON (1980) et A.W.ELLIS (1982) ont également mis en avant les deux voies précédemment décrites pour expliquer les processus à l'origine de la génération écrite des mots :

- **la voie d'assemblage** où le scripteur ignore le mot écrit à produire et doit le recréer en se fondant sur une analyse phonologique du mot et sur l'application des correspondances phonèmes/graphèmes ;

- **la voie d'adressage** où le scripteur dispose, lors de la production d'un mot familier, d'une représentation de la structure orthographique du mot dans une mémoire à long terme (lexique orthographique ou graphémique) et peut récupérer directement l'information.

♦ **Le modèle connexionniste**

B.ANS, S.CARBONNEL, S.VALDOIS (1998) ont proposé un modèle connexionniste de la lecture de mots différent des modèles précédents. Ils postulent l'existence de deux procédures de lecture, une procédure globale et une procédure analytique, qui se caractérisent par des fenêtres visuo-attentionnelles de tailles différentes. Dans un premier temps, la fenêtre englobe la totalité du mot lors du traitement global et si celui-ci n'est pas reconnu, la fenêtre visuo-attentionnelle sera réduite au début du mot lors du traitement analytique. Les différentes parties du mot seront traitées successivement et conduiront à des séquences de phonèmes maintenues en mémoire avant d'être fusionnées pour produire le mot orthographique d'entrée.

Un dysfonctionnement de l'un ou l'autre des mécanismes, phonologique ou visuo-attentionnel, pourrait être à l'origine de différentes formes de dyslexies développementales. Le trouble phonologique se rencontre dans le contexte des dyslexies phonologiques caractérisées par une dissociation entre la lecture de mots irréguliers et de pseudo-mots, mais il peut également se manifester en l'absence d'une telle dissociation dans la mesure où la procédure analytique a un impact sur la lecture des pseudo-mots et sur l'acquisition des connaissances lexicales nécessaires à la lecture des mots irréguliers. Un déficit visuo-attentionnel se traduit par des difficultés marquées en lecture de mots irréguliers et se rencontre dans le contexte des dyslexies de surface.

Le modèle postule, en outre, l'indépendance de ces deux types de dysfonctionnements (soit trouble phonologique, soit trouble visuo-attentionnel), sans exclure la présence d'un double déficit (phonologique et visuo-attentionnel) chez certains dyslexiques. Dans ce cadre théorique et contrairement au modèle à deux voies, des difficultés en lecture tant sur des mots irréguliers que sur des pseudo-mots peuvent être attendues lors d'un trouble phonologique isolé, d'un trouble visuo-attentionnel isolé, ou d'un double déficit.

2.2.2 Dyslexie et dysorthographie : nature et lien

Les troubles spécifiques d'apprentissage de la lecture et de l'orthographe se définissent, selon l'approche neuropsychologique, par des critères d'exclusion et par la quantification des erreurs produites. Lecture et orthographe sont des activités complémentaires et cette complémentarité fait des troubles dyslexiques et dysorthographiques des troubles difficilement dissociables.

♦ **Définitions de la dyslexie et de la dysorthographie**

Le terme **dyslexie** désigne un échec massif et persistant en lecture. Le déficit, chez les dyslexiques, se définit par une difficulté à déchiffrer correctement les mots écrits ou par une difficulté à construire un lexique orthographique.

Chez le lecteur expert la reconnaissance des mots est extrêmement rapide. Le sujet n'a pas conscience de lire mais seulement conscience du produit de sa lecture. L'enfant au cours de l'apprentissage de la lecture devient capable d'identifier de plus en plus de mots et de plus en plus rapidement. Cette automatisation est absente chez certains enfants, ce qui les pénalise dans l'activité de lecture.

La **dysorthographie** est un trouble de l'apprentissage puis de l'utilisation de l'orthographe. A.DUMONT (2001) considère que la dysorthographie est une incapacité particulière à créer des liaisons correctes entre les constituants du discours et les signes graphiques qui les symbolisent. La caractéristique principale de ce trouble n'est pas seulement la nature des fautes mais leur grand nombre et leur ténacité.

Selon l'approche neuropsychologique, les troubles spécifiques du langage écrit, comme les autres troubles spécifiques des apprentissages, sont définis sur un mode négatif par l'usage de critères d'exclusion. Ils se produiraient chez des enfants d'intelligence normale ne souffrant d'aucune défaillance neurologique, sensorielle, psychiatrique ou socio-culturelle avérée. A côté de cette définition par exclusion, est proposé un critère positif déduit du profil des erreurs, en particulier par leur

quantification. On considère en général comme significatif d'un trouble dyslexique et/ou dysorthographique, un retard de deux ans au moins entre l'âge et le niveau scolaire ou une performance au moins à deux écarts-types en dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge chronologique.

- **Dyslexie et dysorthographie : deux troubles difficilement dissociables**

Aux troubles dyslexiques s'associent généralement des troubles dysorthographiques de même nature, d'où l'appellation courante de « dyslexie-dysorthographie ».

Ces troubles sont de nature proche, voire deux aspects d'un même trouble selon certains auteurs. D'après F.ESTIENNE (1973), la dysorthographie apparaît du fait de l'ordre des acquisitions scolaires, en seconde position, et elle constitue un aspect complémentaire et quasi inséparable du trouble lexique.

Certains auteurs comme R.MUCCHIELLI et A.BOURCIER (1976) considèrent la dysorthographie comme une séquelle de la dyslexie. Pour ces auteurs, une dysorthographie isolée est une dyslexie compensée qui éclate au moment de l'apprentissage de l'orthographe, les possibilités de suppléance ne suffisant plus.

Les classifications des dyslexies et dysorthographies mettent elles aussi en évidence cette complémentarité.

2.2.3 Les classifications des dyslexies et des dysorthographies

L'approche neuropsychologique a montré qu'il existait plusieurs types de dyslexies et de dysorthographies, fondées sur des stratégies différentes de lecture et de génération écrite des mots.

Ce courant de recherche a conduit à identifier deux formes principales de troubles spécifiques du langage écrit qui se caractérisent par des profils de performances opposés.

♦ **Les dyslexies et les dysorthographies phonologiques**

Les dyslexies phonologiques, dites **dysphonétiques** chez E.BODER (1973), sont les plus fréquentes. Elles se caractérisent par une difficulté d'utilisation de la voie d'assemblage (conversion grapho-phonémique). Le déficit de lecture se manifeste par d'importantes difficultés à lire les non-mots contrastant avec une préservation relative de la lecture des mots réguliers et irréguliers familiers. La lecture de l'enfant repose essentiellement sur sa capacité à reconnaître globalement le mot sans en analyser les éléments constitutifs, ce qui entraîne fréquemment des erreurs de lexicalisation des non mots. Ce profil de lecture s'accompagne souvent d'un trouble similaire de la production écrite : **la dysorthographie phonologique.** Elle se traduit par des difficultés marquées en dictée de non mots et de meilleures performances en dictée de mots fréquents réguliers ou irréguliers. Les erreurs produites en écriture sont quantitativement importantes et ne respectent pas la forme sonore du mot.

♦ **Les dyslexies et les dysorthographies de surface**

Les dyslexies de surface, dites **dyséidétiques** chez BODER (1973), se caractérisent par une atteinte de la voie lexicale qui permet une lecture directe sans déchiffrage et est nécessaire à la reconnaissance en lecture rapide des mots irréguliers. La lecture de mots irréguliers est atteinte contrairement à la lecture lente mais préservée des mots réguliers et des non-mots. La lecture repose entièrement sur la procédure analytique, entraînant des erreurs fréquentes de régularisation des mots irréguliers. Le rythme de lecture, concentrée sur le déchiffrage, est donc très lent et entrave la compréhension de l'enfant. Cette dyslexie s'accompagne généralement d'**une dysorthographie de surface** caractérisée par des performances d'autant plus basses en dictée que la complexité orthographique du mot irrégulier augmente. Les erreurs sont alors, dans leur grande majorité, phonologiquement plausibles c'est-à-dire que le mot est écrit comme il se prononce sans prise en compte de ses particularités orthographiques.

La majorité des études montre que les cas « purs » de dyslexies et de dysorthographies phonologiques et de surface sont rares et que dans la plupart des cas les deux voies d'assemblage et lexicale sont déficitaires. S'il peut exister une dyslexie-dysorthographie de surface sans troubles phonétiques, une dyslexie-

dysorthographie phonologique aura toujours des répercussions sur la voie d'adressage, les faibles capacités de déchiffrage empêchant la découverte de nouveaux mots écrits. On parle alors, comme l'explique le modèle connexionniste, **de dyslexies et de dysorthographies mixtes.**

Les nombreuses études menées sur les troubles spécifiques du langage écrit ont montré que ces troubles pouvaient être associés à des difficultés touchant les domaines de la motricité, des aptitudes visuo-spatiales, de l'organisation séquentielle, de la mémoire…Le caractère spécifique, qui les différencie radicalement des retards généraux d'apprentissage, n'implique donc pas, selon C.CHEVRIE-MULLER (2000), et comme nous l'avons indiqué précédemment, qu'ils soient monofactoriels ou isolés.

3. Les troubles associés aux troubles spécifiques du langage

Si les troubles spécifiques du langage ne font pas encore l'unanimité dans leurs étiologies, leurs définitions ou leurs classifications, tous les auteurs s'accordent à trouver chez les enfants dysphasiques ou dyslexiques des difficultés parallèles plus ou moins importantes dans des domaines du développement autres que celui du langage.

Les troubles dysgraphiques, dyscalculiques, dyspraxiques, et bien d'autres troubles sont fréquemment relevés dans les syndromes dysphasiques et dyslexiques sans que l'on puisse souvent déterminer s'ils sont constitutifs de la pathologie langagière, associés ou générés par elle.

Nous avons tenté de regrouper ces différents troubles, qui ne sont pas nécessairement présents ensemble et ne sont pas systématiques, selon quatre plans distincts : cognitif, perceptif, psychomoteur et comportemental. Mais certains de ces troubles se trouvent au carrefour de ces différents domaines et pourraient justifier une répartition toute autre. Le seul plan cognitif pourrait à lui seul regrouper ces troubles ; R.A Mc CARTHY et E.K WARRINGTON (1994) définissant la fonction cognitive par la

faculté d'utiliser et de coordonner des capacités telles que la perception, le langage, la motricité, la mémoire et la pensée.

3.1 Sur un plan cognitif

Parmi ces troubles, certains se retrouvent dans les syndromes dysphasiques et dyslexiques, d'autres sont plus spécifiques à l'une ou l'autre de ces pathologies.

3.1.1 Les troubles du langage écrit chez l'enfant dysphasique

Nous avons vu qu'aux difficultés dyslexiques s'associaient des difficultés orthographiques, d'où notre regroupement de ces deux types de troubles sous la rubrique « troubles du langage écrit ».

Des difficultés de langage écrit telles que des difficultés d'identification et de compréhension, de transcodage grapho-phonémique ou encore d'expression écrite se retrouvent dans de nombreuses dysphasies.

C.L GERARD (2003) souligne même que certaines dysphasies, comme les dysphasies réceptives, sont révélées par une dyslexie sévère. Les difficultés de transcodage grapho-phonémique de la lecture sont importantes chez les dysphasies par trouble de production phonologique. Les troubles de la régulation de la mise en chaîne verbale s'expriment avec une même intensité tant au niveau des opérations de transcodage grapho-phonémique de la lecture, de l'apprentissage de la numération, que plus tard des tentatives d'expression écrite. Les difficultés de catégorisation des dysphasies mnésiques se répercutent dans la compréhension du langage écrit et les transcriptions. Les difficultés de maniement du langage écrit sont également fréquentes dans les dysphasies réceptives.

3.1.2 Les troubles dyscalculiques

Le domaine des difficultés en calcul est loin, selon A.VAN HOUT (2005), d'être aussi balisé que les autres troubles « DYS ». Cet auteur souligne que les critères de

détermination des difficultés de calcul sont plus difficiles à dégager ; les troubles y paraissant moins purs et moins isolés. Par ailleurs, la lenteur certaine de l'élaboration normale des notions de calcul peut être responsable d'apparition tardive de troubles. Alors qu'il est habituel que les troubles d'apprentissage soient présents d'emblée, dès l'initiation scolaire, certaines formes de dyscalculies surviennent tardivement.

Pour la dyscalculie, beaucoup d'auteurs se sont confectionné des définitions personnelles inspirées d'éléments retenus pour la dyslexie. La plupart de ces définitions, comme celles des autres troubles spécifiques d'apprentissage, introduisent des écarts quantitatifs mesurant l'importance du retard en calcul par rapport à l'âge ou au niveau scolaire et retiennent un retard de deux ans au moins par rapport au niveau scolaire. Le caractère spécifique, isolé, des difficultés de calcul paraît assez rare, selon l'auteur précédemment cité, et il est plus fréquent de les voir accompagnées de troubles du langage écrit.

Pour M.MAZEAU (1999) les compétences numériques se construisent progressivement empruntant à quatre grands secteurs de la cognition (logique, langage et mémoire, fonctions visuo-spatiales, et les fonctions cognitives) qui maturent à des rythmes différents et qui normalement se coordonnent peu à peu. Sont donc reconnues des dyscalculies diverses, relevant de dysfonctionnements sous-jacents variés, de sorte qu'on ne peut parler d'une entité clinique homogène.

A partir des différentes classifications des troubles du calcul rapportées par A.VAN HOUT (2005), nous avons tenté de synthétiser les troubles les plus fréquemment décrits, ce qui nous a amenées à distinguer les trois catégories suivantes :

- Les troubles relatifs au traitement linguistique du nombre, c'est-à-dire à leur lecture et à leur écriture, qui impliquent les différentes formes d'encodage, décodage et transcodage. Le versant linguistique du nombre est en relation directe avec les compétences langagières de l'enfant. Le domaine numérique possède en effet son propre système linguistique (lexique et syntaxe) dont les règles varient à l'oral et à l'écrit et qui, comme le souligne M.MAZEAU (2003), ne tolère aucune approximation, aucun flou, aucune interprétation ni aucune ambiguïté. On comprend donc quelles difficultés peuvent rencontrer les enfants présentant des troubles du

langage. A.VAN HOUT (2005) relève chez certains enfants dysphasiques des difficultés à l'oral touchant à la faiblesse du lexique numérique et à la difficile représentation des séries numériques, et à l'écrit se caractérisant par des difficultés spécifiques dans l'acquisition de l'écriture en chiffres arabes des nombres où la valeur positionnelle de chaque chiffre et les règles de composition des centaines et des milliers sont mal connues.

Des difficultés à nommer les nombres complexes sont rapportées par C.CHEVRIE-MULLER (2000) et F.ESTIENNE (2001) chez certains dyslexiques.

- Les difficultés de traitement linguistique du nombre ont souvent des répercussions sur la mémorisation des faits numériques. Ces faits numériques demandent en effet la construction et la mise en mémoire d'un lexique ainsi que l'utilisation automatique d'une syntaxe qui sont difficiles dans le cas d'un trouble syntaxique ou d'un manque du mot. M.MAZEAU (2003) souligne que ces difficultés peuvent également être liées à des troubles mnésiques, troubles que l'on peut rencontrer dans les syndromes dyslexiques et dysphasiques.

- Les troubles de procédures de calcul se rencontrent également dans ces deux pathologies avec des oublis ou des confusions dans la manière de poser les termes des opérations dans les sous étapes, et dans la manière d'indiquer les reports. Ces difficultés sont souvent en lien, selon C.CHEVRIE MULLER (2000), avec des troubles visuo-spatiaux. La pose et la résolution des opérations en numération arabe reposent essentiellement sur des algorithmes spatiaux, et les enfants qui souffrent de troubles du regard et de déficits visuo- spatiaux sont en grande difficulté pour réaliser ces arrangements spatiaux. Ces derniers troubles se retrouvent également chez certains enfants dysphasiques et/ou dyslexiques.

En plus de ces trois grandes catégories de difficultés, ont été rapportés par L.MALSON (1994) chez certains dyslexiques, et par M.MONFORT (2001) chez certains dysphasiques, des troubles de la fonction symbolique comme des incapacités à choisir des critères principaux dans des tâches simples de classification. Des difficultés de choix et /ou de mise en œuvre d'une stratégie (fonctions centrales dans toutes les activités arithmétiques) sont également évoquées par M.MAZEAU (2003).

3.1.3 Les troubles mnésiques

Les troubles mnésiques sont fréquents dans les pathologies spécifiques du langage avec toujours ce problème de déterminer, comme le souligne C. CHEVRIE-MULLER (2000), si les difficultés de langage sont secondaires au déficit mnésique ou si ce dernier est au contraire dépendant de certaines incapacités touchant le traitement de la représentation linguistique. Qu'ils soient à l'origine ou non des difficultés langagières, les troubles mnésiques auront des répercussions sur l'ensemble des apprentissages.

Les troubles de la rétention auditive, qui affectent selon C.L GERARD (2003) tant les dysphasies expressives que réceptives, témoignent du caractère limité de la mémoire de travail de ces enfants qui sont volontiers influencés dans leur stratégie de décodage et de mémorisation par le débit de l'information qui leur est proposée. D'une manière générale, les différentes mémoires verbales (mémoire de travail et mémoire à long terme) peuvent être déficientes chez les dysphasiques.

Cette capacité réduite de mémoires verbales est également relevée par C. CHEVRIE MULLER (2000) chez certains dyslexiques, et tout particulièrement celle de la mémoire de travail qui joue un rôle essentiel dans le processus de lecture en permettant au lecteur de décoder les mots, de se rappeler de ce qu'il vient de lire, et de se souvenir des règles de conversion graphèmes-phonèmes.

3.2 Au niveau des aspects perceptifs

3.2.1 Sur le plan auditif

Des difficultés dans la discrimination des stimuli auditifs sont rapportées par C.CHEVRIE- MULLER (2000) chez certains dysphasiques, mais aussi parfois un déficit perceptif pour certaines fréquences conversationnelles et des temps de latence plus longs dans les perceptions auditives (mais aussi visuelles et kinesthésiques). Ces difficultés rejoignent celles de structuration temporelle (l'audition contribuant à structurer le temps), mais également les difficultés mnésiques. Ce même auteur

rapporte chez certains dyslexiques une difficulté à transformer des segments d'audition temporalisée en segments de vision spatialisée.

3.2.2 Sur le plan visuel

Les troubles visuo-constructifs sont, selon C.L GERARD (2003), fréquents dans tous les types de dysphasies, mais varient dans leur nature selon que sont impliqués les processus d'analyse perceptive ou les processus de production (regard ou motricité).

Les troubles visuo-spatiaux sont définis comme résultant d'anomalies ou de déficits de la perception et/ou de la réalisation de tâches impliquant spécifiquement des notions spatiales. Si, comme le souligne C.CHEVRIE MULLER (2000), l'hypothèse étiologique d'un déficit visuo-spatial dans les dyslexies est devenue marginale, il n'en reste pas moins que des troubles visuo-spatiaux sont assez fréquemment relevés dans cette pathologie du langage.

Les troubles de l'oculomotricité (qui contrôle et régule les mouvements du regard) sont également relevés chez certains dysphasiques et dyslexiques, et sont très souvent corrélés, d'après M.MAZEAU (2003), aux difficultés de structuration spatiale. Ces troubles, selon cet auteur, provoquent des anomalies d'organisation et de calibrage des saccades qui vont retentir sur la qualité de la lecture et sur la capacité d'accès à la forme orthographique du mot. La lecture reste hésitante, lente, fatigable, tandis que se dévoile peu à peu une dysorthographie lexicale et que se confirment des difficultés en arithmétique.

3.3 Les troubles psychomoteurs

Différentes difficultés de type praxique peuvent être relevées dans les pathologies spécifiques du langage. Selon M. MAZEAU (2003), les fonctions praxiques sont proches et même complémentaires des fonctions visuo-spatiales ; ces fonctions ayant souvent partie liée en pathologie de l'enfant.

3.3.1 Les dyspraxies

Pour reprendre la définition de M.MAZEAU (2003), sur le plan neuropsychologique, la dyspraxie est un trouble de la planification spatiale et temporelle de l'action intentionnelle et finalisée qui se traduit par une anomalie de la réalisation gestuelle. Les praxies sont des fonctions cognitives élaborées qui permettent la gestion de tous les gestes volontaires et finalisés. Toutes ces praxies sont apprises. Il s'agit de l'engrammation de sortes de forfaits d'actions qui gèrent l'ensemble des composantes motrices du geste (régulation posturale, modulation de la contraction et de la décontraction des muscles, contrôle de la directionnalité, de l'amplitude ou de la force) et qui se construisent sous l'effet de l'apprentissage et de l'expérimentation.

L'enfant dyspraxique souffre d'anomalies de la planification et de l'automatisation des gestes volontaires. Il n'y a pas d'atteinte de la commande motrice, mais les gestes sont lents, maladroits et réalisés de manière plus ou moins adaptée. M.MAZEAU (1995) explique que l'enfant conçoit les gestes sans réussir à les organiser et à les réaliser de façon harmonieuse en dépit d'une exposition et/ou d'un apprentissage normal de ces derniers.

En fonction de la nature du geste, on distingue différentes sortes de dyspraxies (constructives, idéatoires, idéomotrices, de l'habillage ou encore bucco-faciales) qui peuvent être isolées ou diversement associées chez un même enfant.

Les dyspraxies bucco-faciales peuvent être associées, selon M.MAZEAU (2003), à différents tableaux de dysphasies d'expression. C.L GERARD (2003) souligne que l'anamnèse des dysphasies phonologiques-syntaxiques met parfois en évidence des difficultés précoces dans le développement des capacités oro-faciales.

Les dyspraxies constructives, qui concernent les actions visant à obtenir un assemblage de divers éléments pour constituer un tout, peuvent aussi se rencontrer dans les syndromes dyslexiques et dysphasiques. Ces activités sont indissociables des fonctions spatiales, et des troubles visuo-spatiaux peuvent être associés à ce type de dyspraxie.

L’association aux difficultés linguistiques dysphasiques de troubles psychomoteurs variés fait que ces enfants obtiennent habituellement des scores limites, voire déficients, aux tests explorant l’intelligence tant verbale que non verbale. La présence d'une dyspraxie chez un enfant dysphasique peut ainsi faire évoquer à tort à une déficience intellectuelle.

3.3.2 Les dysgraphies

Selon F.ESTIENNE et B.PIERART (2006), la répétition des expériences de production de lettres, fondée sur une progression motrice spécifique à chaque variante de la lettre, va progressivement permettre à l'enfant de passer en mode de contrôle des mouvements d'écriture. Cet apprentissage progressif va tendre vers une production écrite caractérisée par un aspect calligraphique soigné.

L'acquisition de l'écriture est une activité motrice complexe non seulement soumise aux contraintes du développement moteur de l'enfant, mais également à ses rapports avec l'entourage et à la structuration de sa personnalité.

Beaucoup d'enfants éprouvent des difficultés au début de l'apprentissage de l'écriture. Chez certains d'entre eux elles persistent de façon pathologique et engendrent des efforts compensatoires importants. On parle de dysgraphie, selon J.AJURIAGUERRA (1980) quand la mise en page et l'écriture sont altérées et lorsqu'on relève une déficience de la rapidité, de la calligraphie et de la lisibilité.

Les dysgraphies sont des troubles fréquents dont les répercussions diffusent rapidement dans l'ensemble des activités scolaires. La déformation de lettres et l'instabilité des productions graphiques gênent la relecture. La vitesse d'écriture conditionne l'efficacité du geste graphique en situation scolaire et les essais pour accélérer peuvent être une cause d'aggravation de la dysgraphie la rendant illisible lorsque l'enfant se presse. Enfin, lorsque le geste graphique n'est pas automatisé et que l'enfant doit consciemment contrôler ses gestes pour réaliser le dessin des lettres, c'est obligatoirement aux dépens des autres tâches qu'il devrait mener conjointement (écoute de l'enseignant, réflexion et compréhension...) et qui conditionnent les apprentissages et la poursuite de la scolarité.

Ce trouble est souvent en lien avec une dyslexie-dysorthographie et, selon M.MAZEAU (2003), ce sont généralement ces difficultés d'accès à la lecture qui sont le motif de consultation au premier plan des difficultés de l'enfant. La dysgraphie s'inscrit alors dans l'ensemble des difficultés d'accès au langage écrit et le trouble graphique touche électivement l'écriture. Mais la dysgraphie peut-être consécutive à un trouble visuo-spatial et affecter non seulement le graphisme mais également le dessin.

Ces troubles du graphisme sont également observés par M.MAZEAU (2003) dans les dysphasies phonologiques syntaxiques qui présentent une difficulté de programmation. D'une manière générale, ces difficultés de production verbale correspondent à des difficultés de même intensité dans la réalisation d'actes moteurs séquentiels. Dans ce type de dysphasie l'apprentissage du langage écrit, qui est très bénéfique pour l'amélioration des productions orales, est gêné par ces troubles graphiques associés.

3.3.3 Les troubles de structuration de l'espace et du temps

Ces troubles, à l'intersection des troubles cognitifs, perceptifs et psychomoteurs, sont fréquemment mentionnés par la recherche tant au niveau des dysphasies que des dyslexies.

- Au niveau de la structuration temporelle, C.L GERARD (2003) relève chez certains dysphasiques une atteinte des modes de traitement séquentiels et analytiques de l'information qui ne toucherait pas uniquement les stimuli verbaux. Chez les enfants ayant un syndrome phonologique syntaxique, le trouble du traitement séquentiel se double d'une difficulté particulière de programmation d'activité séquentielle.

C.CHEVRIE-MULLER (2000) rapporte, de diverses études menées sur les déficits neuropsychologiques associés à la pathologie du langage, les difficultés de certains enfants dysphasiques pour des tâches dans lesquelles le facteur temps jouait un rôle : des difficultés pour le traitement perceptif rapide des indices temporels acoustiques verbaux et non verbaux, avec des difficultés analogues en modalités visuelles. Un

déficit d'ordre temporel est également rapporté par ce même auteur pour certains dyslexiques, avec une incapacité à se souvenir de la séquence d'une série d'items. Des difficultés de reproduction de rythmes sont en effet constatées et L.MALSON (1994) souligne le lien étroit qui existe entre l'organisation temporelle et l'aptitude à la lecture.

- Chez certains dysphasiques, d'après C.L. GERARD (2003), l'acquisition des notions spatiales est gênée par l'intrication des difficultés cognitives, motrices et linguistiques. Les difficultés spatiales fréquentes chez les dyslexiques (confusions entre lettres de formes identiques, mais inversées dans l'espace) seraient dues pour certains auteurs à ce trouble de l'orientation spatiale. Selon C. CHEVRIE MULLER (2000), elles seraient plus en lien avec des troubles visuo-spatiaux.

3.3.4 Les troubles de latéralisation

Des troubles de latéralisation et d'orientation latérale (perturbant la reconnaissance droite-gauche sur soi et dans l'espace extra-corporel) ont été rapportés chez certains dyslexiques. Selon D.MARCELLI (2006), les confusions entre les lettres de formes identiques mais inversées dans l'espace sont liées non seulement à une perturbation de l'organisation spatiale mais également à leurs erreurs fréquentes dans l'orientation droite-gauche.

3.3.5 L'instabilité psychomotrice

Cette instabilité psychomotrice (enfants toujours en mouvement) est évoquée par D.MARCELLI (2006) dans le cadre de son étude sur les dysphasies. L'instabilité, précise-t-il, est un des grands motifs de consultation en pédopsychiatrie, les plaintes relevant la double polarité de l'instabilité : le pôle moteur (l'enfant ne tient pas en place) et le pôle des capacités d'attention (enfant distrait, inattentif). Il est probable que certains enfants présentent de façon congénitale une motricité plus explosive que d'autres et que la réponse de l'environnement par une intolérance ou des exigences trop grandes fixe la réaction motrice dans un état pathologique, déterminant une instabilité. Mais l'instabilité peut aussi faire partie d'un état réactionnel à une

situation anxiogène pour l'enfant (contexte familial difficile, échec scolaire), l'expression de la tension psychique passant par le corps.

3.4 Sur le plan comportemental et affectif

Selon C.CHEVRIE MULLER (2000), approximativement la moitié des enfants qui ont des troubles du langage présentent des troubles comportementaux ou psychoaffectifs. Les altérations psychopathologiques de ces enfants peuvent être de type extériorisé : manque de contrôle, impulsivité, opposition ou hyperactivité. Elles peuvent être aussi intériorisées : retrait, anxiété, difficultés émotionnelles avec insécurité et sous estime de soi, tableaux dépressifs. Les diagnostics les plus fréquents sont les déficits d'attention, les troubles anxieux, les altérations de conduite et les dépressions.

La question qui se pose alors, lorsque l'on envisage la relation entre trouble du langage et troubles affectifs et/ou comportementaux, est de savoir lequel des deux troubles a précédé l'autre. Faire la part des perturbations affectives secondaires ou au contraire initiatrices de la pathologie langagière est souvent bien difficile.

Pour M.MONFORT et A.JUAREZ SANCHEZ (2001), bien des enfants qui souffrent de certains de ces troubles affectifs peuvent développer un langage tout à fait normal, et inversement selon C.CHEVRIE MULLER (2000), des enfants en souffrance sur le plan linguistique peuvent se développer parfaitement normalement sur le plan socio-émotionnel.

Il semblerait, selon une étude de BAKER et CANTWELL (1987), rapportée par C.CHEVRIE MULLER (2000), que dans la majorité des cas de syndrome dysphasique, les troubles émotionnels et des conduites soient secondaires aux troubles du langage. Une des explications proposée fait référence aux limites que ces enfants rencontrent depuis leur plus jeune âge pour communiquer et qui les amènent à s'isoler. Ces troubles du langage ne sont en effet pas sans conséquences sur la personnalité de l'enfant et, selon L.DANON BOILEAU (2002), mal parler et mal

comprendre ce qui est dit est de nature à perturber la relation avec autrui ; cette défaillance pouvant déstabiliser l'ensemble de la vie psychique.

Mais l'échec scolaire, consécutif aux troubles du langage peut aussi être à l'origine du trouble affectif. On ne peut nier, selon D.MARCELLI (2006), la dimension réactionnelle de ces troubles chez un enfant confronté à l'échec scolaire et un décalage de plus en plus grand entre ses capacités et l'exigence de son environnement social. Les attitudes réactionnelles d'abandon, de sentiment d'impuissance, d'auto dévalorisation qui sont secondaires mais retentissent en retour sur le langage, justifient bien souvent un suivi psychologique.

Il n'est pas surprenant, selon C.CHEVRIE MULLER (2000) que des déficits attentionnels secondaires puissent être observés dans les pathologies du langage comme dans diverses pathologies. Un enfant peu doué, pour lequel l'école est le lieu de la contrainte et de l'ennui, sera en général peu attentif lors de l'exécution des tâches qu'on lui propose.

Ces troubles dont l'origine n'est souvent pas élucidée ou encore équivoque compliquent le diagnostic d'un trouble spécifique qui, nous l'avons vu, se fait par exclusion notamment d'un trouble psychique.

3.5 Des troubles complexes

Les syndromes dysphasiques et dyslexiques sont donc multiples, variables d'un sujet à l'autre, selon leur gravité et l'association ou non de difficultés parallèles. Cette diversité conduit les spécialistes à recourir de plus en plus souvent à la terminologie plus générale de ***« troubles complexes du langage ».*** C'est d'ailleurs cette terminologie qu'a adoptée le rapport IGAS/IGEN (2002) dans son enquête sur le rôle des dispositifs sanitaires et pédagogiques dans la prise en charge des enfants dysphasiques et dyslexiques.

Toujours selon ce rapport, l'identification de ces troubles, du fait de leur complexité, ne peut s'effectuer qu'au terme d'une procédure longue allant de la détection d'une

difficulté au dépistage d'un trouble persistant pour se préciser par le biais d'un diagnostic complet des déficiences et des capacités cognitives et langagières. Ce diagnostic complet est nécessaire non seulement pour expliquer les difficultés propres à chaque enfant, mais surtout pour proposer des stratégies de rééducation et de pédagogie adaptées.

C'est dans le but de mieux identifier ces enfants et de déterminer une offre de soins et de pédagogie bien adaptée à ces troubles complexes qu'ont été créés au sein des centres hospitaliers universitaires les centres référents du langage.

4. Les centres référents du langage

4.1 Origine du plan d'action relatif aux troubles spécifiques du langage

Devant le caractère primordial de l'apprentissage de la langue et sous l'impulsion de familles confrontées aux troubles du langage, les pouvoirs publics ont décidé d'engager réflexions et actions sur les troubles du langage oral et écrit qui sont devenus des priorités nationales de santé publique.

En septembre 1999, la Ministre déléguée chargée de l'enseignement scolaire a confié à l'inspecteur d'Académie de la Loire Atlantique, monsieur Jean-Charles RINGARD, la responsabilité d'animer un groupe de travail sur les dysphasies et dyslexies dans le but d'améliorer la scolarisation des enfants concernés.

Dans la suite du rapport « A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique » présenté le 5 juillet 2000 par Jean-Charles Ringard, et devant les dysfonctionnements observés, le Ministère de l'Education Nationale et la Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés ont chargé une cellule interministérielle d'élaborer un plan d'action pour améliorer le repérage et la prise en charge des enfants atteints d'un trouble spécifique du langage.

L'objectif de ce plan était de proposer des solutions permettant de répondre aux besoins des enfants, des familles et des professionnels de la santé et de l'éducation face aux troubles de l'apprentissage du langage oral et écrit. Ces solutions devaient contribuer concrètement : à une meilleure prévention des troubles du langage, quelle qu'en soit l'origine ; à un meilleur repérage des troubles spécifiques ; à l'établissement d'un diagnostic plus rapide et plus sûr et à une meilleure prise en charge des enfants concernés.

Dès 2001, un plan d'action interministériel (Santé / Education Nationale) relatif aux troubles spécifiques du langage oral et écrit a été mis en place. Ce plan triennal (2001-2004) a permis la mobilisation des professionnels de la santé et de l'éducation, des associations et des familles.

Deux circulaires rendant légal ce plan d'action ont été publiées, l'une en mai 2001 (relative à l'organisation de la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit)[1] et l'autre en février 2002 (circulaire relative à la mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit)[2].

4.2 Mieux identifier les enfants porteurs d'un trouble spécifique du langage oral et écrit

Le plan d'action relatif aux troubles spécifiques du langage décline vingt-huit mesures autour des cinq axes prioritaires suivants :

- mieux prévenir dès l'école maternelle ;
- mieux identifier les enfants porteurs d'un trouble du langage oral et écrit ;
- mieux prendre en charge ;
- mieux informer, former et rechercher ;
- assurer le suivi du plan d'action.

Dans son deuxième axe prioritaire, ce plan préconise la mise en place, dans les centres hospitaliers universitaires, de centres référents formés d'équipes pluridisciplinaires permettant : d'élaborer des diagnostics précis, de proposer des

modes de prise en charge et d'envisager des études ou des recherches sur l'évaluation de ces prises en charge.

Dans l'argumentaire qui appuie cette action, il est souligné qu'il n'existe pas de circuit clairement identifié permettant aux professionnels de l'enseignement suspectant un trouble spécifique d'apprentissage du langage et aux familles inquiètes devant un tel trouble d'obtenir dans un délai raisonnable un diagnostic étayé. Si les troubles du langage n'ont pas tous la même sévérité et que, dans la majorité des cas, le bilan orthophonique sera effectué en ville, il est possible de considérer que 1% des enfants présentent des formes sévères nécessitant un diagnostic différentiel.

Ce diagnostic ainsi établi doit préciser la nature du trouble, le degré de déficience et les modalités de prise en charge.

4.3 Les missions de ces centres référents

La circulaire du 4 mai 2001 a lancé un appel à projets relatif à l'identification, au sein d'équipes volontaires de Centres Universitaires Hospitaliers, de ces centres référents et en énonce les missions.

Les centres référents à créer au niveau des CHU doivent développer un partenariat actif avec les différents acteurs du domaine médical mais également ceux du domaine social et du domaine éducatif.

Ils doivent offrir un plateau de consultation multidisciplinaire comportant au minimum la possibilité d'une consultation médicale, orthophonique et psychologique, tout en soulignant l'intérêt de pouvoir bénéficier d'une approche psychomotrice et neuropsychologique. Ce plateau doit permettre une évaluation multidisciplinaire globale, afin de porter un diagnostic précis et d'orienter ainsi la prise en charge rééducative et le mode d'intégration scolaire.

Ils doivent assurer le suivi et la coordination des soins qui seraient réalisés en ville pour la plupart des enfants. Si le centre n'a pas de vocation à agir en première

intention, il doit toutefois rester en contact avec le ou les professionnels qui assurent les soins et pouvoir réévaluer les situations qui n'évoluent pas favorablement. Il est donc indispensable que le centre mette en place un travail en réseau avec l'orthophoniste libéral(e), le médecin habituel de l'enfant et les professionnels de l'Education Nationale (médecins, infirmiers, psychologues et équipes pédagogiques).

Ils doivent enfin développer un rôle de conseil vis-à-vis des équipes éducatives, des équipes impliquées dans le domaine médico-social ou d'autres équipes soignantes. Il doit à ce titre, instaurer des relations de partenariat avec les autres acteurs impliqués du secteur médico-social et/ou éducatif, celles-ci pouvant naturellement s'officialiser sous la forme d'un réseau.

Enfin, ils doivent participer à la formation des professionnels de santé ou de l'Education Nationale, et mener des activités de recherche en lien avec leur pratique clinique.

En 2001, 2002 et 2003, des budgets spécifiques ont été dédiés à la création de ces centres avec l'objectif d'ouvrir au moins un centre par région.

Ces textes ont été élaborés pour répondre à des problèmes réels, soulevés depuis longtemps par les associations de parents ; ceux de la prise en compte scolaire et thérapeutique des troubles sévères du langage.

CHAPITRE 2 - SCOLARITE ET SOINS POUR LES ENFANTS PRESENTANT DES TROUBLES SPECIFIQUES DU LANGAGE

Comment les enfants atteints de troubles spécifiques du langage sont-ils pris en charge dans les établissements scolaires en lien avec les professionnels de santé et les organismes extérieurs compétents ?

Les enfants souffrant de troubles importants du langage ont un parcours scolaire difficile, souvent fait d'échecs successifs. Ils sont pour la plupart rapidement pris en charge par des orthophonistes exerçant en libéral ou en centre, sur l'initiative de leurs parents ou sur conseil de l'école.

Aucun dispositif pédagogique spécifique n'a été institué pour prendre en charge les enfants souffrant de troubles dyslexiques ou dysphasiques, mais pour ces élèves en difficulté, comme pour tous les enfants souffrant de difficultés particulières ou de handicap, tout doit être mis en œuvre pour privilégier une scolarité au plus proche du milieu ordinaire. Tout doit faire en sorte que l'existence de ces troubles soit compatible avec une scolarité classique assortie d'aménagements pédagogiques adaptés, ou avec un enseignement adapté conjugué à des interventions des membres d'un réseau d'aides spécialisées, et parfois un accompagnement par des dispositifs médico-sociaux ou des professionnels libéraux. Différents dispositifs d'adaptation et d'intégration scolaires sont donc prévus.

Lorsque leurs difficultés sont trop importantes et que la scolarisation individualisée n'est pas ou plus possible, la scolarité peut être envisagée dans une classe « spécialisée » avec la plupart du temps un accompagnement éducatif et thérapeutique sur le temps scolaire.

Dans certains cas, l'intensité des troubles est telle qu'elle exige une prise en charge globale de l'élève dans un établissement spécialisé.

Nous verrons dans un premier temps quels sont les dispositifs d'adaptation et d'intégration scolaires prévus pour les élèves en difficulté, a fortiori ceux présentant

des troubles spécifiques du langage, puis quelles sont les orientations scolaires possibles pour ces enfants, et enfin quels sont les accompagnements de soins dont ils peuvent bénéficier en dehors du cadre scolaire.

1. Dispositifs d'adaptation et d'intégration pour une scolarisation individualisée en milieu ordinaire

1.1 Les dispositifs adaptatifs

L'école a pour objectif la réussite de l'enfant et doit s'adapter à la diversité de son public. Elle doit apprendre à connaître ses élèves et savoir différencier la pédagogie pour répondre aux besoins de cette diversité. Une aide spécifique doit être apportée aux élèves qui éprouvent des difficultés ou qui manifestent des besoins éducatifs particuliers.

La première aide est donc celle apportée par l'enseignant ou le professeur, celle de la pédagogie différenciée et des aménagements scolaires spécifiques.

Il peut, en concertation avec l'équipe éducative de l'école ou du collège, élaborer un programme personnalisé pour apporter une aide pédagogique adaptée aux besoins de l'élève en difficulté.

A l'école primaire, il peut aussi solliciter l'intervention d'un réseau d'aides spécialisées pour les élèves en difficulté.

1.1.1 La pédagogie différenciée et les aménagements scolaires

Les enseignants sont les premiers acteurs de la lutte contre les difficultés d'apprentissage. Ils doivent savoir observer le fonctionnement de l'élève en situation d'apprentissage, repérer ses difficultés et apporter un soutien individuel ou organiser des groupes de besoin.

Tous les enfants en difficulté d'apprentissage doivent pouvoir bénéficier d'une pédagogie différenciée, mais les enfants présentant des troubles spécifiques du langage nécessitent des adaptations pédagogiques et des aménagements scolaires particuliers.

Dans cette perspective, et dans la suite du plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage, la formation des enseignants a été intensifiée et adaptée.

♦ De la différenciation pédagogique à la pédagogie adaptée

Selon Philippe MEIRIEU (2006), la différenciation pédagogique, c'est d'abord la capacité à alterner différentes méthodes dans la durée, afin qu'une même notion fasse l'objet d'approches successives et complémentaires. C'est ensuite le fait de ménager des temps de travail individuels où l'attention de l'enseignant portera sur la manière dont chacun travaille, sur les difficultés qu'il rencontre et sur les façons possibles de l'aider. C'est enfin la mise en œuvre de groupes de besoin qui peuvent être centrés soit sur des acquis, soit sur des méthodes : des acquis à reprendre, des notions mal stabilisées, des savoir-faire qui requièrent un entraînement plus systématique, des connaissances à approfondir ou bien des méthodes qui paraissent plus adaptées.

L'efficacité de la différenciation pédagogique est donc subordonnée à la capacité de l'enseignant à puiser des matériaux, des dispositifs et des méthodes de travail qu'il peut coordonner aux objectifs qu'il cherche à atteindre.

Mais au-delà de cette pédagogie différenciée, qui concerne tous les élèves en difficulté d'apprentissage, les enfants atteints de troubles dyslexiques ou dysphasiques nécessitent des adaptations spécifiques à la nature de leurs troubles qui, selon le rapport précité IGAS/IGEN (2002), doivent faire l'objet d'un projet individualisé. Il s'agit selon ce rapport, de créer une démarche pédagogique particulière à ce type de troubles, et, comme ces troubles prennent des formes très différentes, tant à l'oral qu'à l'écrit, il doit exister autant de recherches de démarches singulières, qu'il y a de troubles particuliers.

Des préconisations pédagogiques doivent permettre à l'enseignant de prendre conscience que selon la fonction atteinte, d'autres fonctions peuvent être développées, et que le trouble d'une fonction va souvent de pair avec certaines habiletés particulières sur lesquelles il peut appuyer sa pédagogie.

La collaboration entre orthophoniste et enseignants est là essentielle. Nous verrons dans notre troisième partie que ces préconisations pédagogiques font partie du projet global de prise en charge proposé par le Centre du Langage de Nantes suite à un diagnostic en faveur de troubles spécifiques du langage.

Outre ces adaptations, les enfants concernés doivent bénéficier durant leur scolarité de certaines aides.

♦ **Les aménagements scolaires**

Les Inspections académiques, sur demande des associations (APEDYS-AVENIR DYSPHASIE), mènent des animations sur l'accompagnement pédagogique à mettre en place pour les troubles du langage dyslexiques et dysphasiques et suggèrent différents aménagements.

Certains de ces aménagements valent pour tous ces élèves, comme le bénéfice d'un temps supplémentaire pour l'exécution des consignes, un système de notation différent de celui des autres élèves selon les tâches demandées, un placement au 1er rang et un allègement du contenu des contrôles.

Pour les enfants présentant de gros troubles du langage oral, il faudrait éviter l'interrogation orale et les efforts de répétition. Pour ceux ayant des troubles du langage écrit, le système de notation devrait valoriser le contenu plus que l'orthographe, il faudrait que les prises de notes soient vérifiées, l'utilisation d'un micro-ordinateur autorisée dont le correcteur d'orthographe peut être un allié utile pour remédier à une production écrite parfois peu lisible, les supports dactylographiés ou polycopiés de cours devraient être privilégiés pour que l'élève ait une trace écrite de la leçon…Il peut être nécessaire au collège de limiter l'apprentissage des langues étrangères à une seule langue…

Pour pouvoir mettre en place ces aménagements, il est primordial que les enseignants puissent bénéficier des conseils des professionnels qui suivent l'enfant et en premier de ceux de l'orthophoniste. La rééducation orthophonique est la principale aide de ces

enfants qui doivent mener leur propre combat pour tenter d'avoir le même rendement que les autres élèves et doivent trouver des moyens de compensation.

Réaliser les efforts que doit faire l'enfant pour tenter de suivre, d'apprendre, ne peut se faire sans une prise de conscience du monde dans lequel il vit. Ces conseils vont leur permettre de mieux appréhender l'impact de ces troubles sur les différentes situations d'apprentissage et d'en tenir compte. Il convient en effet qu'ils aident l'élève à conserver la confiance dans ses capacités et à concentrer ses efforts sur des objectifs adaptés.

Chaque élève souffrant de tels troubles devrait pouvoir bénéficier d'une pédagogie individualisée qui, nous le verrons par la suite, peut et devrait s'officialiser dans un programme personnalisé.

♦ **La formation des enseignants**

Dans la logique du plan d'action pour les enfants atteints de troubles spécifiques du langage, des modules de formation sur ces troubles sont organisés dans le cadre de la formation continue des enseignants. Ces modules sont destinés aux enseignants spécialisés pour approfondir leurs compétences, et aux enseignants non spécialisés pour développer leurs compétences pour la prise en charge des enfants concernés.

Des séminaires nationaux et des animations départementales se multiplient sur le thème des actions de suivi et d'accompagnement des enfants atteints de troubles spécifiques du langage.

Deux brochures à l'usage des enseignants « Répondre à des besoins éducatifs particuliers» et « apprendre à lire avec un trouble du langage » (Prévenir L'illettrisme) ont été réalisées et largement diffusées, la seconde brochure visant à aider les enseignants à mettre en œuvre les projets individualisés nécessaires.

Mais cette formation ne résoudra pas tout. L'application d'une pédagogie différenciée pour un élève est souvent difficilement compatible avec une pratique pédagogique dans

un contexte collectif, surtout quand les effectifs des classes sont importants. Ces derniers sont fixés par un règlement départemental, et chaque année les inspecteurs d'académie indiquent leurs critères pour décider des ouvertures ou fermetures de classes dans le cadre de la carte scolaire.

Et derrière ces problèmes souvent invoqués, il y a peut-être une difficulté plus profonde qui peut empêcher l'investissement d'un enseignant : c'est de constater son impuissance face à un enfant qui ne progresse pas et de vivre cela comme un échec personnel. Pour J.C. RINGARD (2000), ne pas (ou peu) savoir lire, ne pas (ou peu) savoir parler, c'est nécessairement être en échec scolaire mais aussi vivre et faire vivre un échec.

L'école et les enseignants ne peuvent pas résoudre tous les problèmes, en tout cas pas tout seuls. Des dispositifs sont prévus par l'Education Nationale pour apporter une aide à l'élève en difficulté et également à l'enseignant.

1.1.2 Les Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté (RASED)[3]

Crées en 1990, les RASED sont un dispositif d'aides et de prévention de la difficulté scolaire qui a pour mission de fournir des aides spécialisées à des élèves de l'école primaire en difficulté, en coopération avec leurs enseignants, dans leur classe ou hors de cette classe.

Ces réseaux comprennent des enseignants spécialisés titulaires du CAPA-SH[4], les maîtres E chargés des aides à dominante pédagogique et les maîtres G chargés des aides à dominante rééducative, ainsi que des psychologues scolaires.

Les aides spécialisées à dominante pédagogique sont adaptées aux situations dans lesquelles les élèves manifestent des difficultés avérées à comprendre et à apprendre, tandis que les aides apportées par le maître G ont pour objectif d'aider un enfant à retrouver l'estime de soi et à investir les apprentissages.

Le psychologue scolaire apporte l'appui de ses compétences notamment pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des mesures d'aides. Il organise des

entretiens avec les enfants en difficulté et peut proposer des rencontres aux enseignants et aux parents pour faciliter la recherche des conduites les mieux ajustées en fonction des problèmes constatés. Il peut être chargé de dépistage et d'évaluation et effectuer les examens cliniques et psychométriques sur la demande des enseignants, des intervenants spécialisés ou des familles, dans tous les cas avec l'accord de ces dernières.

Le domaine privilégié d'intervention des RASED a longtemps été et est encore le cycle des apprentissages fondamentaux (GSM/CP/CE1). Les évolutions en cours les conduisent cependant à intervenir plus tôt encore, au niveau du cycle 1, en vue d'actions préventives qui ne prennent pas nécessairement la forme d'interventions directes auprès des enfants. Ils prennent également en charge les enfants en difficulté au niveau du cycle 3. Les personnels de ces réseaux interviennent de manière ponctuelle dans les écoles, auprès d'un enfant individuellement ou auprès d'un petit groupe d'enfants.

Les prises en charge sont décidées avec l'accord des parents, le plus souvent dans le cadre d'une équipe éducative, et chacun des enfants suivis par le réseau doit bénéficier d'un projet donnant lieu à un document écrit.

Institutionnellement, toute école relève du réseau. Cependant, en fonction des orientations nationales et des priorités départementales, arrêtées par l'inspecteur d'Académie, un ensemble d'écoles prioritaires pour les interventions du RASED peut être défini pour une certaine période, au détriment des autres écoles de la même circonscription.

Lorsque l'enfant bénéficie d'un suivi orthophonique, c'est la communication et l'échange sur les stratégies mises en place ou les difficultés repérées, entre l'orthophoniste et les autres professionnels concernés, qui peuvent apporter l'aide la plus efficace. C'est dans le cadre des équipes éducatives que cette coordination peut se faire.

1.1.3 Les équipes éducatives

Les équipes éducatives sont à distinguer des équipes pédagogiques. Ces dernières réunissent au primaire le directeur d'école et les enseignants d'un même cycle, et au collège le chef d'établissement et les enseignants ayant en charge les mêmes classes ou exerçant dans le même champ disciplinaire. Elles ont pour mission de favoriser les concertations entre les enseignants, la coordination des enseignements et des méthodes d'enseignement.

L'équipe éducative rassemble les personnes qui, à un titre ou un autre, interviennent autour de l'enfant dans sa scolarité.

La constitution de cette équipe est clairement définie pour le primaire[5]. Elle comprend : le directeur d'école, le ou les maîtres et les parents concernés, le psychologue scolaire et les enseignants spécialisés intervenant dans l'école, éventuellement le médecin scolaire, l'infirmière scolaire, l'assistante sociale, les personnels contribuant à la scolarisation des élèves handicapés et les intervenants extérieurs.

Elle peut donc réunir les divers rééducateurs de l'élève, qu'ils fassent partie d'un réseau d'aides spécialisées, d'un service de soins médico-social, ou qu'ils exercent en libéral.

Pour le secondaire, l'équipe éducative peut réunir autour du chef d'établissement : le principal adjoint, le professeur principal, le médecin de santé scolaire, l'infirmière, le psychologue scolaire, l'assistante sociale, le conseiller principal d'éducation, les parents et les intervenants extérieurs.

Cette équipe est réunie par le directeur ou le chef d'établissement chaque fois que l'examen de la situation d'un élève l'exige, qu'il s'agisse de l'efficience scolaire, de l'assiduité ou du comportement. Cette réunion peut être sollicitée par tous ceux qui ont une responsabilité vis à vis de l'enfant et peuvent être invités à y participer.

Les réunions de l'équipe sont l'occasion de dialoguer, de se concerter, d'élaborer et d'ajuster si besoin un projet individuel pour chaque enfant nécessitant un suivi plus « individualisé ».

C'est dans le cadre de cette équipe que les thérapeutes (orthophonistes, psychomotriciens…) impliqués dans la prise en charge de l'enfant souffrant de troubles du langage spécifiques, comme de tous les enfants nécessitant des soins thérapeutiques, peuvent apporter leurs conseils et coordonner leurs soins à la pédagogie.

Les équipes éducatives peuvent aussi demander l'examen, par les nouvelles instances du handicap, de dossiers d'élèves pour lesquels un changement d'orientation ou une modification importante de leur scolarité est à envisager. Nous reparlerons plus en détail de ces instances et de ces orientations dans les pages suivantes.

1.1.4 La démarche de projets personnalisés

Pour favoriser la prise en charge des difficultés des élèves, l'Education Nationale a introduit une démarche de projet, variable selon les dispositifs ou les types de situation, mais dont la procédure est toujours partenariale. Ce programme ou ce projet se construit avec l'élève, en partenariat avec ses parents, sur l'initiative de l'équipe éducative et après une évaluation précise de ses besoins.

L'un de ces projets, le Programme Personnalisé de Réussite Educative (PPRE), permet d' «officialiser» la pédagogie différenciée et l'aide personnalisée.

Le Projet d'Aide Spécialisée (PAS) définit les modalités d'intervention des réseaux d'aides spécialisées.

Le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) vise à coordonner les actions des différents intervenants impliqués dans la vie de l'enfant « malade ».

♦ Le Programme Personnalisé de Réussite Educative (PPRE)[6]

Le PPRE est un plan conçu récemment (rentrée scolaire 2006) pour aider les élèves quand il apparaît qu'ils ne pourront pas maîtriser les connaissances et compétences indispensables à la fin d'un cycle. Il succède au PPAP (Programme Personnalisé d'Aide et de Progrès).

Il est élaboré par l'équipe éducative à partir d'une analyse précise des difficultés de l'élève pour empêcher un redoublement ou en assurer l'efficacité pédagogique s'il n'a pu être évité.

Les disciplines concernées par le PPRE sont la maîtrise de la langue française, les mathématiques et si besoin la première langue vivante (au collège).

Après avoir été discuté avec les parents, puis présenté à l'élève, il est formalisé dans un document écrit qui précise les objectifs, les modalités, les échéances et les modes d'évaluation.

Le programme est personnalisé parce qu'il est adapté à un élève en particulier, mais les actions qu'il coordonne et auxquelles il donne cohérence peuvent se réaliser au sein de la classe ou dans des groupes d'élèves qui ont les mêmes besoins.

♦ **Le Projet d'Aide Spécialisée (PAS)[3]**

C'est le document écrit mis en place par le maître E ou le maître G du réseau d'aides spécialisées. Il décrit les éléments qui caractérisent la situation de l'élève, énonce les objectifs visés, prévoit la démarche et les supports qui vont organiser l'action, donne une estimation de sa durée et indique les modalités de son évaluation.

La réalisation du projet intègre au fur et à mesure les transformations des conduites de l'enfant et les ajustements nécessaires à cette évolution. Celle-ci doit toujours pouvoir donner lieu à une communication sous une forme adaptée aux différents interlocuteurs concernés (enseignants, parents, élève, autres intervenants…).

Les parents sont régulièrement informés des bilans et des propositions de modification de poursuite ou d'arrêt du projet.

♦ **Le Projet d'Accueil Individualisé (PAI)[7]**

Ce projet est avant tout une démarche d'accueil résultant d'une réflexion commune des différents intervenants impliqués dans la vie de l'enfant malade (parents, équipe

éducative, personnels de santé, partenaires extérieurs). Il a pour but de faciliter l'accueil de cet enfant.

Il définit les adaptations apportées à la vie de l'enfant ou de l'adolescent durant l'ensemble de son temps de présence au sein de la collectivité.

Le rôle de chacun et la complémentarité des interventions sont précisés dans un document écrit qui précise et organise notamment les interventions médicales, paramédicales ou de soutien, leur fréquence, leur durée, leur contenu, les méthodes et les aménagements souhaités.

Il est mis au point, à la demande de la famille ou en accord avec elle, par le directeur d'école ou le chef d'établissement, à partir des besoins thérapeutiques (définis par le médecin traitant de l'enfant) et en concertation avec le médecin scolaire.

- **La nécessaire articulation des différents projets**

Nous verrons dans les dispositifs d'intégration scolaire que la loi récente du 11 février 2005 relative aux personnes handicapées organise, pour tout élève présentant un handicap, un projet personnalisé de scolarisation qui a pour objet de coordonner les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins de l'enfant.

Les élèves présentant un handicap peuvent néanmoins se voir proposer un programme personnalisé de réussite éducative dans les mêmes conditions que tous les autres élèves. Il importe alors de s'assurer de l'articulation et de la complémentarité des actions conduites dans ce cadre avec celles prévues par le projet personnalisé de scolarisation ou le projet d'accueil individualisé.

Cette articulation est primordiale dans le cas de troubles spécifiques du langage pour établir une cohérence entre l'action du maître et les interventions rééducatives.

Les enfants souffrant d'un trouble spécifique du langage peuvent bénéficier, comme tout enfant en difficulté, des dispositifs adaptatifs scolaires. Lorsque ces aides sont

insuffisantes devant l'importance des troubles de l'enfant ou lorsque l'équipe éducative considère que l'enfant ne peut pas suivre une scolarité classique, il est possible de saisir les instances relatives au « handicap ». Lorsque les troubles spécifiques du langage oral et/ou écrit sont reconnus, l'enfant entre dans le cadre du handicap et dans le champ d'application de la loi du 11 février 2005.

La reconnaissance « officielle » d'un trouble spécifique du langage permet la mise en oeuvre de dispositifs d'aide et d'accompagnement pour favoriser une intégration scolaire individualisée de l'élève handicapé en milieu ordinaire. Les mesures relatives à l'aménagement de sa scolarité (rééducation intensive, matériels spécifiques…) sont organisées dans le cadre du nouveau dispositif précité, le projet personnalisé de scolarisation (PPS), mis en place par les équipes de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

1.2 « Handicap » et intégration scolaire individualisée

La loi du 11 février 2005[8] « Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » pose comme priorité la scolarisation individuelle. Celle-ci passe par une adaptation des conditions d'accueil dans le cadre d'un projet personnalisé de scolarisation permettant de prendre en compte les besoins éducatifs particuliers de chaque enfant dont le handicap est reconnu. Les élèves peuvent être accompagnés par un auxiliaire de vie scolaire, bénéficier de certaines aides techniques et financières et, en complément de leur scolarité, de l'intervention d'un service d'éducation spéciale et de soins.

1.2.1 Les principaux apports de la loi du 11 février 2005

Cette loi, dans la continuité de la loi du 30 juin 1975[9], réaffirme le droit des enfants et adolescents handicapés à bénéficier prioritairement d'une scolarité en milieu ordinaire, chaque fois que leur état de santé le permet. Elle apporte une définition du handicap, et affirme le droit à la compensation du handicap (cette compensation consistant à répondre aux besoins de la personne en situation de handicap et de sa famille qui n'ont pas à supporter les charges occasionnées par cette situation).

« Constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant ».

Elle pose le principe de l'établissement scolaire de référence : sauf exception, si ses besoins le nécessitent, la scolarité d'un enfant handicapé se déroule dans l'école ou l'établissement scolaire le plus proche de son domicile appelé son « établissement scolaire de référence ». Pour bénéficier d'une réponse adaptée à ses besoins il pourra également être inscrit dans une autre école bénéficiant d'une classe d'intégration ou proche de l'établissement médico-éducatif dans lequel il effectue une partie de sa scolarité.

Elle institue par ailleurs un lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées, et réorganise le parcours scolaire des élèves souffrant de handicap dans le cadre d'un projet individualisé assurant la compatibilité entre la scolarité et l'accompagnement éducatif, rééducatif ou thérapeutique nécessaire.

♦ La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)[10] : un guichet unique

La loi du 11 février 2005 a mis fin depuis le 1er janvier 2006 aux commissions de l'éducation spéciale (CCPE, CCSD, CDES et COTOREP)[11] et a mis en place de nouveaux dispositifs.

Dorénavant, l'ensemble des décisions relatives aux personnes handicapées (orientations, attributions, aides…) sont prises dans le cadre de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

Cette maison départementale offre dans chaque département, un accès unifié aux droits et prestations prévues pour les personnes handicapées.

La MDPH, groupement d'intérêt public dont le département assure la tutelle administrative et financière, met en place et organise deux instances :

L'équipe pluridisciplinaire : elle élabore, pour chaque personne handicapée, un plan de compensation du handicap comprenant les prestations financières et matérielles et, pour la scolarité, le projet personnalisé de scolarisation.

Cette équipe réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social et de la formation scolaire et universitaire.

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDA ou CDAPH)[12] : c'est l'instance qui prend les décisions relatives aux prestations et à l'orientation des personnes handicapées. Ce n'est donc pas elle qui instruit les dossiers, mais en amont l'équipe pluridisciplinaire. Elle s'en remet en aval, pour ce qui concerne la scolarisation, aux équipes de suivi de scolarisation. Cette commission est compétente pour :

- apprécier si l'état ou le taux d'incapacité de l'enfant ou l'adolescent, défini par l'équipe pluridisciplinaire, justifie le versement de l'AEEH (l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé) et éventuellement de ses compléments ;

- se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et sur les mesures propres à assurer son insertion scolaire. Elle désigne les établissements ou les services correspondant aux besoins de l'enfant ou l'adolescent.

♦ Le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)[13] et les Equipes de Suivi de Scolarisation (ESS)[14]

Le PPS (qui succède au Projet Individuel d'Intégration Scolaire PIIS) définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap. Il propose les modalités de déroulement de la scolarité coordonnée avec les mesures permettant l'accompagnement de celle-ci

(accompagnement thérapeutique ou rééducatif, attribution d'un auxiliaire de vie scolaire ou de matériels pédagogiques adaptés, attribution d'une allocation d'éducation…).

L'Equipe de Suivi de Scolarisation a pour mission de veiller à la bonne mise en oeuvre du PPS. Elle comprend nécessairement les parents, le « référent » de l'élève, le ou les enseignants qui ont en charge l'enfant, ainsi que les professionnels de l'éducation, de la santé (y compris du secteur libéral) ou des services sociaux qui concourent à la mise en œuvre du projet.

Cette équipe de suivi apparaît donc, de par sa composition, comme une équipe éducative élargie, mais réunie sous la responsabilité d'un enseignant référent. Ce référent est un enseignant spécialisé titulaire du CAPA-SH[4] qui exerce les fonctions de référent auprès de chacun des élèves handicapés du département, afin d'assurer sur l'ensemble de parcours de formation, la permanence des relations avec l'élève, ses parents ou son représentant légal.

Si l'équipe éducative d'une école ou d'un établissement scolaire souhaite qu'un PPS soit élaboré, le directeur ou le chef d'établissement en informe les parents pour qu'ils en fassent la demande à la MDPH.

1.2.2 Les mesures et dispositifs de soutien à l'intégration scolaire

La mise en œuvre de ces dispositifs et les différentes aides dont peuvent bénéficier les élèves en situation de handicap relèvent d'une décision de la MDPH, et plus exactement de la CDA.

♦ Le Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD)[15]

Le SESSAD est une structure du secteur médico-éducatif qui peut être rattachée à un établissement spécialisé ou être autonome.

Le choix entre autonomie du service (gestion directe par une association agréée par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) et la liaison organique

avec un établissement spécialisé s'effectue selon les opportunités. Le rattachement à un établissement facilite les contrats entre établissement médico-social et établissement scolaire pour l'intégration individualisée.

L'autonomie se justifie lorsque aucun établissement n'existe à proximité ou lorsque les établissements en place n'ont ni la vocation, ni le désir d'y adjoindre un service d'éducation spéciale et de soins.

Ce service de soins est conçu pour accompagner des enfants et des adolescents en difficulté dans les apprentissages, scolarisés dans l'enseignement ordinaire ou adapté, à l'école élémentaire ou au collège.

Il est composé de professionnels des secteurs médical et paramédical (orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes…) ainsi que d'éducateurs spécialisés. Il peut comprendre parfois un ou plusieurs enseignants spécialisés.

Son action vise à apporter un soutien spécialisé (thérapeutique, éducatif ou pédagogique) aux enfants maintenus dans leur milieu ordinaire de vie ou d'éducation. Son soutien prend des formes variables selon les besoins de l'enfant et ses interventions s'effectuent sur les lieux de scolarisation (dans des locaux adéquats mis à disposition par l'établissement scolaire) ou dans les propres locaux du service de soins.

L'action du SESSAD doit être définie, pour chaque enfant, dans un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individuel. Une convention passée entre l'inspecteur d'Académie (pour une école) ou le chef d'établissement du collège précise les conditions d'intervention du service d'éducation et de soins dans le cadre de ce projet. Elle précise également les modalités d'intervention du personnel spécialisé (lieu-durée-fréquence-réunions de synthèse).

Selon la nature du handicap et l'âge des enfants qu'ils suivent, ces services peuvent porter des noms différents. Les différentes appellations s'expliquent aussi par le fait que les textes officiels concernant les handicaps sensoriels n'ont pas été publiés à la même date :

-SESSAD : Service d' Education et de Soins Spécialisés A Domicile pour enfants et adolescents présentant des déficiences intellectuelles, des troubles du comportement, ou une déficience motrice ;

-SAFEP : Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce pour les déficients sensoriels de 0 à 3 ans ;

-SSEFIS : Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire des déficients auditifs après 3 ans ;

-SAAAIS : Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire pour déficients visuels polyhandicapés.

Ce sont les SESSAD et surtout les SSEFIS (déficiences sensorielles) qui peuvent assurer l'accompagnement thérapeutique des enfants présentant des troubles du langage et scolarisés dans le primaire ou le secondaire.

♦ **Les Auxiliaires de Vie Scolaire (AVS)**[16]

Pour favoriser sa scolarisation en milieu scolaire ordinaire, l'élève en situation de handicap peut bénéficier de la présence d'un auxiliaire de vie scolaire.

L'AVS-i (aide à l'intégration individuelle) a une fonction d'aide individuelle et peut accompagner l'enfant dans la réalisation de certains gestes, certaines tâches de la vie quotidienne à l'école ou au collège, en vue d'optimiser son autonomie dans les apprentissages et faciliter sa participation aux activités collectives.

Les auxiliaires de vie scolaires peuvent également intervenir dans les structures d'intégration collective (nous en reparlerons dans notre partie sur les orientations).

♦ **Les aides techniques** [17]

La réussite de la scolarisation des enfants handicapés peut être conditionnée par l'utilisation de matériels pédagogiques adaptés, la plupart informatiques, qui sont

souvent très onéreux et dont l'achat ne peut être laissé à la charge des familles. Pour les élèves présentant une déficience sensorielle ou motrice, l'utilisation d'un ordinateur est un moyen de compenser partiellement leur déficience.

L'Etat finance l'achat ou la location de ce type de matériel pédagogique à usage individuel ou collectif. Le matériel à usage individuel, dont l'Etat reste propriétaire, est mis à la disposition de l'élève qui en conserve l'usage tout au long de sa scolarité même s'il change d'école, d'établissement ou d'académie, que cet établissement soit public ou privé sous contrat.

♦ **L'aménagement des conditions d'examen**[18]

La Loi du 11 février 2005 garantit l'égalité des chances entre les candidats handicapés et les autres candidats, en donnant une base légale à l'aménagement des conditions d'examen.

Ces aménagements peuvent consister dans l'attribution d'aides techniques ou humaines pour le déroulement des épreuves, une majoration du temps imparti pour les épreuves (d'un tiers du temps prévu), la conservation des notes sur cinq années, l'étalement de la passation des épreuves et l'adaptation ou la dispense de certaines épreuves.

Pour les devoirs d'évaluation et de contrôle ordinaires, c'est avec les enseignants, le chef d'établissement ou le directeur d'école, que sont recherchés des assouplissements des règles habituellement suivies.

♦ **Les transports spécialisés**[19]

Pour les élèves en situation de handicap qui présentent un certain taux d'incapacité (apprécié selon un guide barème réglementaire), un transport individuel adapté peut être mis en place pour la durée de l'année scolaire. Chaque élève handicapé, lorsqu'il remplit ces conditions, bénéficie de la prise en charge des frais de transport liés à la fréquentation d'un établissement scolaire. Si la famille assure elle-même le transport de l'élève, elle peut bénéficier d'une indemnisation sous réserve des mêmes conditions.

♦ **L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé**[20]

L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) est une prestation familiale versée par la sécurité sociale, destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant reconnu en situation de handicap. Elle succède à l'Allocation d'Education Spécialisée (AES) et peut être attribuée, comme la précédente, selon un certain taux d'incapacité.

Elle est actuellement composée d'une allocation de base à laquelle peut être ajouté un complément (sous certaines conditions). Elle peut permettre par exemple de mettre en place pour l'enfant une aide aux devoirs à la maison.

2. Lorsque la scolarisation individualisée n'est pas ou plus possible : quelles orientations ?

Lorsque les exigences de la scolarisation individualisée sont trop contraignantes pour l'élève, que les actions de prévention, d'aide et de soutien et l'allongement des cycles n'ont pu remédier aux difficultés scolaires, l'élève peut être orienté vers une classe « spécialisée » du milieu scolaire ordinaire, ou, en cas de troubles très invalidants, vers un établissement spécialisé.

2.1 Le redoublement

Dans l'enseignement primaire, une prolongation de cycle peut être proposée en fin du cycle des apprentissages fondamentaux (CE1) ou de celui des approfondissements (CM2), s'il apparaît que l'élève ne maîtrise pas les compétences de bases propres à chacun de ces cycles.

Au collège, les décisions d'orientation, donc de passage ou redoublement, sont prises à la fin du cycle d'accueil et d'intégration (6ème), du cycle central (4ème) et du cycle d'orientation (3ème). Aux autres niveaux, un redoublement peut être indiqué mais suppose l'accord de la famille.

Durant sa scolarité un élève ne peut en principe redoubler qu'une seule classe sur le primaire et une seule sur le secondaire. Un second redoublement peut cependant être décidé dans certains cas particuliers et dans les situations de handicap.

Prolonger à nouveau un cycle peut être bénéfique pour un enfant s'il a réellement des chances de pouvoir suivre une scolarité ordinaire en école élémentaire ou en collège, mais les enfants vivent généralement assez mal le décalage des âges et certains, en réaction, peuvent manifester des troubles du comportement.

2.2 Les structures d'adaptation et d'intégration collectives

Il existe différentes structures dans le primaire et le secondaire qui permettent à l'élève connaissant des difficultés graves et persistantes de suivre en milieu ordinaire un enseignement plus adapté à ses besoins.

Une orientation vers des structures d'enseignement adapté relève de la compétence de l'Inspecteur d'Académie, directeur des services départementaux de l'Education Nationale, après avis d'une commission départementale d'orientation. Ces structures peuvent également accueillir de jeunes handicapés avec un contrat d'intégration.

L'orientation vers les classes ou unités dites « d'intégration » se fait sur décision de la MDPH, et plus exactement de la CDA, puisqu'elles n'accueillent que des élèves en situation de handicap.

2.2.1 Les structures d'adaptation et d'intégration du primaire

Les différentes structures que nous allons décrire existent dans l'enseignement public et l'enseignement privé.

♦ **Les classes et regroupements d'adaptation : CLAD[3]**

Ces structures ont vocation à disparaître, du moins dans l'enseignement public, progressivement remplacées par les classes d'intégration scolaire appelées CLIS (voir ci-dessous).

Ces classes et regroupements d'adaptation ont été définis lors de la mise en place et de l'organisation des réseaux d'aides spécialisées.

Les classes sont destinées à des élèves en grande difficulté d'apprentissage et sont prises en charge par un maître d'adaptation, un maître E, qui apporte des aides spécialisées à dominante pédagogique.

Une CLAD fonctionne comme un groupe classe permanent à effectif réduit, quinze élèves au maximum. Les élèves y ont le maître spécialisé pour référent essentiel même si un décloisonnement pour un temps limité les met en contact avec une autre classe. Ils n'y séjournent pas plus d'une année, l'objectif étant le retour dans l'enseignement ordinaire.

Le regroupement d'adaptation n'accueille pas de manière permanente un nombre déterminé d'élèves. Les enfants ont tous une difficulté précise. On fréquente le groupe d'adaptation pour une activité particulière, par exemple la lecture.

♦ **Les classes d'intégration scolaire : CLIS[3]**

Les classes d'intégration scolaire ont pour vocation l'intégration collective d'enfants en situation de « handicap », afin de leur permettre de suivre en milieu ordinaire une scolarité adaptée à leur âge et à leurs capacités, à la nature et à l'importance de leur handicap.

Elles permettent l'accueil dans une école primaire ordinaire, d'un petit groupe d'enfants (de 6 à 11 ans) limité à douze élèves nécessitant un enseignement adapté (dispensé par un instituteur ou professeur des écoles spécialisé).

L'intégration en CLIS permet à la fois une prise en charge pédagogique et éducative adaptée et une participation à la vie d'une école, voire la réintégration progressive de l'enfant dans une classe ordinaire si son évolution le permet. Chaque élève scolarisé en CLIS peut en effet bénéficier, selon ses possibilités, de temps d'intégration individuelle dans les classes ordinaires où il peut effectuer des apprentissages scolaires à un rythme proche de celui des autres élèves.

L'enseignant spécialisé peut se faire aider d'un auxiliaire de vie scolaire AVS-co (aide d'intégration collective).

La plupart des enfants scolarisés en CLIS bénéficient d'un suivi par un service d'éducation spéciale et de soins. Cet accompagnement est préconisé par la circulaire du 30 avril 2002[3] qui observe que pour les élèves scolarisés en CLIS, leur progression optimale implique qu'ils puissent bénéficier d'accompagnements éducatifs, rééducatifs ou thérapeutiques. Pour cela le travail effectué dans ces classes d'intégration doit être soutenu par l'action des services médico-éducatifs.

Il existe d'ailleurs des CLIS/SESSAD fondées sur un partenariat étroit entre l'école et le service de soins qui intervient auprès des enfants. Ces CLIS ne reçoivent donc que des enfants pris en charge par un même SESSAD, ce qui permet d'unifier les actions pédagogiques, éducatives et thérapeutiques non seulement auprès de chaque enfant, mais aussi au niveau du groupe classe. Le SESSAD se situe généralement dans les locaux même de l'école avec des prises en charge quotidiennes dispensées sur place aux élèves de la CLIS.

Il existe différentes catégories de CLIS, spécialisées par types de troubles :

- CLIS 1 : Elles ont vocation à accueillir des enfants présentant des troubles importants des fonctions cognitives qui peuvent avoir des origines et des manifestations très diverses (retard mental global - difficultés cognitives électives - troubles psychiques graves - troubles graves du comportement…) ;
- CLIS 2 : Ces classes sont destinées aux enfants présentant une déficience auditive grave ou une surdité ;

- CLIS 3 : Elles accueillent des enfants souffrant d'une déficience visuelle grave ou d'une cécité ;

- CLIS 4 : Elles concernent les enfants présentant une déficience motrice ou des difficultés d'apprentissage en liaison avec une maladie chronique invalidante.

Si les CLIS se distinguent par leur spécialisation, les regroupements d'élèves au sein de ces classes se font davantage à partir de leurs besoins éducatifs spécifiques. Chaque CLIS s'organise normalement autour d'un projet pédagogique élaboré pour des enfants présentant des besoins du même ordre.

La circulaire précitée du 30 avril 2002 indique que, pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage, ce dispositif collectif de scolarisation doit être structuré autour d'un projet pédagogique précis, élaboré pour des enfants présentant des besoins éducatifs suffisamment proches. Le plan d'action interministériel (2001) désigne la CLIS 1 comme étant la plus adaptée pour organiser ce projet pédagogique au bénéfice des enfants souffrant de ces troubles. Ce n'est pas une homogénéité qui est recherchée mais une compatibilité des besoins des élèves et des objectifs d'apprentissage qui rende possible une véritable dynamique pédagogique.

La CLIS 2, spécialisée dans l'accueil des déficients auditifs, et dont l'action pédagogique privilégie le développement de la communication, peut accueillir des enfants dysphasiques (il existe des partenariat entre ces CLIS et des instituts pour personnes sourdes ou malentendantes). La présence de troubles associés, comme les troubles psychomoteurs, peuvent parfois compliquer le choix de l'orientation.

Quelques CLIS spécifiques « troubles du langage » ont été mises en place dans de grandes villes offrant un échantillon de population d'âge scolaire important. Mais il s'agit encore de rares expériences.

Il existe dans l'enseignement privé des classes adaptées constituées d'un groupe homogène d'enfants atteints de troubles langagiers sans qu'elles ne soient constituées en CLIS donc ne dépendant pas de la MDPH. L'enseignement privé bénéficie en effet d'une certaine liberté de manœuvre.

2.2.2 Les structures d'adaptation et d'intégration du secondaire

♦ Les structures d'enseignement général et professionnel adapté : SEGPA et EREA[21]

Les Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA) sont des structures adaptées de l'Education Nationale. Elles accueillent des élèves présentant des difficultés scolaires importantes et durables, auxquelles n'ont pu remédier les actions de prévention, d'aide et de soutien, et l'allongement des cycles, et qui ne sont donc pas en mesure de suivre une scolarité ordinaire en collège.

Les enseignements, conjuguant des enseignements adaptés généraux et professionnels, sont assurés par des enseignants spécialisés titulaires du CAPA-SH ou du 2CA-SH, des professeurs de lycées professionnels et des professeurs de collège (pour certaines disciplines).

Les collégiens qui reçoivent un enseignement adapté participent comme tous les autres collégiens à la vie de l'établissement et aux activités communes du collège. Ils peuvent également recevoir des enseignements répondant à leurs besoins en dehors de leur groupe classe.

Les Etablissements Régionaux d'Enseignement Adapté (EREA) accueillent en général, parfois en internat, des élèves qui ont des difficultés comparables à celles des élèves de SEGPA, et les textes réglementaires dont ils relèvent sont les mêmes. Mais une SEGPA est une section rattachée à un collège alors qu'un EREA est un établissement autonome géré par la région.

Ces structures n'ont en principe pas vocation à accueillir des élèves au seul titre de troubles du comportement ou de difficultés directement liées à la langue française (donc de langage). Mais les places en structures plus adaptées aux troubles spécifiques du langage (comme peuvent l'être certaines unités pédagogiques d'intégration) sont « chères » et les élèves atteints de ces troubles peuvent se retrouver placés dans les SEGPA composées d'une population très hétérogène éprouvant généralement un intérêt

limité pour les apprentissages. Le rapport IGAS/IGEN (2002) indique que seules quelques sections, sous le nom de SEGPA, accueillent en fait des enfants de bon niveau intellectuel dont l'échec scolaire est la conséquence des seuls troubles complexes du langage. Elles ne suivent pas strictement les instructions réglementaires mais rendent néanmoins de grands services.

♦ Les Unités Pédagogiques d'Intégration : UPI[22]

Certains collèges disposent d'unités pédagogiques d'intégration qui, dans le prolongement des CLIS, permettent d'accueillir collectivement des élèves qui ne peuvent suivre une scolarisation individualisée dans le second degré.

L'organisation et le fonctionnement de ces dispositifs, dont l'effectif est généralement limité à dix élèves, sont adaptés aux particularités de chaque déficience.

Encadrés par un enseignant spécialisé, les élèves peuvent recevoir un enseignement adapté qui met en œuvre les objectifs prévus par le PPS, incluant autant qu'il est possible des plages de participation aux activités de la classe de référence de l'enfant, parmi les classes du collège.

Comme dans les CLIS (structures du premier degré), les élèves peuvent bénéficier de l'aide d'un auxiliaire de vie scolaire (AVS-co) et sont pour la plupart accompagnés par un SESSAD.

On distingue deux grandes catégories d'UPI : celles pour les élèves présentant des déficiences sensorielles et motrices, et celles pour des enfants présentant des troubles importants des fonctions cognitives. Mais comme nous l'avons vu pour les CLIS, chaque unité a sa spécificité et se structure autour d'un projet éducatif et pédagogique précis devant suffire à définir la population accueillie.

Dans l'enseignement privé, au niveau du secondaire, il existe des classes adaptées non constituées en UPI, accueillant des collégiens souffrant de troubles spécifiques du

langage oral, ou des enfants présentant des troubles dyslexiques (comme pour le primaire).

2.3 Les établissements spécialisés

Quand la situation de l'enfant ou de l'adolescent exige des soins particuliers et importants, une orientation vers un établissement spécialisé peut lui offrir une prise en charge scolaire, éducative et thérapeutique équilibrée.

L'appellation « établissement spécialisé » recouvre plusieurs types d'institutions accueillant des enfants ou adolescents malades, handicapés ou bien en difficulté scolaire ou sociale :

- les établissements à caractère sanitaire accueillent les enfants et adolescents malades ;
- les établissements de santé et les maisons d'enfants, publics ou privés, sont spécialisés chacun dans le traitement d'un type de pathologie mentale ou physique et peuvent organiser une scolarité avec accord de l'Education nationale ;
- les établissements médico-sociaux publics ou privés accueillent les jeunes handicapés. Ce sont des établissements spécialisés dans la prise en charge d'un type de handicap et certains sont en mesure d'accueillir des enfants ou adolescents atteints de troubles sévères du langage ;
- les Instituts Médico-éducatifs (IME) accueillent, en internat ou externat, des enfants et adolescents déficients intellectuels, quel que soit le degré de leur déficience ;
- les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques de rééducation (ITEP) concernent les jeunes souffrant de troubles de la conduite et du comportement ;
- les établissements d'éducation spéciale pour polyhandicapés ;
- les instituts d'éducation sensorielle, pour handicap visuel ou auditif, qui portent des noms variables ;
- les établissements pour infirmes moteurs.

Certains établissements accueillant des enfants souffrant de déficiences intellectuelles, de troubles du comportement ou de déficiences auditives ont créé des sections bénéficiant parfois d'un agrément de la DASS pour quelques places de troubles

complexes du langage. Le rapport IGAS/IGEN (2002) constate cependant qu'ils accueillent le plus souvent ces enfants sans agrément spécifique.

♦ **En ce qui concerne la scolarité**

Ces établissements comportent le plus souvent une section d'éducation et d'enseignement spécialisés (SEES) assurant les apprentissages scolaires. L'enseignement y est dispensé par des enseignants spécialisés de l'enseignement public ou privé sous contrat.

Le nombre d'enseignants et l'organisation de la scolarité peuvent varier considérablement d'un établissement à l'autre, mais dans tous les cas, le travail des enseignants s'effectue en référence aux programmes officiels dans le cadre d'une pédagogie adaptée.

Leur action s'inscrit dans le projet global de l'établissement, en complémentarité des actions éducatives et thérapeutiques qui sont également proposées.

Dans certains cas, il peut arriver que l'établissement propose des actions d'intégration dans les établissements scolaires de proximité. Le directeur de l'établissement assure alors, en liaison avec le directeur d'école ou le chef d'établissement du collège, le suivi du projet individuel de l'enfant ou de l'adolescent.

On peut également trouver une classe d'un IME installée dans une école ou un collège, une classe « intégrée », qui recherche un fonctionnement proche de celui d'une CLIS ou d'une UPI. Les enfants fréquentent alors l'établissement spécialisé pour les soins, la rééducation, les loisirs et les journées non scolaires.

♦ **Au niveau des soins**

Outre l'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances scolaires, les enfants et adolescents bénéficient dans ces établissements d'un accompagnement médical et paramédical. Cet accompagnement peut comporter un suivi médical régulier, un soutien psychologique ou une psychothérapie, des suivis thérapeutiques divers

(orthophonie, psychomotricité, orthoptie, ergothérapie...). Toutes ces interventions sont proposées par l'équipe médicale dans le cadre d'un projet individuel, selon les besoins de l'enfant.

Peut être rattaché à l'établissement un service d'éducation spéciale et de soins à domicile, ce qui facilite les conventions avec les établissements scolaires dans le cas d'une intégration scolaire individualisée.

Selon le rapport IGAS/IGEN (2002), les apports d'une éducation spécialisée qui prend l'enfant dans sa globalité en tenant compte des effets de sa déficience sur l'adaptation de la pédagogie, mais aussi des contraintes du soin et de la rééducation dans l'organisation des rythmes scolaires sont certains. Les enfants sont souvent réconfortés par la vie en communauté avec des enfants qui ont aussi une déficience.

Mais, toujours selon ce rapport, la spécialisation peut créer un effet de filière : un enfant reconnu en situation de handicap et scolarisé en établissement spécialisé aura souvent pour seul horizon l'institut médico-éducatif, puis l'institut médico-professionnel lequel débouche généralement sur une activité professionnelle en structure protégée. Cette perspective de filière est bien souvent une grande inquiétude pour les parents.

Néanmoins ce même rapport souligne que dans le secteur des troubles du comportement comme dans celui des déficits sensoriels, les établissements spécialisés ont beaucoup évolué vers des projets d'intégration en milieu ordinaire.

3. L'accompagnement thérapeutique hors du cadre scolaire

Les soins et rééducations qui sont nécessaires aux enfants souffrant de troubles du langage peuvent être dispensés par d'autres dispositifs que le service de soins spécialisés intervenant dans l'enceinte même de l'école, les parents restant libres de choisir les professionnels soignants de leur enfant.

Dans la majorité des cas d'ailleurs, cet accompagnement précède le suivi par un service de soins. Les places y sont en effet limitées et leur attribution demande un certain délai.

Les praticiens libéraux (principalement les orthophonistes), les services hospitaliers, les centres médico-psychologiques et les centres médico-psycho-pédagogiques prennent en charge des enfants et adolescents souffrant de troubles du langage.

3.1 Le secteur libéral

Le secteur libéral, et principalement les orthophonistes, accueille la plupart des enfants atteints de troubles spécifiques du langage.

3.1.1 Les orthophonistes

L'orthophoniste entreprend une rééducation sur prescription médicale basée sur la nature du traitement et le nombre des séances nécessaires qu'il aura indiqués, ces séances étant remboursées à 60% par les caisses d'assurance maladie.

La liste complète des actes professionnels attribués aux orthophonistes est consignée dans la nomenclature des actes professionnels qui précise la cotation en AMO de chaque acte orthophonique (bilan et rééducation). Ces actes concernent les anomalies de l'expression orale ou écrite, les pathologies oto-rhino-laryngologiques et les pathologies neurologiques.

A partir des éléments de l'anamnèse, d'épreuves spécifiques et d'une observation clinique, l'orthophoniste réalise une évaluation du langage afin de pouvoir mettre en place une rééducation adaptée (cela vaut pour tout orthophoniste, qu'il exerce en libéral ou en institution). Une bonne compréhension du ou des troubles doit permettre d'établir les axes de rééducation les plus ciblés et les plus performants possible.

Quel que soit le lieu de prise en charge, la rééducation des troubles spécifiques du langage doit être intensive et envisagée sur un long terme. Nous verrons que l'intensification de cette rééducation est souvent préconisée par le Centre du Langage de Nantes.

3.1.2 Les psychologues et psychothérapeutes

Nous avons vu que le trouble du langage dysphasique ou dyslexique ne se présente généralement pas de façon isolée. Il est notamment souvent associé à des troubles affectifs et/ou comportementaux. Ces troubles, s'ils ne sont pas pris en charge, peuvent perturber le déroulement de la prise en charge orthophonique.

Les psychologues cliniciens et les psychothérapeutes prennent en charge les troubles et les déficiences d'ordre comportemental, psychique ou émotionnel.

Mais la participation des psychologues et psychothérapeutes libéraux à toute prise en charge se heurte à une difficulté d'ordre financier. Les actes qu'ils effectuent en libéral ne font l'objet d'aucun remboursement par l'assurance maladie. Ceci pénalise certaines familles dont les ressources ne leur permettent pas de s'engager dans les dépenses régulières.

En revanche tous ces actes, dès lors qu'ils sont pratiqués en institution, sont pris en charge, ce qui pousse les patients vers les consultations publiques.

3.1.3 Les psychomotriciens

Les troubles de motricité, les difficultés d'orientation spatio-temporelle, mais aussi les troubles attentionnels et les troubles du comportement peuvent justifier un suivi en psychomotricité, prestation paramédicale centrée sur le comportement et ciblée sur le corps en mouvement.

Le domaine de la psychomotricité, selon C.BALLOUARD (2006), est celui de la vie psychique à travers et par la mise en œuvre du corps en mouvement, en expression et en relation. Son champ d'application comprend pour l'essentiel les troubles qui s'expriment par des perturbations psychomotrices d'une part, et ceux pour lesquels

l'approche par le corps paraît la seule possible ou la meilleure à un moment précis d'autre part.

Mais comme pour les psychologues et les psychothérapeutes, les actes de psychomotricité effectués en libéral ne font généralement l'objet d'aucun remboursement par l'assurance maladie.

3.1.4 Les orthoptistes

La rééducation des troubles oculo-moteurs se fait sur prescription médicale et est prise en charge à 60% par l'assurance maladie. Le plus souvent la rééducation rétablit ou améliore l'équilibre et l'efficacité de la vision. Elle prévient parfois une aggravation et limite la gêne fonctionnelle dans la vie quotidienne.

3.2 Les consultations hospitalières

Certains services hospitaliers peuvent proposer différentes prises en charge selon l'âge de l'enfant et la nature de ses troubles (orthophonie, suivi psychologique, psychomotricité…). Des ateliers « groupes » peuvent être proposés sur différents thèmes comme la parole, le langage, la mémoire, le dessin…

3.3 Les Centres Médico-Psychologiques (CMP)

Il s'agit de dispensaires du secteur de psychiatrie infanto-juvénile, donc hospitalier, qui assurent des actions de prévention, de diagnostic et de soins en santé mentale, destinées à des nourrissons enfants ou adolescents souffrant de difficultés psychologiques ou psychiatriques.

La composition et la pratique des équipes offertes par les centres médico-psychologiques ne les destinaient pas en priorité à la prise en charge des troubles spécifiques du langage, mais de plus en plus de CMP accueillent les enfants atteints de

ces troubles. L'équipe pluridisciplinaire se compose de médecins pédopsychiatres, de psychologues, de psychomotriciens, d'assistants sociaux, d'infirmiers, d'orthophonistes, d'éducateurs et d'instituteurs spécialisés.

Des prises en charge individuelles peuvent être proposées dans différents domaines, ou des ateliers « groupes » animés par différents thérapeutes, avec l'avantage d'une coordination des différents suivis au sein d'un même établissement.

Les frais de transport liés à la fréquentation du centre peuvent être pris en charge par les caisses d'assurance maladie sous certaines conditions (cela vaut également pour les CMPP).

3.4 Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)

Les CMPP sont pour la plupart des structures associatives conventionnées par la sécurité sociale. Cette structure a pour rôle le diagnostic et le traitement des enfants ou adolescents de six à dix-huit ans dont l'inadaptation est liée à des troubles neuropsychiques ou à des troubles du comportement, et susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapeutique. La philosophie des CMPP repose principalement sur les apports de la psychologie, de la psychanalyse et de la pédagogie.

Ils allient dans le cadre d'actions ambulatoires de prévention et d'intégration, des techniques psychothérapeutiques et rééducatives. Leur équipe se compose de médecins, psychologues, assistantes sociales, orthophonistes, psychomotriciens et d'enseignants spécialisés. Plusieurs types d'aides peuvent donc être proposés selon les besoins de l'enfant.

Les problèmes soulevés par la multitude des prises en charge que peuvent nécessiter les enfants concernés et le non remboursement des séances de psychomotricité et de soutien ou suivi psychologique en secteur libéral amènent de nombreuses familles vers ces structures qui offrent un lieu unique de prises en charge et une coordination des soins.

3.5 Le problème des doubles prises en charge

La prise en charge par un CMPP empêche en principe le recours conjoint à un orthophoniste libéral. De même, le coût d'un placement en SESSAD ou établissement spécialisé étant extrêmement élevé, les séances en CMPP ou en libéral ne peuvent être prescrites pour un enfant bénéficiant par ailleurs soit d'un enseignement spécialisé en institut, soit d'une intégration scolaire avec un suivi par un service de soins.

Mais dans la pratique, et selon ce que préconisait le rapport IGAS/IGEN (2002), les doubles voire parfois triples prises en charge sont parfois admises par les caisses d'assurance maladie. Ces admissions se font au cas par cas et varient d'une caisse à l'autre.

Lorsque différentes prises en charge coexistent, que les prestations de soins soient dispensées par un service de soins et/ou des dispositifs extérieurs à l'école, il va s'agir d'établir un processus cohérent autour de l'enfant fragilisé par sa problématique, et ce avec sa famille.

4. Un nécessaire partenariat entre les divers intervenants

Du côté des professionnels du handicap, les termes « travail en réseau », « partenariat » sont devenus incontournables. Chaque intervenant doit prendre en compte la manière dont son intervention interfère avec d'autres et comment elle s'inscrit dans la situation de l'enfant.

Il est nécessaire que les professionnels concernés par la prise en charge d'un enfant atteint de troubles spécifiques du langage (équipe enseignante et équipe soignante) se connaissent et se rencontrent régulièrement, de façon à mettre au point un projet sur mesure, adapté à la situation de l'élève et dans le respect des contraintes propres aux uns et aux autres. Différents dispositifs permettent d'établir ce partenariat, clé d'une prise en charge efficace.

4.1 Récapitulatif des différents dispositifs pouvant articuler scolarité et soins

Nous avons vu dans notre partie sur la scolarité que différents projets permettaient d'articuler les différentes prises en charge pédagogiques, médicales ou paramédicales.

Les équipes éducatives participent à ce partenariat en réunissant les divers professionnels (enseignants et thérapeutes) pour débattre des aides pédagogiques et des soins à coordonner.

Le projet d'accueil individualisé (PAI) coordonne les différentes interventions dont peut bénéficier l'élève « malade », et suit ce dernier pendant toute sa scolarité dans l'école ou le collège. Il est donc un outil important qui permet aux différents professionnels, notamment ses enseignants successifs, de connaître les difficultés et les besoins de l'enfant.

Le projet personnalisé de scolarisation (PPS), lorsque le handicap de l'enfant est reconnu, coordonne le déroulement de la scolarité avec les mesures permettant l'aménagement et l'accompagnement de celle-ci.

Mais en dehors du handicap reconnu, dans le schéma habituel d'une scolarisation classique avec une prise en charge en libéral (cas le plus fréquent), cette collaboration dépend de la volonté et de l'initiative des professionnels. Selon le rapport IGAS/IGEN (2002), l'organisation des projets individualisés est laissée aux initiatives individuelles sans formalisation ou reconnaissance des pratiques allant vers le partage des informations et des connaissances.

C'est pour relayer cette volonté que le plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique a sollicité l'identification au sein de chaque département, d'un réseau de professionnels de santé libéraux compétents pour le suivi des prises en charge en lien avec les centres référents du langage.

4.2 Une organisation des professionnels en réseau

Suite à la création récente des centres référents relatifs aux troubles du langage, il est apparu important de formaliser l'articulation de l'étape diagnostique avec la prise en charge rééducative et pédagogique, par la création de réseaux de santé réunissant professionnels de la santé et de l'éducation. L'objectif était de développer, sous l'impulsion des centres référents, un partenariat actif entre les différents acteurs du domaine médical, social et éducatif.

Le rapport IGAS/IGEN de janvier 2002 soulignait la nécessité, pour la prise en charge des troubles complexes du langage, d'un projet individuel pour chaque enfant, coordonné par un référent participant à un réseau de soins.

En Loire-Atlantique le Centre du Langage est entré en fonctionnement en 2002, et le « réseau DYS pays de Loire », dans les deux années qui ont suivi, en partenariat avec ce centre référent.

CHAPITRE 3 - LE CENTRE DU LANGAGE DE NANTES

Les budgets pour la mise en fonctionnement du centre référent du langage de Nantes ont été accordés début 2002 et ce centre est l'un des premiers à s'être mis en place.

Toutefois, avant que l'administration centrale n'incite les services hospitaliers à se mobiliser en tant que référents, des équipes multidisciplinaires s'étaient constituées dans certains d'entre eux. La démarche de « reconnaissance » de centres référents est donc venue dans certains cas labelliser et renforcer des pratiques existantes. C'est dans le cadre du service de phoniatrie qu'étaient accueillis, à Nantes, les enfants souffrant de troubles du langage.

Le centre n'a pas vocation à recevoir en bilan toutes les difficultés de langage quelle qu'en soit l'origine. Il est un centre de recours de seconde intention pour les cas complexes qui stagnent en dépit d'une rééducation régulière depuis plusieurs mois.

Il accueille les enfants de Loire Atlantique, mais également ceux hors département dans une mission d'expertise des troubles.

Au niveau de son organisation, le Centre du Langage de Nantes est financé pour 4,5 équivalents temps plein qui se détaillent de la manière suivante :

1 temps plein médical réparti entre deux médecins phoniatres et un neuropédiatre ;
1,5 temps plein de neuropsychologie réparti sur deux professionnels ;
0,7 temps plein d'orthophonie réparti entre deux thérapeutes ;
0,5 temps plein de psychomotricité pour un professionnel ;
0,8 temps plein pour le secrétariat.

A cette équipe pluridisciplinaire se rajoute une enseignante spécialisée dont le temps plein est financé par l'Education nationale.

Enfin, la direction de ce centre est assurée par l'un des deux médecins phoniatres.

1. De la demande de consultation à la consultation d'accueil

Plusieurs étapes vont permettre de déterminer quels sont les enfants qui seront reçus en consultation d'accueil, et parmi eux, seulement certains d'entre eux seront orientés pour un bilan pluridisciplinaire.

Du premier contact téléphonique à la consultation d'accueil, plusieurs étapes vont se succéder, qui vont permettre de repérer les enfants susceptibles de présenter des troubles spécifiques du langage.

Les éléments recueillis dans le cadre de la consultation d'accueil vont confirmer ou non cette suspicion et orienter, dans l'affirmative, vers les investigations complémentaires nécessaires.

1.1 La constitution du dossier de demande de consultation

Les modalités décrites ci-après sont évolutives et régulièrement réadaptées à la situation.

Comme nous l'avons dit précédemment, le centre du langage est un centre de recours de seconde intention, c'est-à-dire qu'il ne reçoit en bilans que les enfants présentant des troubles complexes du langage qui n'évoluent pas favorablement malgré une prise en charge orthophonique. Pour pouvoir bénéficier d'une consultation au centre, l'enfant doit donc être suivi sur un plan orthophonique et ce depuis un an minimum, pour permettre un certain recul évolutif.

Dans un premier temps, ce sont les parents qui doivent prendre contact avec le centre. Cette première démarche peut venir de leur propre initiative ou se faire sur le conseil de l'école, de l'orthophoniste de leur enfant ou de leur médecin. Ils adressent une lettre exposant les motifs de leur demande à laquelle doit être joint un courrier de l'orthophoniste de leur enfant pouvant évoquer une suspicion de troubles dysphasiques ou dyslexiques.

Les premiers courriers font l'objet d'un examen attentif et d'un premier tri par deux ou trois professionnels de l'équipe pluridisciplinaire. Les enfants qui d'emblée ne semblent pas présenter de troubles spécifiques peuvent être orientés en phoniatrie ou selon la nature de leurs troubles vers un autre service ou une autre institution telle qu'un CMP ou un CMPP.

Pour les enfants dont les troubles décrits peuvent faire suspecter un trouble spécifique du langage, le centre envoie trois dossiers (aux parents, à l'orthophoniste et à l'école ou au collège). Un quatrième dossier peut être envoyé au psychologue dans le cas d'un suivi psychothérapeutique de l'enfant ou d'une évaluation préalable par un psychologue.

♦ **Dans le dossier adressé à la famille**, divers renseignements sont demandés :

- quelle est la personne à l'origine de la demande ;
- quelles sont les raisons de cette demande et de quand datent les premières inquiétudes ;
- comment se sont passées les premières étapes du développement de l'enfant (marche, sommeil, alimentation, langage) ;
- s'il y a eu des problèmes sur le plan médical ;
- s'il y a des antécédents de troubles d'apprentissage dans la famille ;
- les éventuels suivis thérapeutiques et/ou pédagogiques ;
- comment s'est déroulée la scolarité sur les cinq dernières années ;
- comment se passent les temps de devoirs à la maison ;
- comment sont les relations de l'enfant au sein de sa famille et à l'extérieur.

♦ Il est demandé à **l'orthophoniste** de joindre au dossier qui lui est destiné le dernier bilan datant de moins de six mois, soit un bilan d'évolution. Il doit indiquer dans son dossier :

- depuis combien de temps il suit l'enfant et à quelle fréquence ;
- quels éléments de l'anamnèse il juge comme déterminants ;
- quels bilans ont été utilisés et quels sont les résultats des différents tests ;
- les éventuels facteurs associés et marqueurs de déviance relevés ;

- s'il a pu noter une amélioration ou une stagnation, voire une régression de l'enfant ;
- quels modalités ou supports paraissent efficaces ou inefficaces avec l'enfant ;
- si un trouble spécifique est suspecté.

♦ Le troisième document « **observation pédagogique** » explore le déroulement de la scolarité antérieure (redoublements, changements d'établissements scolaires éventuels) et celui de la scolarité actuelle (problèmes soulevés par l'enfant, soutien scolaire, entretiens avec un psychologue scolaire…).

Le ou les enseignants doivent indiquer quelles sont les aptitudes et les difficultés de l'enfant selon les disciplines, quel est son comportement à l'école, quelles seraient selon eux les solutions envisageables pour remédier aux difficultés de cet enfant et éventuellement l'orientation à prévoir.

Les enfants dont les dossiers ont été retournés au Centre du Langage sont alors ultérieurement accueillis en consultation d'accueil.

1.2 La consultation d'accueil

Dans le cadre de cette première consultation, le médecin va recueillir les premiers éléments qui vont lui donner une vision globale de l'enfant. Il peut effectuer un examen ORL, observer l'enfant et effectuer un premier bilan. Ce sont les informations fournies par les parents, celles qu'apportent l'observation de l'enfant et les résultats des premières épreuves réalisées qui vont permettre de confirmer le trouble, de faire une première évaluation de sa gravité et de décider de la nécessité ou non de procéder à des investigations complémentaires.

La présence des deux parents est souhaitée pour ce premier entretien afin de mieux cerner l'environnement familial et socioculturel de l'enfant. L'entretien avec les parents, surtout quand l'enfant est jeune, a une grande importance pour l'évaluation des capacités d'expression. Par contre, comme le souligne C.CHEVRIE-MULLER (2000), on doit accueillir avec réserve les affirmations concernant le degré de compréhension du

langage. Il comprend tout signifie souvent que l'enfant saisit les « situations » appartenant à la routine de la vie quotidienne ou des gestes ou mimiques associés au discours de l'adulte.

Il s'agit de recueillir toutes les informations utiles sur le contexte passé et présent dans lequel on peut situer le trouble du langage et qui peuvent éventuellement l'expliquer. Il paraît indispensable de prendre en compte le contexte psycho-affectif et socio familial dans lequel l'enfant se développe et communique, la façon dont ses parents réagissent à ses difficultés de langage.

Le développement de l'enfant est en effet la résultante de l'interaction entre ses capacités potentielles et l'influence de son environnement, et une insuffisance ou une perturbation de stimulations sensorielles ou affectives peuvent avoir comme conséquence un retard du développement dans les domaines cognitifs donc dans celui du langage.

Tout en observant le comportement communicationnel et psychomoteur de l'enfant durant l'entretien, le médecin recueille donc auprès des parents les informations médicales (déroulement de la grossesse et de l'accouchement, maladies éventuelles de l'enfant, examens réalisés sur le plan audiométrique et ophtalmologique), les informations concernant son développement psychomoteur (global, manuel, oro-facial) et langagier (âge des premiers mots et des premières phrases).

Des renseignements sont également pris sur le comportement de l'enfant à la maison et à l'école, le déroulement de sa scolarité, les éventuelles prises en charge thérapeutiques, la fratrie, et sur les éventuels antécédents familiaux de troubles d'apprentissage. L'enfant, s'il est en mesure de le faire, peut s'exprimer sur ses difficultés.

Le médecin fait ensuite passer à l'enfant quelques tests notamment de langage oral et écrit (selon l'âge de l'enfant). L'attention de l'enfant et certaines de ses praxies peuvent également être testées.

Si à l'issue de cet entretien la suspicion d'un trouble spécifique est confirmée, un ou plusieurs rendez-vous sont fixés pour effectuer les bilans orthophonique et

neuropsychologique. Ces bilans sont programmés sur deux ou trois journées dans une même semaine et font l'objet d'une réunion de synthèse la semaine suivante, avant la restitution des résultats aux parents.

Dans ce cadre, ces deux bilans sont nécessaires et systématiques. Ils seront, si besoin est, complétés par d'autres investigations dont certaines seront conduites au sein du Centre du Langage.

2. Le bilan pluridisciplinaire

2.1 Pourquoi un bilan pluridisciplinaire ?

Rappelons que le champ d'action des textes à l'origine des centres référents concerne des troubles spécifiques, à savoir des troubles considérés comme primaires dont l'origine, supposée développementale, est indépendante du contexte socio culturel et d'une déficience avérée sensorielle, motrice, mentale ou psychique. Le diagnostic de ces troubles est donc notamment un diagnostic par exclusion qui ne peut être posé que sur élimination des causes précitées.

A propos de l'évaluation des troubles du langage oral, M.MAZEAU (2003) indique que lorsque des inquiétudes surgissent chez un enfant, les questionnements doivent s'ordonner selon une certaine logique :

- il faut s'assurer que les anomalies de langage constatées soient bien du domaine de la pathologie et non des variations individuelles importantes mais banales. Il faut donc authentifier le trouble par des tests étalonnés de langage ;

- il faut établir que ces anomalies développementales concernent électivement les fonctions linguistiques et non pas l'ensemble des fonctions intellectuelles. Les tests psychométriques vont permettre d'affirmer la spécificité du trouble et de relever les troubles associés ;

- puis le diagnostic différentiel doit permettre d'écarter une éventuelle cause sensorielle, psycho-affective, neurologique. dans les anomalies du développement du langage chez l'enfant, ou tout du moins de considérer que cette ou ces causes ne peuvent à elles seules rendre compte du tableau clinique observé ;

- il faut enfin, au sein du groupe des dysphasies, établir un diagnostic précis afin de proposer une stratégie de rééducation bien ciblée et efficace, et éventuellement une orientation adaptée.

Cette chronologie reprend les trois étapes décrites par C.L GERARD (1994) dans le diagnostic d'une dysphasie, à savoir : un examen standardisé du langage dans tous ses aspects ; le diagnostic différentiel par exclusion qui va permettre d'éliminer une autre pathologie dont la manifestation se retrouve dans le langage et qui nécessite un certain nombre d'examens complémentaires ; le diagnostic positif qui vise à mettre en évidence les symptômes spécifiques de la dysphasie.

En dehors de la recherche des marqueurs de déviances propres aux dysphasies, ces différentes étapes valent pour l'ensemble des troubles spécifiques du langage oral et écrit. Elles sont indispensables mais ne s'ordonnent pas nécessairement selon cette chronologie.

Ce sont les recoupements entre les données de la consultation d'accueil, les résultats des bilans orthophonique, neuropsychologique et ceux des probables investigations complémentaires qui peuvent permettre de poser un diagnostic de trouble spécifique du langage, ou un diagnostic en faveur d'un tel trouble lorsque le recul évolutif n'est pas suffisant.

Notre objectif n'est pas ici de décrire les différents tests d'évaluation utilisés, mais d'essayer de démontrer en quoi ces évaluations sont complexes et en quoi ces bilans orthophonique et neuropsychologique sont complémentaires.

2.2 Le bilan orthophonique

Bien qu'un bilan de langage ait été effectué en amont par l'orthophoniste de l'enfant, un second bilan est systématiquement réalisé par l'une des orthophonistes du centre référent. Une observation et une analyse expérimentées, par une professionnelle formée au dépistage des troubles spécifiques du langage, sont nécessaires pour compléter ce premier bilan. Par ailleurs, il semble difficile de pouvoir poser un diagnostic en s'appuyant sur des résultats écrits. L'observation des capacités de communication et du comportement de l'enfant tout au long du déroulement des épreuves sont des indices tout autant pertinents que les résultats des tests.

Le bilan a pour objectif d'évaluer les déficits langagiers mais également les aptitudes préservées pour pouvoir apporter à l'enfant une remédiation adaptée. Cette démarche de bilan comporte plusieurs étapes : celle de recueillir les informations nécessaires pour cerner la demande (qui demande quoi, en fonction de quoi et dans quel but) et celle du bilan proprement dit (évaluation du niveau de langage en recourant à des tests étalonnés).

La complexité des facettes langagières à évaluer impose le recours à des batteries de langage idéalement normées sur le même échantillon de référence. Les tests de langage étalonnés permettent de comparer le niveau global du langage de l'enfant à ceux d'enfants témoins du même âge, pour s'assurer d'une éventuelle pathologie. Ils vont permettre d'abord d'objectiver un décalage entre le développement langagier de l'enfant et la norme. Mais montrer que l'enfant obtient des performances inférieures à celles qui sont attendues pour son âge ne constitue que la première étape de l'évaluation. C'est la comparaison des résultats de l'enfant à différents items, la nature qualitative et quantitative des déviances qui vont orienter vers tel ou tel diagnostic.

Il n'existe pas de batteries spécifiques pour tester les enfants suspectés de troubles dysphasiques ou dyslexiques. Les tests utilisés sont ceux classiquement destinés à l'évaluation des troubles du langage. Certains, avec un même instrument, permettent de réaliser un bilan général du langage oral et écrit, tandis que d'autres ciblent plus spécifiquement le langage oral ou le langage écrit.

2.2.1 Le langage oral

Le bilan orthophonique va d'abord évaluer le langage oral dans toutes ses modalités, à travers le discours spontané de l'enfant et diverses épreuves : le niveau phonologique, le niveau lexical, le niveau syntaxique et l'aspect pragmatique du langage.

On évoque classiquement une dysphasie devant un retard de deux ans au moins par rapport à l'âge ou au niveau scolaire, ou devant un décalage de deux écarts-types ou plus à la moyenne. Mais les chiffres et les résultats obtenus aux différentes épreuves ne suffisent pas pour orienter le diagnostic. Ils sont un des éléments à partir desquels l'orthophoniste peut mener une étude qualitative, par un examen comparatif des réussites et des échecs, par une analyse de la signification des erreurs et par une étude des hétérogénéités à l'intérieur du fonctionnement linguistique. C'est en effet les dissociations entre les capacités d'expression et celles de compréhension, entre les capacités phonologiques, lexicales et syntaxiques qui permettent d'orienter le diagnostic vers un type de dysphasie.

Mais l'évaluation du langage oral ne se limite pas à l'identification et à la quantification des déviances langagières. Elle implique, comme l'explique C.CHEVRIE-MULLER (2000), qu'on prenne en compte l'ensemble des processus mis en jeu dans l'acte de parole depuis le niveau sensori-moteur jusqu'aux aspects morpho-syntaxiques, sémantiques et plus largement cognitifs du langage. Les différentes épreuves des bilans de langage oral peuvent solliciter, selon leurs modalités, le regard ou les gnosies, des performances attentionnelles et de mémoire de travail, des capacités suffisantes de réalisation arthrique.

Des déficiences mnésiques, perceptives, attentionnelles…peuvent être à l'origine ou expliquer en partie les échecs à certaines épreuves. Tenter de démêler toutes ces difficultés revient à interroger chaque système ou sous système potentiellement en cause dans les difficultés langagières, et c'est ce que va permettre le bilan neuropsychologique.

2.2.2 Le langage écrit

Le bilan de langage écrit va évaluer les capacités métaphonologiques (qui sont nécessaires à l'écrit), la lecture (l'identification de lettres et de mots, la compréhension, la vitesse et l'automatisation), les capacités de production écrite et le graphisme. L'évaluation des difficultés en langage écrit, comme pour le langage oral, ne se limite pas à l'aspect quantitatif de ces dernières. L'analyse du type d'erreurs et des stratégies mises en place par l'enfant pour lire et orthographier est indispensable pour comprendre ses difficultés.

Comme pour la dysphasie, il existe un consensus pour évoquer une dyslexie-dysorthographie si l'enfant présente un décalage de deux années scolaires ou plus dans ses apprentissages en lecture/écriture ou s'il se situe à plus de deux écarts-types en dessous de la norme. Mais ce décalage ou au contraire une absence de décalage ne sont pas toujours significatifs. Il existe en effet, selon A.VAN HOUT et F.ESTIENNE (2001), une relation entre le quotient intellectuel et les capacités de langage écrit qui peut amener : une surestimation de la dyslexie chez des enfants à quotient intellectuel faible qui lisent mal mais en raison de leurs capacités intellectuelles, ou une sous estimation de la dyslexie chez des enfants à quotient intellectuel élevé qui savent lire au niveau de la classe mais de manière inférieure à leurs capacités.

C'est le bilan neuropychologique qui va permettre cette mise en évidence. Il va également évaluer les différentes fonctions cognitives en relation avec le processus lexique pour élucider les mécanismes sous-jacents aux troubles relevés par le bilan orthophonique. La lecture met en jeu les habiletés métaphonologiques, les capacités d'attention visuo-spatiales et sollicite également la mémoire de travail. La production écrite fait en plus intervenir l'acte graphique qui peut constituer un handicap spécifique ou un facteur d'aggravation d'autres difficultés d'apprentissage.

2.3 Le bilan neuropsychologique

La réalité et l'intensité du déficit langagier une fois établies par le bilan orthophonique, la question est d'abord de savoir si les déficiences relevées concernent électivement les fonctions linguistiques ou si elles concernent d'autres fonctions psycho-intellectuelles. Le diagnostic en faveur d'un trouble structurel du langage repose donc sur la mise en évidence de la construction par l'enfant de fonctions de conceptualisation, raisonnement et logique, indépendamment de l'efficience de ses fonctions linguistiques.

Dans le cas d'un trouble spécifique du langage, le niveau général de l'efficience intellectuelle est le plus souvent dissocié entre l'échelle verbale qui est chutée et l'échelle de performance normale. Mais cette dissociation n'est cependant pas systématique sans pour autant exclure un tel trouble. Quant aux troubles dysphasiques s'associent des troubles praxiques, les scores obtenus aux deux échelles peuvent être médiocres, pouvant à tort faire évoquer une déficience mentale. Le langage est par ailleurs un élément essentiel dans le développement harmonieux de l'intelligence, son absence ou sa pauvreté peuvent bloquer l'évolution normale des fonctions cognitives.

Plus que cette dissociation quotient intellectuel verbal/quotient intellectuel performance, ce sont les dissociations intra échelles qui sont les plus significatives, car elles indiquent les secteurs cognitifs préservés et les caractéristiques communes aux épreuves échouées. C'est le détail des scores à chacun des subtests et non seulement la note d'échelle qui est importante pour l'orientation diagnostique.

Ce bilan évalue les grands domaines de la psychologie clinique, à savoir :

- les compétences linguistiques ;
- les fonctions praxiques et gnosiques ;
- les différentes mémoires ;
- les fonctions attentionnelles et exécutives.

Tous ces modules cognitifs sont en interaction constante et ne peuvent être évalués indépendamment les uns des autres. Toutes ces compétences sont évaluées à travers les différentes épreuves de l'échelle verbale, qui requièrent certes des compétences linguistiques mais aussi mnésiques et spatiales, et à travers les subtests de performance dont certains sollicitent également les compétences linguistiques.

Les fonctions visuo-spatiales et praxiques, fonctions d'organisation du geste et de structuration de l'espace, sont des fonctions proches et complémentaires qui sont souvent liées en pathologie de l'enfant. L'exploration des praxies, notamment constructives, vise à détecter des éventuels troubles praxiques ou des troubles visuo-spatiaux. Les troubles oculo-moteurs se retrouvent fréquemment associés aux troubles dysphasiques et dyslexiques et ont un retentissement sur la lecture, l'orthographe et les compétences arithmétiques. Des troubles de la reconnaissance et de l'identification visuelle (objets, formes, usage…) peuvent se retrouver parmi les difficultés parallèles aux troubles langagiers.

Les déficits mnésiques peuvent avoir des conséquences diffuses donc sévères dans tout ou partie des apprentissages. Les différentes mémoires infiltrent et nourrissent le secteur linguistique. Si la diffusion des pathologies linguistiques (comme la dysphasie) dans le secteur de la mémoire auditive verbale est fréquente, inversement, des troubles intrasèques de tel ou tel secteur mnésique peuvent avoir des répercussions sur les capacités langagières de l'enfant (orales et écrites). Il est d'ailleurs difficile de saisir si le déficit marqué de la mémoire auditivo-verbale dans certaines dysphasies est une cause, une conséquence ou une corrélation. La mémoire de travail intervient dans toute tâche cognitive et concerne le langage, le calcul, le raisonnement…

Il s'agit donc de comprendre quels secteurs mnésiques sont déficitaires ou préservés, comment l'enfant les utilise, quelles sont les éventuelles stratégies spontanées en suppléance, pour conduire ultérieurement un projet thérapeutique adapté.

Les liens qui unissent mémoires et attention sont encore plus incontournables. Il n'y a pas de mémoire possible sans sélection des stimuli et sans inhibition. Selon C.CHEVRIE-MULLER (2000), les fonctions attentionnelles et exécutives infiltrent et déterminent toutes les autres fonctions cognitives. Toute évaluation de la mémoire, ou de certains de ses secteurs qui sembleraient déficitaires, doit obligatoirement conduire à une évaluation concomitante de l'attention et des fonctions exécutives.

Les nombreux troubles fréquemment associés aux troubles dysphasiques et dyslexiques rendent la tâche diagnostique très complexe. Il faut savoir recouper les informations venues d'évaluation linguistique et des autres secteurs cognitifs, tenter d'élucider les

liens entre les divers troubles que présente l'enfant, essayer de comprendre s'il s'agit de l'association de différentes pathologies partageant une même anomalie fonctionnelle en amont, de corrélations fortuites, ou au contraire des conséquences de l'une dans l'autre. Dans tous les cas, la mise en évidence de dysfonctionnements électifs de tel ou tel secteur de la cognition peut constituer une aide irremplaçable pour comprendre les compétences et déviances d'un enfant donné et lui proposer des aides thérapeutiques ciblées et adaptées.

Les évaluations des différents domaines précités sont étroitement associées à l'appréciation du retentissement scolaire et psychoaffectif mais également à celle du contexte familial et socio-culturel de l'enfant. Si les troubles cognitifs et psychiques peuvent être la conséquence d'un langage déviant, un trouble du langage peut parfois révéler des troubles psychopathologiques ou cognitifs, ou encore un contexte socio éducatif peu stimulant.

Les éléments de l'anamnèse, recueillis par l'orthophoniste et le neuropsychologue, ainsi que leur observation du comportement de l'enfant au cours des évaluations, sont autant d'indices qui vont corroborer les données de la consultation d'accueil et participer au diagnostic différentiel.

D'autres investigations peuvent être nécessaires pour compléter ces bilans orthophonique et neuropsychologique. Certaines sont menées dans le cadre du centre hospitalier, d'autres à l'extérieur.

2.4 Les investigations complémentaires

Un bilan audiométrique est souvent proposé lorsqu'un syndrome dysphasique est suspecté, en raison des troubles auditifs fréquemment associés, ou pour diagnostic différentiel. L'audition et le développement du langage sont intimement liés. L'influence d'une pathologie de l'audition sur l'acquisition du langage et sur la production vocale dépend de la nature, du degré des déficiences et de l'âge de l'enfant.

Les troubles attentionnels, praxiques et/ou spatio-temporels relevés par les précédents bilans peuvent justifier une évaluation de la psychomotricité pour une contribution diagnostique. Ce bilan évalue la motricité générale de l'enfant ainsi que la motricité fine (écriture et graphisme).

Des bilans ophtalmologique et orthoptique sont également fréquemment réalisés pour les troubles de l'acuité visuelle et de l'oculo-motricité.

Un avis pédopsychiatrique peut être sollicité pour les troubles du comportement, de la personnalité et les manifestations de tristesse et d'angoisse.

Un examen neurologique ou génétique peut être réalisé dans certains cas, notamment lorsqu'un syndrome particulier est suspecté.

Un autre bilan peut être réalisé au Centre du Langage par l'enseignante spécialisée intégrée au sein de l'équipe, afin de situer le niveau de l'enfant par rapport à sa classe, d'évaluer les répercussions des troubles sur les apprentissages et déterminer les aménagements scolaires qui pourraient aider l'enfant. Le bilan pédagogique évalue la compréhension, l'attention et la mémorisation, les repères spatio-temporels, les capacités logico-mathématiques mais aussi l'organisation, l'ordre et le soin dans le travail, la résistance et la stabilité du caractère de l'enfant au long de la séance. Le matériel scolaire apporté par l'enfant fait également l'objet d'un examen attentif.

Les bilans réalisés dans le cadre du centre font l'objet d'une réunion de synthèse au cours de laquelle les différents résultats sont confrontés en vue d'un compte rendu aux familles.

3. Restitution du compte rendu des différentes investigations : annonce du diagnostic et propositions adaptées

Pour cette restitution comme pour la consultation d'accueil, la présence des deux parents ainsi que celle de l'enfant sont souhaitées.

3.1 L'annonce du diagnostic

Certains troubles sont plus ou moins manifestes selon l'âge, et les âges de consultation diffèrent selon qu'il s'agit de troubles du langage oral ou de troubles du langage écrit, et même selon tel ou tel type de troubles du langage oral. Dans le cas où l'enfant est vu précocement et que le recul évolutif est insuffisant, le diagnostic différentiel ne peut être posé qu'avec réserve. Le diagnostic énoncé aux familles n'est alors pas celui d'une dysphasie ou d'une dyslexie, mais un diagnostic en faveur d'un tel trouble.

Dysphasie, dyslexie, dysorthographie…sont les troubles que le médecin va devoir annoncer et expliquer aux parents qui, pour certains d'entre eux, auront le sentiment d'entrer dans un autre monde.

L'annonce du diagnostic peut avoir différents impacts sur les familles, qui varient selon la demande initiale, car si les parents sont les principaux acteurs dans la démarche de prise de contact avec le Centre du Langage, ils n'en sont pas toujours les principaux investigateurs. Ils peuvent y avoir été amenés sur les conseils de l'orthophoniste qui suit leur enfant, ou sur sollicitation de l'école, sans réellement l'avoir souhaité.

D'une manière générale, tout diagnostic d'un handicap quel qu'il soit peut avoir des impacts positifs ou négatifs sur les familles concernées.

3.1.1 Les réactions positives

Lorsque leurs inquiétudes sont à l'origine de cette consultation, la demande des parents est souvent présente et apparente. Leur angoisse, leur sentiment de dévalorisation sont clairement exprimés : est-ce que nous aurions dû ou pu faire quelque chose que nous n'avons pas fait ? S'agit-il d'un retard mental ?

Ils attendent alors souvent du diagnostic une identification du trouble et une reconnaissance de la pathologie. Bien souvent leurs inquiétudes concernent la scolarité

difficile de leur enfant, et le diagnostic ou même la suspicion d'un trouble spécifique peut signifier la reconnaissance d'un véritable statut pour l'enfant jusqu'alors déviant au regard des enseignants. Le diagnostic est alors un soulagement pour les parents et il va permettre d'envisager sans plus attendre des prises en charge adaptées pour leur enfant. L'explication de l'aspect structurel du trouble peut avoir comme premier effet positif de les convaincre qu'ils ne sont pas responsables du trouble de leur enfant et de leur permettre de mieux comprendre cet enfant différent. De son côté, cet enfant, par ce nouveau regard posé sur lui et l'attention que lui consacrent les professionnels, peut reprendre confiance en lui et se revaloriser.

S.SAUSSE (1996) explique cet engagement fréquent des parents dans la recherche d'une origine qui pourrait expliquer « l'anormalité » de leur enfant et l'inscrire dans un enchaînement de causalité. Ils cherchent une cause connue, précise, objectivable, organique. Tout est mieux que l'incertitude qui laisse la porte ouverte aux fantasmes concernant une faute imaginaire. En l'absence de diagnostic, la responsabilité de cette anormalité incomberait aux parents et un diagnostic même grave paraît préférable à cette angoisse. Un diagnostic précis peut causer à la famille un choc important, mais elle sait à quoi elle doit faire face. Un diagnostic flou ou inexistant est plus difficile à assumer et l'incertitude freine l'acceptation de la réalité.

Dans le cadre de l'enquête menée par l'IGAS et l'IGEN (2002), beaucoup de familles ont décrit leur soulagement à l'énoncé d'un diagnostic les déchargeant du poids d'une culpabilité parfois entretenue depuis des années.

3.1.2 Les réactions négatives

Mais l'annonce du diagnostic peut aussi plonger les parents dans une grande souffrance. S.SAUSSE (1996) décrit des parents sous le coup d'un traumatisme, au sens psychanalytique du terme, à savoir un choc totalement inattendu qui désorganise le psychisme et anéantit les défenses habituelles et en fait apparaître d'autres. Des réactions de repli dues à un sentiment de déception et de dévalorisation, ou des réactions de fuite ou de refus d'une réalité trop blessante ou trop angoissante sont fréquentes.

Cette psychanalyste explique qu'il est difficile pour les parents de se retrouver dans cet enfant là porteur d'un handicap. Parallèlement à cette difficulté d'identification, on retrouve aussi un mouvement contraire, à savoir une identification massive et profonde à l'enfant blessé. La découverte d'un handicap ou d'une déficience peut venir réveiller chez les parents de vieilles peurs et d'anciennes culpabilités de leur histoire personnelle antérieure. Ces réactions de repli ou de fuite peuvent se rencontrer chez des parents ayant connu des difficultés semblables à celles de leur enfant.

Dans ce contexte négatif, l'enfant peut être atteint d'une double blessure. Il doit faire face non seulement à son handicap mais encore à l'angoisse qu'il suscite chez ses parents et, comme le souligne S.SAUSSE (1996), être la cause de leur chagrin est la source d'une lourde culpabilité. L'enfant peut alors percevoir le diagnostic comme un verdict d'incapacité qui le démotive dans ses efforts et qui le situe comme différent des autres enfants, comme marqué d'un handicap.

3.1.3 Une nécessaire guidance parentale

Quelle que soit la demande initiale et quel que soit l'impact du diagnostic, l'après diagnostic implique que les parents vont dorénavant devoir faire avec ce trouble.

Le diagnostic de trouble dyslexique ou dysphasique est en effet celui d'un trouble structurel, durable, qui va nécessiter de la part des parents un investissement sur le long terme : un investissement en matière de temps (une prise en charge intensive en orthophonie, parfois associée à d'autres prises en charge parallèles), une implication personnelle dans le soutien et l'accompagnement de la rééducation, vraisemblablement pendant des années.

Dans le cas de troubles sévères, l'accompagnement des familles dans le cadre de la guidance est primordial. Il doit avoir pour but de les aider à éviter les erreurs éducatives, de les guider dans leurs difficultés en leur proposant des idées, des stratégies, de les impliquer dans la mesure du possible dans la trame éducative envisagée. Il est important de pouvoir aider les parents à aborder les perspectives scolaires et d'envisager avec eux, si besoin, les solutions accessibles dans les structures adaptées existantes. Il est également primordial d'accompagner les familles sur un plan psychologique.

Pour cet enfant, il va falloir adopter des stratégies éducatives, rééducatives et pédagogiques spécifiques pour optimiser ses apprentissages et l'aider à vivre au mieux ses difficultés. C'est l'une des missions du centre que de pouvoir élaborer, à l'intention des professionnels (enseignants et thérapeutes) des préconisations thérapeutiques et pédagogiques individualisées pour chaque enfant.

3.2 Les propositions du Centre du Langage

Une fois l'hypothèse diagnostique confirmée, il va s'agir de fournir à l'enfant une prise en charge adaptée par le biais de préconisations concrètes en matière de soins, rééducations et scolarisation.

3.2.1 Les préconisations thérapeutiques

Le suivi orthophonique est l'élément central de la prise en charge rééducative de l'enfant, mais les troubles fréquemment associés aux troubles langagiers peuvent nécessiter des prises en charge prioritaires, la rééducation orthophonique prenant alors le relai de ces premiers suivis. Lorsque les troubles sont très importants, une prise en charge globale par un service de soins peut être une solution plus appropriée à l'enfant et à sa famille.

- **La rééducation orthophonique**

Les troubles spécifiques du langage touchent des fonctions très différentes dans le traitement linguistique lui-même et il ne peut exister de rééducation standardisée de la dysphasie et de la dyslexie. Cette rééducation doit être construite pour chaque enfant, compte tenu de ses difficultés, ses compétences préservées, ses stratégies, sa personnalité, et doit être adaptée en fonction de son évolution.

Mais s'il n'y a pas de méthode proprement dite de rééducation des troubles dysphasiques et dyslexiques, il y a des axes à cibler, bien spécifiques selon la nature des

troubles. Une bonne compréhension des troubles doit permettre d'établir les axes de rééducation les plus ciblés et les plus performants possibles.
Les préconisations du Centre du Langage vont précisément indiquer aux orthophonistes qui suivent les enfants ; quels sont ces axes, quelles modalités et quels supports vont être les plus efficaces (selon la nature des troubles, la présence ou non de troubles associés).

Quels que soient les axes et les domaines de la rééducation (langage, logique, attention, mémoire...), cette dernière doit être intensive (deux voire trois séances hebdomadaires selon l'intensité des troubles), du moins dans les premiers temps de la rééducation qui doit être envisagée sur du long terme. Les séances pourront s'espacer par la suite, pour laisser souffler l'enfant. Il peut être même utile d'interrompre la prise en charge à certains moments, de préconiser des pauses pour éviter la lassitude de l'enfant.

Lorsque la prise en charge s'effectue en dehors de l'école, il est important qu'elle puisse être autorisée sur le temps scolaire par le chef de l'établissement.

- **Les prises en charge parallèles**

Lorsque l'enfant a des troubles associés, ou générés par son trouble, la prise en charge doit dépasser la seule rééducation orthophonique. Certains enfants peuvent nécessiter des séances de psychomotricité, une rééducation orthoptique ou un soutien psychologique.

La prise en charge de certains de ces troubles peut être un préalable nécessaire à l'efficacité du suivi orthophonique et le Centre du Langage doit alors définir dans ce cas quelles sont les priorités.

Certaines prises en charge ponctuelles (selon les besoins) peuvent être proposées au CHU de Nantes, notamment sous forme de mini stages sur le temps des vacances scolaires. Certains enfants peuvent ainsi participer à un atelier « mémoire », ou encore un atelier « graphisme ».

Par ailleurs une prise en charge pluridisciplinaire exige des familles une grande disponibilité et parfois un investissement financier. Pour ces raisons, le Centre du Langage peut préconiser pour les cas sévères une prise en charge par un service de soins type SSEFIS sur le temps scolaire. Mais les places sont relativement limitées et il peut s'écouler un certain temps avant qu'une ne se libère.

Lorsque l'enfant répond à certains critères, son inclusion au « réseau DYS Pays de Loire » peut être préconisée.

♦ **Proposition d'intégration au « réseau DYS Pays de Loire»**

Nous reviendrons sur le fonctionnement du « réseau Dys Pays de Loire » à la fin de cette partie. Lorsque l'enfant répond aux critères de cette inclusion, celle-ci va permettre une coordination des différentes prises en charge autour d'une personne référente et peut faire bénéficier l'enfant d'un certain nombre de séances de psychomotricité prises en charge financièrement par le réseau.

Cette inclusion est bien évidemment proposée à l'orthophoniste qui peut se proposer comme personne référente. Certaines adhèrent au réseau, d'autres pour des raisons qui leur sont propres, préfèrent ne pas donner suite à la proposition qui leur est faite.

♦ **Proposition de prise en charge des troubles au titre des affections de longue durée**

Le Centre du Langage peut préconiser et appuyer une demande de reconnaissance des troubles comme affection de longue durée qui ouvre droit au remboursement des soins à 100% par les organismes de sécurité sociale.

♦ **Proposition de suivi d'évolution**

Les bilans d'évolution ne sont pas systématiques. Ils peuvent être proposés par le centre dans le cas de troubles sévères ou lorsque le diagnostic est incertain et demande un recul évolutif.

En dehors de ces cas, ils seront réalisés le plus souvent sur demande de l'orthophoniste lorsque la situation de l'enfant n'évolue pas favorablement ou lorsque se pose un problème d'orientation scolaire.

Les bilans d'évolution ne sont pas nécessairement pluridisciplinaires et peuvent se limiter à certains domaines.

3.2.2 Les préconisations du domaine scolaire

Les enseignants ne peuvent aborder la prise en charge pédagogique que sur une compréhension des troubles de l'enfant. Pour cela, le compte rendu des bilans réalisés au centre peut être adressé, sur accord des parents, au médecin et/ou au psychologue scolaire.

Les enfants concernés doivent également, comme nous l'avons vu dans notre deuxième chapitre, pouvoir bénéficier de certains aménagements durant leur scolarité. Un certificat attestant de l'existence des troubles spécifiques de l'enfant et décrivant ces aménagements peut être adressé à l'enseignant. Le rapport IGAS/IGEN précité constate que ce document a permis à certaines familles de venir à bout des réticences de certains directeurs d'établissement peu soucieux de s'adapter aux difficultés spécifiques de l'enfant.

Une visite de l'enseignante spécialisée du Centre du Langage est souvent proposée et sollicitée par les parents pour faciliter les relations avec les enseignants mais également

pour faciliter l'appropriation par ces derniers du projet pédagogique et des aménagements scolaires préconisés, ou favoriser la mise en place d'un projet personnalisé.

L'attribution d'une auxiliaire de vie scolaire ou un accompagnement par un réseau d'aides spécialisées peuvent être suggérés et facilités par le Centre du Langage pour apporter une aide adaptée à l'enfant et par conséquent soulager l'enseignant.

Lorsque les difficultés scolaires sont trop importantes, une orientation vers une classe d'adaptation ou d'intégration collective ou bien une classe intégrée d'un institut spécialisé peut être recommandée aux familles.

Il arrive que le motif de consultation soit un problème d'orientation de ce type proposée par l'établissement scolaire. Le centre peut alors aider les parents inquiets ou hostiles à accepter une telle décision en leur faisant prendre conscience des avantages que peut présenter pour leur enfant une scolarisation collective adaptée, ou au contraire suggérer une orientation plus appropriée.

L'attribution des aides dont nous avons parlé dans notre partie « handicap et intégration » (matériel pédagogique, auxiliaires de vie scolaire, allocation d'éducation...) peut être recommandée et facilitée par le Centre du Langage.

4. Le « réseau DYS Pays de Loire »

Suite à la création des centres référents, il est apparu nécessaire de développer, sous l'impulsion de ces derniers, un partenariat entre les différents professionnels de la santé et de l'éducation sous la forme d'un réseau de santé.

Le « réseau DYS Pays de Loire » est entré en fonctionnement en juin 2004 afin d'organiser et d'améliorer la prise en charge des enfants souffrant de troubles spécifiques sévères du langage, en partenariat avec le Centre du Langage de Nantes.

4.1 L'historique du réseau

Dans l'optique de développer un réseau de santé, une réunion a été organisée le 11 janvier 2002 par l'association CORIDYS Nantes Atlantique qui réfléchissait déjà depuis plusieurs mois sur le thème « Autour de l'enfant DYS : qui fait quoi ? ». A la suite de cette réunion un groupe de travail s'est constitué, réunissant orthophonistes, psychomotriciens, orthoptistes, médecins, psychologues scolaires et enseignants. Devant le constat des difficultés de coordination entre les différents thérapeutes et les enseignants, du manque de connaissances sur le rôle et les compétences de chacun et de l'absence de concertation dans la prise en charge, la nécessité de créer un réseau de santé « troubles spécifiques sévères du langage de l'enfant », réunissant professionnels de la santé et de l'éducation, en coopération avec le centre référent hospitalier, est apparue clairement à l'ensemble des membres de ce groupe de travail.

Le Réseau de santé « DYS Pays de Loire » est né en mai 2003 sous la forme d'une association 1901 mais n'est entré en fonctionnement pour les enfants de la Loire Atlantique qu'en juin 2004.

4.2 Les objectifs du réseau

Afin d'organiser et d'améliorer la prise en charge des troubles spécifiques sévères du langage le « Réseau DYS Pays de la Loire » s'est défini cinq objectifs :

Celui de **simplifier l'accès aux soins** :

- par la réalisation d'un guide ressources répertoriant certains des professionnels de la santé et de l'Education nationale concernés par les prises en charge des enfants « DYS », ainsi que les associations de parents ;
- en facilitant l'accès à la rééducation psychomotrice (prise en charge financière de vingt séances par le réseau).

Celui de **favoriser la coordination et la continuité des soins** :

- en désignant pour chaque enfant un professionnel référent ;

- par la mise en place d'un dossier patient commun et d'un carnet de suivi ;
- en créant un partenariat entre les différentes structures.

Celui de **promouvoir la qualité des soins** :

- en organisant des réunions de concertations entre les membres du réseau pour la discussion des dossiers complexes ;
- en allant vers une harmonisation des pratiques et en créant des référentiels communs.

Celui d'**assurer l'information et la formation auprès des professionnels concernés** :

- par des formations adaptées aux demandes des professionnels de la santé et de l'Education Nationale ;
- par des rencontres interprofessionnelles autour de thèmes communs.

Enfin, celui de **participer à la recherche**, pour connaître le devenir des enfants souffrant de troubles spécifiques sévères du langage.

4.3 Un réseau pour qui ?

4.3.1 Les patients

Ce réseau peut accueillir des enfants de 5 à 15 ans présentant des troubles dysphasiques ou dyslexiques sévères et répondant à certains critères, qui ne sont pas définitifs et devraient être prochainement redéfinis. Les critères actuels sont les suivants :

- un diagnostic de dysphasie ou de dyslexie sévère ;
- un quotient intellectuel supérieur à 85, excepté dans le cas d'une dyspraxie ;
- la nécessité de deux soins hebdomadaires au minimum.

Ces deux soins peuvent être proposés soit par le centre référent soit par les professionnels (sous condition qu'ils soient adhérents du réseau), et les parents doivent s'engager à essayer de respecter cette prise en charge bihebdomadaire.

L'intégration au réseau est valable pour une année, renouvelable une seule fois. Les enfants peuvent donc en sortir au bout d'une année lorsque leur évolution est positive, qu'ils ne nécessitent plus de besoins particuliers pour leur scolarité parce que les dispositifs d'aide ou de soins ont pu se mettre en place. Le soutien du réseau cesse mais l'enfant continue avec les professionnels dans une même optique de coordination.

4.3.2 Les professionnels adhérents

Ce sont les professionnels, engagés par une charte et une adhésion, qui à un titre ou un autre peuvent être ou sont concernés par les difficultés de l'enfant :

-les auxiliaires médicaux (orthophonistes, psychomotriciens, orthoptistes) ;
-les médecins (généralistes, spécialistes, scolaires) ;
-les psychologues (scolaires, libéraux, en centres) ;
-les professionnels de l'éducation (enseignants, enseignants spécialisés).

4.4 Le fonctionnement du réseau

4.4.1 Pour l'enfant

Pour l'enfant, la prise en charge n'est pas fondamentalement différente avant ou après l'entrée dans le réseau. Les intervenants sont généralement les mêmes, mais le réseau leur donne un cadre pour une coordination à travers deux principaux éléments : le professionnel référent et le dossier patient commun.

Le professionnel référent est celui qui s'engage, par une charte spécifique, à regrouper les éléments nécessaires au bon déroulement de la prise en charge, à les communiquer à l'ensemble des professionnels concernés et à tenir à jour un dossier de suivi dont une fiche de synthèse sera transmise au centre référent et au médecin traitant. Il s'engage également à rencontrer les parents, les enseignants au moins une fois par trimestre et participe si possible aux commissions scolaires concernant l'enfant.

Le dossier patient est un outil de lien entre les professionnels et le réseau. Il a pour objectif d'améliorer la communication des informations entre les professionnels pour favoriser la coordination.

L'entrée dans le réseau va permettre d'intensifier les prises en charge, de faire bénéficier (si besoin) d'un financement d'un certain nombre de séances de psychomotricité. Elle peut faciliter l'accès aux soins d'un service spécialisé comme un SSEFIS. D'une manière générale, le réseau facilite les liens avec les services de santé (MDPH-SSEFIS), les caisses d'assurance maladie et les mutuelles complémentaires de santé.

4.4.2 Pour les adhérents

Pour les adhérents, le réseau est un centre de personnes ressources pour répondre à leurs différentes demandes.

Des formations théoriques leur sont proposées, selon leurs demandes et leurs besoins. Elles sont le plus souvent transversales pour intéresser les différents collectifs de professionnels.

Des réunions d'information sont organisées ainsi que des groupes de travail pour permettre des échanges entre les uns et les autres ainsi qu'une évolution de la pratique.

Des réunions de concertation peuvent réunir les différents professionnels qui en éprouvent le besoin, même ceux n'appartenant pas au réseau, pour discuter des prises en charge leur posant problème.

4.5 Un partenariat avec le Centre du Langage de Nantes

Dans les modalités prévues pour permettre la coordination des soins et des acteurs, le réseau est étroitement lié au Centre du Langage de Nantes.

Actuellement, pour qu'un enfant entre dans le réseau, il doit avoir été diagnostiqué dyslexique ou dysphasique par le centre référent. Son inclusion va donc se faire sur proposition de ce dernier.

Inversement, des réunions de concertation bimensuelles, qui réunissent professionnels adhérents et professionnels du Centre du Langage, permettent de discuter d'enfants dont les prises en charge posent problèmes et pour lesquels des troubles spécifiques peuvent être suspectés. Le réseau peut alors appuyer une demande de consultation au Centre du Langage et accélérer la procédure. Il est d'ailleurs prévu dans le cadre de l'organisation des consultations du centre un créneau « d'urgence » réservé aux dossiers présentés notamment en concertation avec le « réseau DYS ».

L'autorisation pour le fonctionnement du réseau a été donnée pour trois ans et vient d'être renouvelée pour un an, preuve de sa nécessité. Le réseau est actuellement dans une démarche d'extension à l'ensemble des départements des Pays de la Loire.

CONCLUSION

Les centres référents du langage, dont le Centre du Langage de Nantes, ont été créés pour mieux identifier les enfants porteurs de troubles dysphasiques ou dyslexiques et améliorer leur prise en charge thérapeutique et scolaire.

Ces troubles spécifiques du langage sont complexes, car le plus souvent intriqués à d'autres difficultés d'ordre psychologique, praxique ou sensoriel. Ils nécessitent pour la plupart des suivis thérapeutiques divers, en parallèle de la rééducation orthophonique.

Sur le plan scolaire, ces enfants dysphasiques ou dyslexiques doivent pouvoir bénéficier, comme tous les enfants en difficulté d'apprentissage, des dispositifs d'aide prévus par l'Education Nationale et, lorsque leur handicap est reconnu, des dispositifs dits d'intégration.

C'est à cette population d'enfants dysphasiques et dyslexiques que nous nous sommes intéressées pour comprendre quelles sont les raisons qui les ont amenés à consulter le Centre du Langage de Nantes, comment les différents soins et dispositifs d'accompagnement scolaires se sont mis en place et comment ils ont évolué avec les différentes données de cette consultation.

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE 1 – Présentation de notre étude

CHAPITRE 2 – Analyse des résultats

CHAPITRE 3 - Discussion

CHAPITRE 1- PRESENTATION DE NOTRE ETUDE

1. Notre problématique

Dans notre introduction générale nous avons décrit quels avaient été les cheminements de nos interrogations communes sur les enjeux d'un diagnostic de dysphasie ou dyslexie et sur le fonctionnement du Centre du Langage de Nantes.

Nous avons parlé dans notre partie théorique de la création des centres référents du langage. Les textes officiels qui sont à leur origine, décrivent la complexité du diagnostic des troubles spécifiques du langage et les difficultés soulevées par leur prise en charge thérapeutique et scolaire. A ces troubles sont souvent intriqués d'autres troubles qui peuvent justifier des prises en charge parallèles à un suivi orthophonique. Ces soins, souvent multiples, doivent se coordonner avec la scolarité qui prévoit elle aussi certains dispositifs d'aide et de soutien pour les enfants en difficulté. Mais ces dispositifs apparaissent limités et assujettis à certaines priorités définies par l'Education nationale. La pose d'un diagnostic de trouble spécifique du langage par le centre référent du langage peut bousculer certaines priorités et favoriser la mise en place d'autres dispositifs dits « d'intégration » par la reconnaissance d'un réel handicap.

La coordination entre soins et scolarité, qui est primordiale pour les enfants concernés, peut être favorisée par une proposition d'inclusion au « réseau DYS Pays de Loire » en concertation avec le Centre du Langage. Toutes les propositions du centre, d'ordre thérapeutique et scolaire, sont émises dans le souci de répondre au mieux à la demande initiale et d'assurer une prise en charge globale de l'enfant la mieux adaptée et la plus efficace possible.

Nous avons voulu comprendre quelles personnes avaient recours à ce centre référent et dans quelles perspectives, comment et par quelles propositions le centre répondait à ces demandes, comment pouvaient s'organiser et se mettre en place les suivis thérapeutiques souvent multiples et les aides scolaires, et enfin comment évoluaient les enfants avec les diverses données de cette consultation.

Pour tenter de répondre à ces différents questionnements, nous avons choisi comme outil d'étude le questionnaire.

2. Méthodologie

2.1 Notre population initiale

2.1.1 Critères de sélection

Les enfants participant à notre étude ont été reconnus dysphasiques ou dyslexiques par le Centre du Langage de Nantes entre avril 2003 et fin décembre 2005.

C'est en effet en avril 2003 que le neuropsychologue a intégré l'équipe du Centre du Langage et c'est donc à partir de cette date que les patients ont pu bénéficier d'un bilan neuropsychologique qui, nous l'avons vu dans notre partie théorique, est primordial dans la pose d'un diagnostic de trouble spécifique du langage.

La date butoir de fin décembre 2005 nous laissait un recul de 18 mois par rapport au diagnostic pour apprécier la mise en place des divers suivis thérapeutiques, des aides et adaptations scolaires, et la réalisation des éventuelles orientations scolaires vers une classe spécialisée.

Cette population se situe dans une même zone géographique à savoir le département de Loire-Atlantique. Nous avons vu que le Centre du Langage de Nantes n'avait, concernant les patients hors département 44, qu'un rôle d'expertise des troubles. Pour ces enfants, certaines propositions peuvent être émises concernant les axes thérapeutiques à cibler et les adaptations pédagogiques et aménagements scolaires à prévoir, mais les services de soins et les classes spécialisées de ces autres secteurs ne sont pas répertoriés au centre de Nantes et il n'existe pas nécessairement de réseau similaire au « réseau DYS Pays de Loire » dans les autres départements ou régions. Nous n'avions donc pas la possibilité d'exploiter l'ensemble des propositions préconisées.

2.1.2 Sélection des dossiers

Les deux médecins phoniatres du Centre du Langage ont bien accueilli notre projet d'étude et nous ont autorisées à consulter leurs fichiers informatiques.

Notre première recherche informatique s'étant avérée extrêmement laborieuse et surtout extrêmement longue, le docteur Peuvrel nous a laissées étudier les doubles de ses consultations.

De son côté, le docteur Rousteau, pour faciliter nos recherches informatiques, nous a donné la liste manuscrite de ses patients répondant à nos critères de sélection. Visualiser l'ensemble des courriers échangés pour chaque patient pour pouvoir sélectionner ceux répondant à nos critères n'a pas été aisé et probablement bon nombre d'entre eux sont passés au travers de nos recherches.

Parmi les dossiers consultés et répondant à nos critères, nous avons écarté ceux indiquant une interruption du suivi orthophonique, un changement d'orthophoniste ou un déménagement proche de l'enfant et sa famille. Nous cherchions en effet des patients dont l'orthophoniste était susceptible de nous renseigner sur la période post-consultation. Nous avons également écarté les quelques dossiers ne mentionnant pas les coordonnées de l'orthophoniste suivant l'enfant, peut-être en raison d'un changement dans le suivi.

A partir des dossiers sélectionnés, nous avons recueilli sur un fichier « données patients » tous les renseignements qui paraissaient utiles pour notre étude.

2.1.3 Constitution de notre population initiale

Nos recherches nous ont permis de sélectionner 100 dossiers dont 48 enfants dysphasiques et 52 enfants dyslexiques, se répartissant sur 73 orthophonistes.

2.2 Notre outil d'étude : le questionnaire

Le questionnaire est l'outil que nous avons choisi pour répondre à nos questionnements. Pour nous aider dans sa construction et sa présentation, nous nous sommes appuyées sur l'ouvrage de F. de SINGLY (2001) et celui de S.BEAUD et F.WEBER (2003).

2.2.1 Pourquoi le questionnaire ?

Le choix du questionnaire plutôt que celui de l'entretien s'est fondé sur plusieurs arguments.

L'envoi d'un questionnaire permettait tout d'abord de contacter un nombre plus important de personnes, plus rapidement que par des entretiens. Nous nous doutions bien que sur les 100 dossiers de notre population initiale un bon nombre serait écarté pour diverses raisons, mais il nous aurait fallu malgré tout mener un certain nombre d'entretiens puisque nous avions choisi d'enquêter de deux côtés, celui des familles et celui des orthophonistes.

Nous manquions nous-même de disponibilité pour mener ces entretiens, du fait de nos stages et du court délai imparti pour la réalisation de ce mémoire. De leur côté, les orthophonistes ont pour la plupart un emploi du temps professionnel particulièrement chargé et il apparaissait difficile de leur proposer un entretien qui aurait exigé de leur part encore plus de disponibilité.

Le questionnaire était aussi un outil qui permettait de traduire l'objectif de notre recherche à travers nos différentes questions et de susciter chez les enquêtés des réponses susceptibles d'être analysées en fonction de nos interrogations initiales. Il semblait nous donner plus de certitudes sur l'obtention des informations dont nous voulions disposer. Il offrait également aux orthophonistes et aux familles un temps de réflexion et la possibilité de peser leurs mots, mais aussi de répondre de façon plus concise.

En outre, la méthodologie du questionnaire semblait mieux se prêter à notre enquête. Nous avons pu comprendre au cours de nos années de formation et au cours de nos divers stages, que le Centre du Langage pouvait susciter autant de réactions positives que de négatives. L'intérêt du questionnaire était là, de permettre l'anonymat des personnes interrogées, les laissant plus libres de faire certaines remarques, et de ne pas les influencer dans leurs réponses du fait de l'absence de l'enquêteur.

2.2.2 Pourquoi deux questionnaires : orthophoniste – parents ?

Pour répondre au mieux à notre objet d'étude, nous avons choisi d'élaborer deux questionnaires : le premier destiné à l'orthophoniste indiqué(e) dans le dossier patient, le second aux parents de ce patient. Ce choix a été motivé par différentes raisons notamment celles de complémentarité et d'objectivité.

Les deux questionnaires nous apporteraient d'abord deux regards différents, un regard professionnel et un regard plus affectif, et par ailleurs, le regroupement des réponses nous donnerait un complément d'informations.

Il nous semblait aussi intéressant d'étudier l'éventuelle concordance des réponses «orthophoniste »/« parents » à des questions identiques, et tout particulièrement pour celles dites ouvertes où les personnes interrogées sont libres de répondre comme elles le veulent et de faire part de leurs opinions.

Par ailleurs, en choisissant de faire remonter la sélection de nos dossiers patients à 2003, nous savions qu'il serait difficile de réunir des dossiers « idéaux » à savoir : un enfant dysphasique et/ou dyslexique encore aujourd'hui rééduqué par l'orthophoniste qui le suivait lors de sa consultation au Centre du Langage, donc par un(e) orthophoniste susceptible de nous renseigner à la fois sur son passage au Centre du Langage, sur la réalisation ou non des propositions émises par ce dernier, et sur son évolution.

Dans le cas d'un suivi orthophonique interrompu depuis le passage au centre, le questionnaire « parents » apparaissait comme un complément nécessaire de celui destiné à l'orthophoniste.

Nous pensions également que répondre à ce questionnaire serait difficile ou douloureux pour certains parents et que nous ne pourrions compter dans certains cas que sur le dossier « orthophoniste ».

2.2.3 Elaboration des questionnaires

Les deux questionnaires sont présentés en annexe 1.

♦ **Définition du contenu**

Une fois l'autorisation obtenue par la direction du Centre du Langage de pouvoir consulter les dossiers des patients et notre population définie, nous avons discuté de notre projet de mémoire avec nos différents maîtres de stages. Nous avons par ailleurs rencontré l'une des responsables du « réseau DYS Pays de Loire », ce dernier, comme nous l'avons vu dans notre partie théorique, fonctionnant en partenariat avec le Centre du Langage de Nantes.

Nous avons noté au cours de ces entretiens toutes les questions qui nous venaient à l'esprit et semblaient en relation avec les divers points que notre étude devait élucider. Notre objectif était de savoir quelles suites étaient données aux propositions émises par le Centre du Langage, et dans quelle mesure le centre avait répondu aux diverses attentes des orthophonistes, des enfants et de leur famille.

Nous avons, dans un premier temps, défini les problèmes à aborder dans nos questionnaires et les informations recherchées. Nous avons choisi d'organiser nos deux questionnaires autour de cinq axes principaux :

- la personne à l'origine de la demande de consultation et le motif de cette consultation;
- l'impact du diagnostic sur l'enfant et sa famille ;
- les propositions émises par le centre ;
- les propositions suivies d'effet et celles non réalisées ;
- les bénéfices de cette consultation pour l'enfant et sa famille.

Nous disposions déjà d'un bon nombre de renseignements recueillis dans nos fiches « données patients » à partir des dossiers du CHU de Nantes, mais il nous semblait nécessaire de reposer certaines questions pour susciter d'éventuelles réactions et/ou, concernant les dossiers de consultation remontant à 2003 et 2004, permettre aux orthophonistes et aux parents de resituer un contexte et de se remémorer les données de cette consultation.

Questions à aborder	Informations recherchées
Personne à l'origine de la demande de consultation et motifs invoqués	**- lien entre origine et motifs de la consultation** **- concordance réponses orthophoniste / parents** **- lien entre motifs de consultation et âge diagnostique** **- évolution des motifs sur les trois années de consultation**
Les réactions des familles à l'annonce du diagnostic	**- troubles diagnostiqués** **- réactions positives/négatives** **- concordance réponses orthophoniste/parents** **- lien avec l'origine de la demande et le motif de consultation**
Propositions émises par le Centre du Langage	**- synthèse des propositions d'ordre thérapeutique et scolaire** **- lien entre troubles diagnostiqués et propositions** **- informations éventuellement apportées en complément de celles du dossier patient**
Les propositions suivies d'effet et celles sans suite	**- lesquelles se sont mises en place comment et sous quels délais** **- lesquelles ne se sont pas réalisées et pour quels motifs** **- concordance entre réponses orthophoniste/parents**
Les bénéfices de la consultation	**- les bénéfices thérapeutiques/scolaires/personnels (impact du diagnostic)** **- concordance réponses orthophoniste/parents** **- lien entre les bénéfices, l'origine et les motifs de la demande de consultation** **- lien entre satisfaction et importance du trouble/ présence de troubles associés**

Les questions complémentaires

Autour de ces cinq axes principaux ont été posées des questions susceptibles de nous apporter des compléments d'informations.

En recueillant les renseignements utiles à notre objectif d'enquête dans les dossiers patients, nous nous sommes rendu compte que l'un des motifs de consultation parfois invoqué était une demande de reconnaissance par l'école des difficultés de l'enfant dans le but d'obtenir certaines aides ou de bénéficier d'une orientation scolaire adaptée. Il nous a donc paru important de questionner les parents sur la prise en compte par l'école des difficultés de leur enfant avant son passage au Centre du Langage et sur l'impact de la consultation sur cette reconnaissance.

Toujours concernant la scolarité, nous avons questionné les orthophonistes sur leur collaboration avec les enseignants, et également sur le bénéfice scolaire de la consultation (en complément des informations qui seraient fournies par les parents).

La question posée à l'orthophoniste et aux parents sur l'évolution de l'enfant vient en complément de celle concernant l'impact du diagnostic sur l'enfant et sa famille et celle des bénéfices résultant de la consultation du Centre du Langage.

Nous avons également demandé aux orthophonistes de préciser la raison d'un éventuel arrêt de la prise en charge. Un arrêt de la rééducation orthophonique peut en effet se justifier par la nécessité d'une fenêtre thérapeutique, ou bien par une évolution positive de l'enfant, ou encore par l'attribution d'un suivi intensif par un service de soins type SSEFIS.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, nous nous attendions à ce que certaines familles ne collaborent pas à notre étude et nous avons prévu dans le questionnaire destiné aux orthophonistes une question pouvant nous renseigner sur les motifs de cette absence de collaboration.

Nous souhaitions également savoir si les orthophonistes étaient adhérentes du « réseau DYS Pays de Loire » et dans l'affirmative, si cette adhésion s'était faite pour l'enfant concerné.

D'autres questions ont été posées aux parents sur le lieu de scolarisation de leur enfant (public ou privé), sur un éventuel suivi de leur enfant par le Centre du Langage postérieurement à la première consultation et sur les éventuelles aides financières dont ils ont pu bénéficier. Ces questions subsidiaires, nous le verrons, n'ont pas apporté d'informations particulières pour notre étude et n'ont pas été nécessairement exploitées.

- **La forme des questions**

Cette étape consiste à adapter l'outil questionnaire à son but, à savoir la réponse. Chaque contenu visé par une question concerne l'information et intéresse surtout l'enquêteur, alors que la forme touche l'enquêté. La forme des questions est primordiale car elle conditionne l'acceptabilité des questions délicates, la sincérité, la significativité et la précision des réponses.

Lors de l'élaboration des questionnaires, nous nous sommes interrogées sur la place à accorder aux questions dites « ouvertes » et à celles dites « fermées ». Les questions dites fermées sont celles où les personnes interrogées doivent choisir entre des réponses déjà formulées à l'avance, alors que les questions dites ouvertes sont celles où, au contraire, les personnes interrogées sont libres de répondre comme elles le veulent.

Les premières, avec un codage fixé à l'avance, présentent l'avantage certain d'une analyse simple et limitée des réponses, mais ce choix de questions restreint le champ de réponses possibles. Les questions ouvertes offrent l'intérêt de laisser une grande liberté de réponses, mais les informations obtenues par ces questions apparaissent souvent fragiles parce que dispersées ou difficilement utilisables en référence aux préoccupations de la recherche.

Nous avons néanmoins pris le risque d'opter pour une majorité de questions dites « ouvertes », notre étude se voulant plus qualitative que quantitative (ce qui aurait nécessité, dans ce dernier cas, un codage de questions plus rigoureux). Nous avons

préféré pour la majorité des questions, permettre aux orthophonistes et aux parents de faire part de leurs opinions, la complémentarité des deux questionnaires permettant un peu plus d'objectivité.

Le type fermé et préformé a été utilisé pour la question des propositions émises par le centre, les questions préformées autorisant une réponse « autre » pour le cas où l'interrogé aurait une réponse non proposée à apporter.

- **Le libellé des questions**

Les termes employés dans les questions et la tonalité des mots doivent être choisis avec soin et vigilance. Il faut en effet éviter une mauvaise compréhension de la question tout comme il faut éviter d'orienter la réponse.

Nous avons soumis une première version de nos questionnaires à nos différents maîtres de stage, ce qui nous a amenées à reformuler ou simplifier certaines questions qui auraient été trop complexes pour les parents et à renoncer à d'autres jugées inutiles ou trop éloignées de notre sujet.

Certaines questions ont été présentées de façon différente dans les deux questionnaires « orthophoniste » et « parents », principalement dans un souci de simplification pour les parents.

La question n°3 du questionnaire « orthophoniste » ***«…quelles étaient les attentes de cette consultation ? »*** renvoie à la question n°4 du questionnaire « parents » ***« Pour quelles raisons votre enfant a-t-il consulté ce centre ? »***. Le mot « attentes », que nous avions choisi dans un premier temps pour les deux questionnaires, ne nous a pas semblé suffisamment accessible pour les parents, alors que le vocabulaire « raisons » est couramment et facilement employé.

Il en va de même concernant les questions n°5 et n°6 du questionnaire « orthophoniste » ***« Quels sentiments ont pu exprimer les parents face aux conclusions énoncées ? »*** et ***« Avez-vous pu noter certaines réactions chez l'enfant ? »***, qui ont été réunies en une seule question n° 6 dans le questionnaire destiné aux parents : ***« Pouvez-vous raconter***

vos impressions et peut-être les réactions de votre enfant lorsque les conclusions vous ont été données ? ».

Une certaine difficulté est intervenue pour le choix de termes précis et les plus neutres possible dans les questions concernant la satisfaction des orthophonistes et des familles. La question n°11 posée aux orthophonistes ***« Ces propositions ont-elles répondu aux attentes, et lesquelles ont été les plus bénéfiques pour l'enfant ?»*** ouvrait à toutes possibilités de réponses, positives ou négatives, et permettait de pointer ce qui, parmi toutes les propositions du centre, avait le plus apporté à l'enfant. Cette question a été simplifiée et rendue plus accessible pour les parents dans la question n°10 : ***« Parmi les propositions faites par le centre (pour les soins et la scolarité) lesquelles ont le plus aidé votre enfant ?».***

En dehors de ces questions libellées de manière différente, la formulation des questions ne nous a pas posé de difficultés particulières. C'est plutôt leur nombre et leur place qui ont fait l'objet de nombreuses modifications successives.

- **Le nombre et l'ordre des questions**

L'élaboration des questionnaires a donné lieu à de multiples versions dont une complète mais trop complexe et trop longue, comportant six pages de questions pour les orthophonistes et huit pages pour les parents. Nous avons dû réduire le nombre de questions donc renoncer à certaines et en relier d'autres. Un questionnaire trop long risquait d'être complété sans trop d'intérêt ou de ne pas être complété par manque de temps. Par ailleurs, un nombre trop important de questions risquait d'entraver l'analyse des réponses par une quantité d'informations trop importante à traiter.

L'ordre des questions devait respecter une certaine logique dans les deux questionnaires :

- recherche de certaines informations antérieures à la consultation du centre (suivi orthophonique, scolarité) ;

- la consultation au Centre du Langage (annonce du diagnostic, propositions émises) ;

- les suites de cette consultation (mise en place ou non des soins et des aides ou orientations scolaires préconisées, évolution de l'enfant).

Cette construction chronologique a été respectée dans les deux questionnaires, mais certaines questions y ont été présentées différemment dans l'un et dans l'autre. C'est le cas de celles concernant les propositions du centre et leur réalisation effective.

3. Prise de contact et envoi des questionnaires

3.1 Prise de contact

Nous avons choisi de contacter les orthophonistes par téléphone plutôt que de leur envoyer un courrier exposant le sujet de notre étude et sollicitant leur collaboration. Cela nous permettait de savoir d'emblée si cette collaboration serait possible et nous faisait par conséquent gagner un certain temps.

Nous nous sommes équitablement réparti les dossiers de façon à ce que chacune de nous deux ait le même nombre d'orthophonistes à contacter.

Certains questionnaires ont été remis en mains propres aux orthophonistes qui nous ont reçues comme stagiaires, ainsi qu'à celles que nous avons pu croiser sur nos lieux de stage.

La majorité des orthophonistes que nous avons réussi à contacter, et qui sont essentiellement des femmes, nous ont très bien accueillies et se sont montrées a priori intéressées par notre étude. Quelques unes d'entre elles ont formulé le souhait de recevoir un récapitulatif de notre enquête.

Certaines ne suivaient plus les enfants concernés depuis un certain temps mais ont néanmoins accepté de répondre au questionnaire, sachant que le questionnaire « parents » pourrait nous donner un complément d'informations. D'autres nous ont parlé de patients qui ne figuraient pas sur nos listes et qui sont probablement passés au travers de nos recherches informatiques. Nous avons dû à nouveau consulter les fichiers

informatiques du Centre du Langage pour vérifier si les enfants proposés répondaient bien à nos critères de sélection et avons pu ajouter trois nouveaux enfants à notre population.

S'agissant des questionnaires « parents », nous avons décidé de les faire parvenir aux familles par l'intermédiaire des orthophonistes, ce qui a été accepté par la majorité d'entre elles. Seulement l'une d'entre elles nous a conseillé de contacter directement les parents sans nous donner réellement de motif. Enfin, deux questionnaires « parents » ont d'emblée été écartés sur indication des orthophonistes qui savaient que les parents ne collaboreraient pas, du fait de leurs relations difficiles.

3.2 Envoi des questionnaires

Toutes les orthophonistes n'ont pu être contactées et parmi celles que nous avons réussi à joindre, certaines n'ont pas voulu ou pu collaborer pour différentes raisons. Un certain nombre de dossiers ont donc été écartés pour l'un ou l'autre des motifs indiqués dans le tableau suivant :

Contacts n'ayant pas débouché sur l'envoi de questionnaires :

Motifs	**Nombre d'orthophonistes concernées**	**Nombre de dossiers écartés : 37**
Orthophonistes n'ayant pas donné suite à nos messages	7	dysphasies : 4 dyslexies : 4
Orthophonistes non trouvées dans le département	4	dysphasies : 2 dyslexies : 2
Cessation d'activité	2	dysphasie : 1 : 1
Cession de clientèle	3	dysphasies : 2 dyslexies : 3
Congé maternité	1	- dyslexie : 1

Refus de collaborer à cette étude	1	- dysphasie : 1
Suivi orthophonique de l'enfant interrompu depuis trop longtemps	7	- dysphasie : 1 - dyslexies : 5
Changement d'orthophoniste peu après la consultation au centre	5	- dysphasies : 4 - dyslexies : 2
Orthophonistes non à l'origine de la demande de consultation au centre	2	- dyslexies : 2
Coordonnées de l'orthophoniste erronées dans le dossier	2	- dysphasie : 1 - dyslexie : 1

Aux 63 dossiers restants (33 enfants dysphasiques et 30 enfants dyslexiques) nous avons rajouté les 3 enfants proposés par les orthophonistes et qui répondaient à nos critères (2 enfants dysphasiques et un enfant dyslexique).

Nous avons donc envoyé 66 dossiers dont 64 complets (questionnaires orthophoniste + parents) et 2 questionnaires (orthophoniste seuls) répartis sur 39 orthophonistes.

Pour ces 66, nous avons envoyé les questionnaires avec deux lettres d'accompagnement (présentées en annexe 2), l'une destinée aux orthophonistes, l'autre aux parents, ces lettres expliquant notre démarche et garantissant l'anonymat des enfants dans notre étude.

Dossiers envoyés

	Dossiers complets (deux questionnaires)	Questionnaire "orthophoniste" uniquement
Enfants dysphasiques	**35**	
Enfants dyslexiques	**29**	**2**
Total	**64**	**2**

Les dossiers ont été envoyés mi-janvier avec une indication de date retour fixée au 30 mars 2007. Devant le peu de dossiers retournés à cette date, nous avons dû adresser aux orthophonistes un courrier de relance fixant un nouveau terme au 20 avril 2007.

CHAPITRE 2 - ANALYSE DES RESULTATS DE NOTRE ETUDE

Après avoir présenté les participants à notre enquête, nous exposerons les résultats de nos analyses qui ont porté sur les points suivants :

- l'origine et les motifs de consultation au Centre du Langage ;
- les impressions et réactions à l'annonce du diagnostic ;
- les troubles diagnostiqués ;
- les différentes propositions du centre et leur réalisation ou non réalisation ;
- les bénéfices de cette consultation pour l'enfant et sa famille ;
- l'évolution des enfants avec les données de cette consultation.

1. Les participants à notre enquête

1.1 Nombre de dossiers reçus

Sur les 66 dossiers envoyés, 39 ont été renvoyés soit 59,09%. Vingt-neuf orthophonistes ont collaboré à notre étude, 27 exerçant en libéral, une dans un CMP et une autre dans une structure SSEFIS.

Les dossiers se répartissent comme suit :

	Dossiers complets (orthophoniste +parents)	**Questionnaire orthophoniste uniquement**
Enfants dysphasiques	**20**	**3**
Enfants dyslexiques	**10**	**6**
Total	**30**	**9**

Nous avons cherché à comprendre à travers l'analyse des différentes données des questionnaires « orthophoniste » ce qui aurait pu expliquer l'absence de collaboration pour les 9 familles. Cette participation était en effet prévue pour 8 d'entre elles et les orthophonistes ne nous ont donc pas indiqué de motif pour l'absence de retour des questionnaires parents.

Pour l'une des familles, il était convenu que le questionnaire ne serait pas transmis aux parents. Nous avons noté, concernant l'enfant, une proposition de suivi psychologique qui selon l'orthophoniste était une priorité et que les parents semblent toujours avoir refusée. Ce même refus a été mentionné pour un autre enfant et on peut se demander dans quelle mesure cette question délicate n'est pas intervenue dans l'absence de participation des parents à notre étude.

Selon une orthophoniste, une famille a exprimé son mécontentement quant au délai d'attente entre la demande de consultation et la réalisation des bilans, ce qui peut être une explication du non retour du questionnaire. Pour les six autres enfants, rien n'a permis de poser une quelconque hypothèse sur le non retour des questionnaires.

Certaines précisions nous ont été données par les orthophonistes concernant le remplissage du questionnaire « parents » : certains parents ont en effet sollicité l'aide de l'orthophoniste, et certains adolescents se sentant très concernés par cette étude ont souhaité eux aussi collaborer. Selon l'une des orthophonistes, le questionnaire « parents » a été très enrichissant.

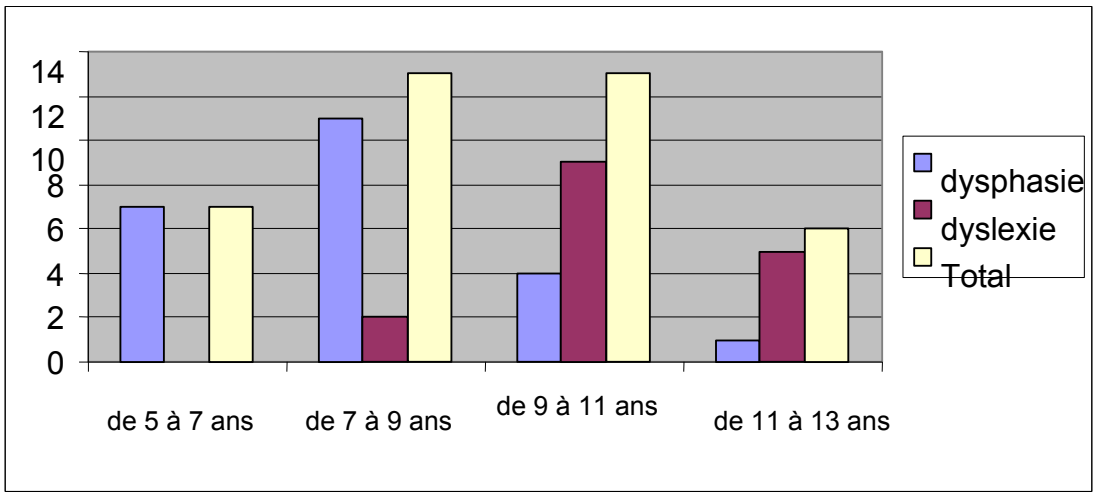
1.2 Quelques indications chiffrées sur les participants

Le détail des données générales sur ces jeunes patients figure en annexe 3 dans laquelle les enfants ont été classés chronologiquement par date de consultation.

Sur notre population d'enfants dysphasiques nous avons répertorié 8 filles et 15 garçons contre 6 filles et 10 garçons dyslexiques.

L'âge moyen du diagnostic de notre population d'enfants dysphasiques est de 7 ans et 11 mois avec une majorité de diagnostics posés entre 7 et 9 ans, alors que celui des enfants dyslexiques s'élève à 10 ans et 5 mois avec une majorité de diagnostics posés entre 9 et 11 ans.

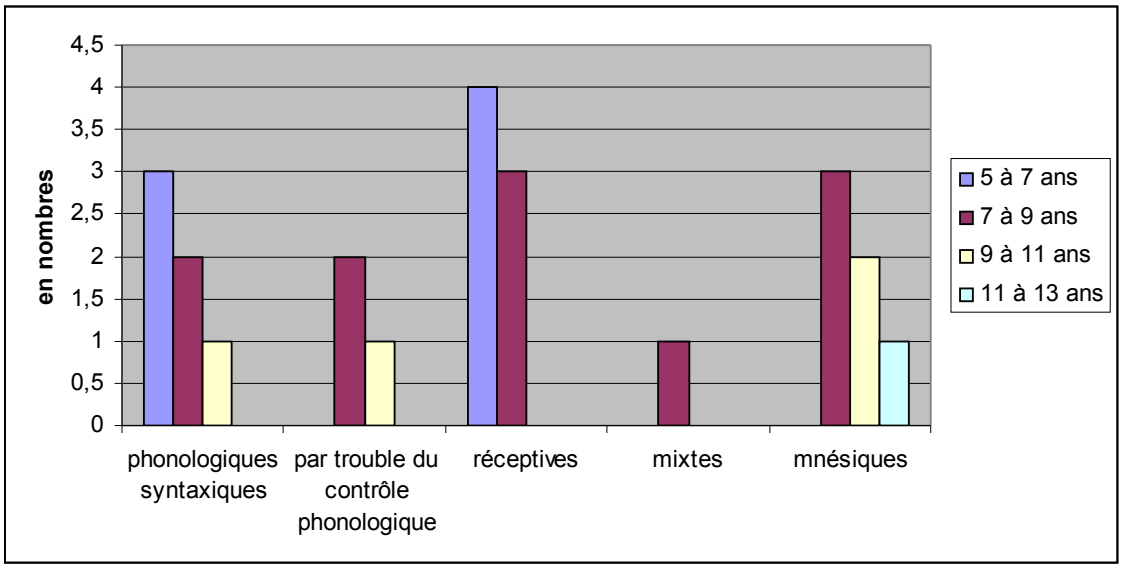
Répartition de la population selon l'âge du diagnostic :



Cet écart était évidemment attendu puisque le langage oral précède l'apprentissage du langage écrit, mais l'âge moyen diagnostique des dysphasies nous a paru élevé. On peut noter un cas un peu extrême, un diagnostic de dysphasie mnésique posé chez un enfant de 11 ans 2 mois pour lequel on relève comme trouble associé une dyslexie-dysorthographie sévère. Cet enfant fait peut-être partie des cas de dysphasies révélées par un trouble dyslexique, soulignés par C.L GERARD (2003).

Globalement, lorsque l'on regarde le diagramme suivant, les dysphasies mnésiques semblent diagnostiquées plus tardivement que les autres types de dysphasies, tout du moins pour ce qui concerne notre population.

Répartition de la population dysphasique selon l'âge du diagnostic :



2. Origine et motifs des demandes de consultation

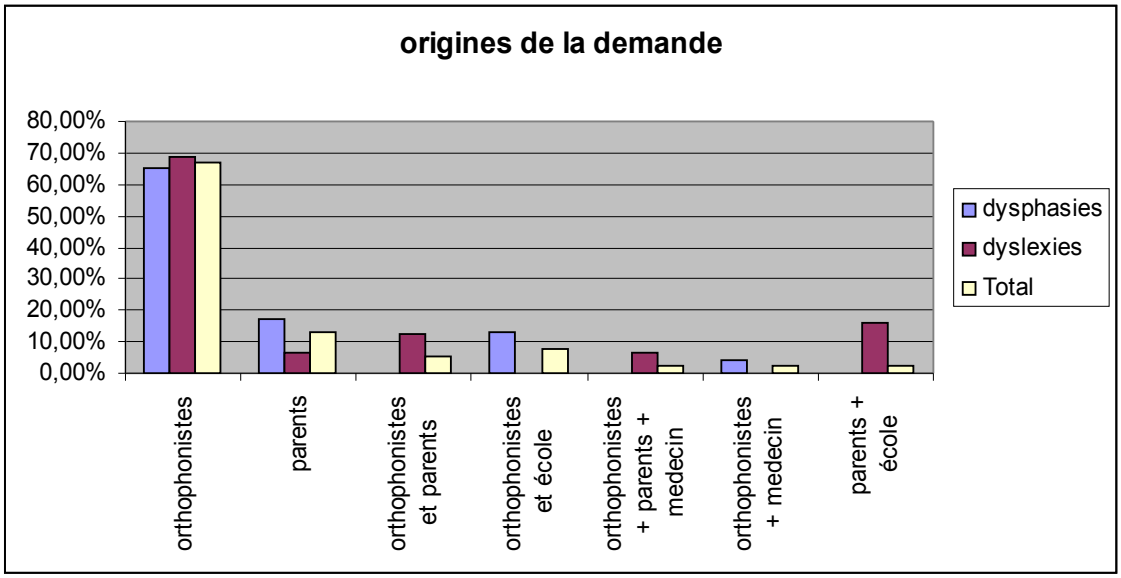
La synthèse des données recueillies sur ce sujet s'est révélée bien plus complexe qu'on ne le pensait car réalisée sur la base de trois sources de données souvent contradictoires : celles des dossiers patients du CHU, celles des questionnaires « orthophoniste » et celles des parents ayant accepté de collaborer à notre étude.

Certains dossiers parents ne donnant aucune indication sur l'origine et les motifs de consultation, nous avons décidé de baser cette analyse sur celles fournies par les orthophonistes.

2.1 Personnes à l'origine de la demande de consultation

Dans la majorité des dossiers, l'orthophoniste s'est trouvée à l'origine de la demande de consultation ou bien a participé à celle-ci en concertation avec les parents et/ou l'école et/ou le médecin qui suit l'enfant (généraliste ou pédiatre). Dans 15,38% des dossiers ce sont les parents qui ont pris l'initiative de consulter le Centre du Langage, parfois sur conseil de l'école.

Sur nos 39 dossiers, les origines de cette demande se répartissent de la façon suivante :



2.2 Motifs des demandes de consultation

Nous avons choisi dans un premier temps de répertorier les motifs invoqués par les orthophonistes lorsqu'elles ont été à l'origine de la demande ou y ont contribué (sur 33 dossiers) et d'exploiter la concordance entre les indications données par l'orthophoniste

et celles données par les parents. Puis nous avons étudié les motifs de cette demande de consultation lorsque les parents en ont pris l'initiative.

Il nous a également paru intéressant de rechercher si sur les trois années de consultation les motifs avaient évolué, et d'étudier dans quelle mesure ils pouvaient différer selon les âges de diagnostic.

2.2.1 Motifs invoqués par les orthophonistes

Les motifs de consultation ont été pour nous difficiles à analyser parce que certains pouvaient recouvrir différentes motivations et ce biais a compliqué l'interprétation des réponses. Nous avons néanmoins tenté d'exploiter ces données et avons pour cela défini six catégories de motifs, plusieurs d'entre eux pouvant être mentionnés par une même orthophoniste :

- demande de confirmation d'un diagnostic ;
- demande de diagnostic différentiel ;
- demande d'indication d'axes rééducatifs ;
- demande de reconnaissance des troubles par l'école ;
- répondre aux inquiétudes de la famille ;
- nécessité d'une prise de conscience par les parents des difficultés de l'enfant.

♦ **Demande de confirmation de diagnostic**

Nous avons regroupé dans cette première catégorie non seulement les demandes explicites de confirmation d'une hypothèse diagnostique de dysphasie ou dyslexie mais également les demandes fondées sur une suspicion de trouble spécifique :

- demande de confirmation d'un diagnostic ;
- besoin d'affiner ou de préciser le diagnostic suspecté ;
- besoin de précision sur le degré de sévérité du trouble suspecté.

Les orthophonistes n'ont malheureusement pas précisé quelles étaient leurs attentes derrière ces demandes et aucune autre question n'était prévue pour nous apporter des

précisions sur les motifs demandés. Une demande de confirmation de diagnostic ou de précision de diagnostic peut en effet tout autant recouvrir une demande de conseils sur la rééducation qu'une demande d'aménagements pédagogiques pour la scolarité ou encore une nécessité de répondre aux inquiétudes des parents.

- **Demande de diagnostic différentiel**

Dans cette seconde rubrique, nous avons classé les demandes explicites de diagnostic différentiel, celles de bilan pluridisciplinaire et celles de précisions sur l'origine des troubles (en l'absence de toute hypothèse diagnostique de l'orthophoniste).

Les demandes explicites de diagnostic différentiel évoquaient des difficultés à dissocier les troubles du langage d'autres troubles, généralement comportementaux, qui se trouvaient parfois au premier plan. Ont ainsi été mentionnés, concernant certains enfants reconnus dysphasiques par la suite, des troubles envahissants du développement de type autistique (dans le cadre d'une demande conjointe de l'orthophoniste et du médecin), ou une grande immaturité faisant douter sur les capacités cognitives de l'enfant. Des troubles du comportement et des troubles psychomoteurs ont également été évoqués pour des enfants souffrant de troubles du langage écrit.

Aucune précision n'a été apportée concernant les demandes de bilan pluridisciplinaire et celles visant à préciser l'origine des troubles, et là encore s'est posée la question des réelles motivations que ces demandes recouvraient.

- **Demande explicite d'indication d'axes rééducatifs**

Seulement deux orthophonistes ont mentionné entre autres, ce motif de consultation. Nous avions prévu dans notre première version de questionnaire « orthophoniste » une question sur les éventuelles nouvelles pistes de rééducation apportées par les préconisations du Centre du Langage. A force de modifications et simplifications, nous avons malencontreusement oublié cette question dans notre dernière version.

Nous avons jugé utile d'adresser aux orthophonistes une note « Erratum » mentionnant l'oubli de cette question et leur proposant d'y répondre dans le cadre de celle relative

aux bénéfices de la consultation. Nous verrons que seulement six orthophonistes ont évoqué ces axes rééducatifs.

Le faible nombre de demande de conseils rééducatifs s'explique peut-être aussi par le fait que cette demande était implicitement formulée dans les demandes de confirmation de diagnostic, comme nous l'avons évoqué précédemment.

- **Demande de reconnaissance des troubles de l'enfant par l'école**

Après la demande de confirmation de diagnostic et celle de diagnostic différentiel, le motif d'une reconnaissance par l'école des difficultés de l'enfant vient en troisième position.

Nous avons regroupé, sous ce motif, les demandes littérales de reconnaissance des troubles par l'école, celles d'aides et d'aménagements pédagogiques, les demandes de prises en charge par un service de soins de type SSEFIS, celles relatives à une orientation scolaire adaptée, mais également les demandes de conseils sur une orientation scolaire recommandée par l'école.

La plupart des dossiers concernés ont mentionné le besoin d'officialiser le trouble pour obtenir les aides ou orientations souhaitées. Deux orthophonistes ont évoqué le passage obligé par le Centre du Langage pour obtenir une aide SSEFIS.

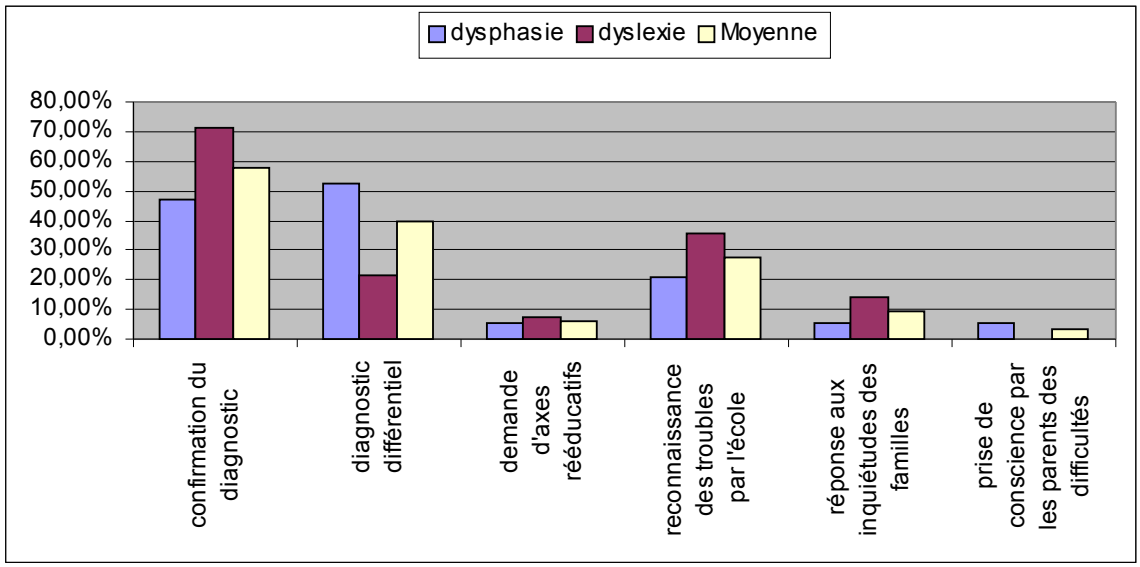
- **Répondre aux inquiétudes de l'enfant et de ses parents**

Expliquer les troubles et les nommer pour déculpabiliser l'enfant et sa famille est un motif que l'on a retrouvé dans certains dossiers d'enfants reconnus par la suite dysphasiques ou dyslexiques. Nous verrons qu'à l'annonce du diagnostic, de nombreuses familles ont éprouvé un grand soulagement.

♦ **Nécessité d'une prise de conscience par les parents des difficultés de leur enfant**

Certains parents peuvent se trouver dans le déni des difficultés de leur enfant ou bien ne pas mesurer l'importance de ses troubles. Un avis médical, par une équipe spécialisée, peut alors les amener à entreprendre les démarches de soins et d'aides nécessaires pour leur enfant, et c'est ce que souhaitait l'orthophoniste de l'un des enfants.

Le diagramme suivant récapitule les différents motifs invoqués par les orthophonistes selon le type de pathologie (sur 33 dossiers) :



On constate que le motif le plus souvent invoqué toutes pathologies confondues a été celui d'une demande de confirmation de diagnostic et qu'il concernait majoritairement les cas de dyslexies. Les troubles dysphasiques sont probablement plus difficiles à isoler des nombreux troubles qui leur sont associés ou à distinguer d'un important retard de parole ou de langage, ce qui explique le pourcentage important de diagnostic différentiel les concernant.

Le pourcentage de demandes pour une reconnaissance des troubles par l'école a été moins important que celui auquel on s'attendait, probablement parce que ce motif est plus fréquemment évoqué par les parents ou bien parce que cette demande de

reconnaissance était implicitement formulée derrière une demande de confirmation de diagnostic ou autre.

2.2.2 Concordance motifs orthophoniste/parents

Concernant les 30 dossiers reçus complets, nous avons voulu étudier la concordance entre les motifs indiqués par l'orthophoniste et ceux mentionnés par les parents, hormis la demande d'axes rééducatifs qui est un motif propre aux orthophonistes.
Nous avons évoqué le fait que certains questionnaires «parents » avaient été complétés avec l'aide de l'orthophoniste et certains motifs indiqués par les orthophonistes se sont effectivement retrouvés mentionnés à l'identique dans les questionnaires « parents ».
Concernant les autres dossiers, les indications orthophoniste/parents ont été majoritairement concordantes, que les parents aient contribué à la demande de consultation ou non. Cette concordance s'est retrouvée lorsque le motif de consultation était une demande de reconnaissance des troubles par l'école (besoin d'aménagements pédagogiques ou d'intervention d'un service de soins) ou lorsqu'il s'agissait d'une demande de confirmation de diagnostic et que les parents connaissaient l'hypothèse diagnostique de l'orthophoniste. Les commentaires des parents sur l'annonce du diagnostic (nous y reviendrons ultérieurement) nous ont montré que certains connaissaient cette suspicion.

Les motifs indiqués ont en revanche été différents lorsque l'orthophoniste ne leur avait pas fait part de ses hypothèses sur la pathologie de l'enfant. Les parents ont alors mentionné comme motif de consultation les troubles du langage oral ou écrit ou bien les difficultés scolaires de leur enfant.

2.2.3 Motifs des parents à l'origine d'une demande de consultation

Pour 6 dossiers, il y a eu à l'origine de la consultation une demande des parents ou une demande conjointe des parents et de l'école.

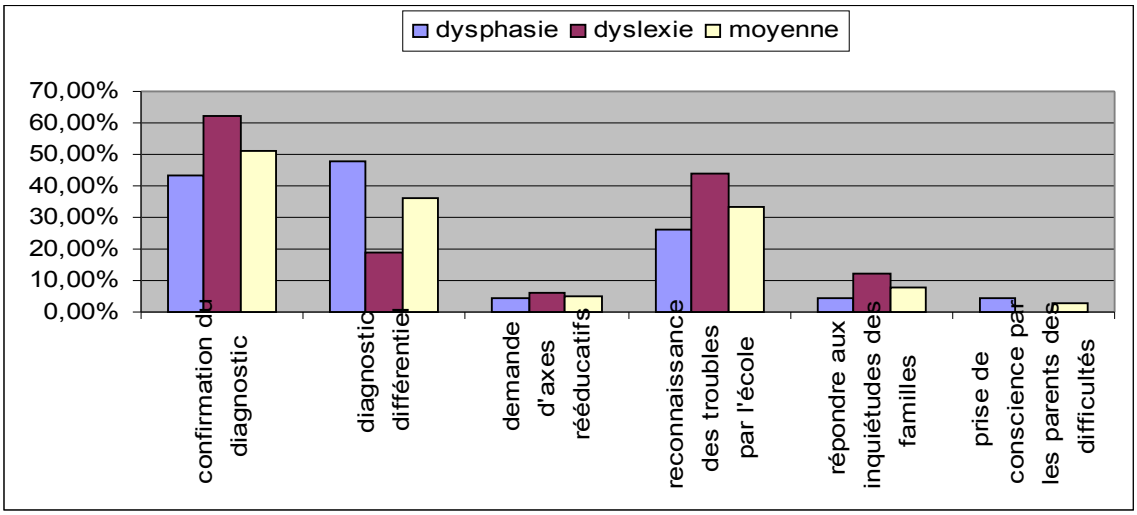
Pour un dossier, la demande concernait une précision de diagnostic ; un antécédent de dysphasie existant dans la famille. Un autre dossier a mentionné un besoin pour les parents de déterminer l'origine des troubles. Pour les quatre autres, le motif était une

demande de reconnaissance des difficultés de l'enfant par l'école pour obtenir certaines aides (deux familles ayant été orientées vers le centre sur les conseils de l'APEDYS : Association des Parents d'Enfants Dyslexiques).

Pour l'une des demandes conjointes des parents et de l'école, a été mentionné un passage obligé par le Centre du Langage pour obtenir une aide SSEFIS, et cette même nécessité a été soulignée par une orthophoniste dans sa demande de consultation pour reconnaissance des troubles par l'école.

Si l'on récapitule les motifs « orthophoniste » (sur 33 dossiers) et les motifs « parents » (sur 6 dossiers), on obtient les résultats suivants :

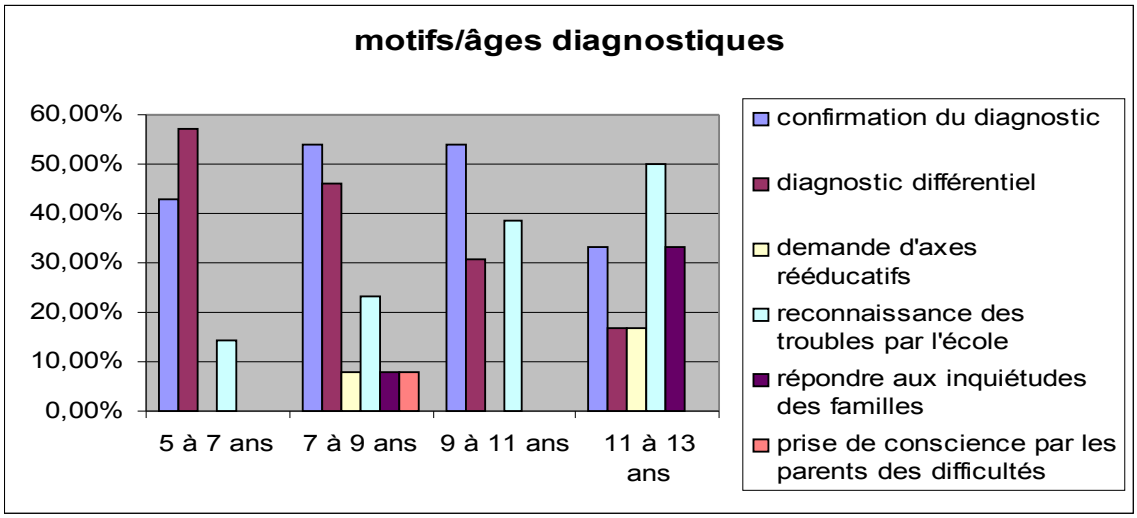
Motifs sur la totalité des dossiers :



Nous pouvons juste souligner que le nombre de consultations pour une reconnaissance par l'école des troubles de l'enfant est supérieur à celui du tableau précédent (motifs orthophonistes).

2.2.4 Lien entre les motifs de consultation et les âges de diagnostic

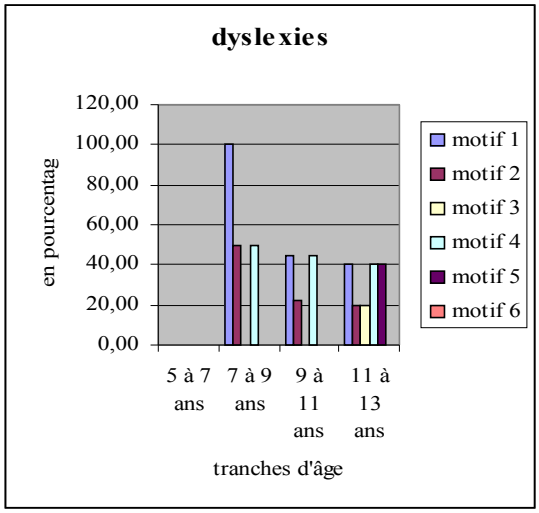
Nous avons voulu analyser comment se répartissaient les motifs de consultation selon les âges des enfants lors de leur passage au Centre du langage.

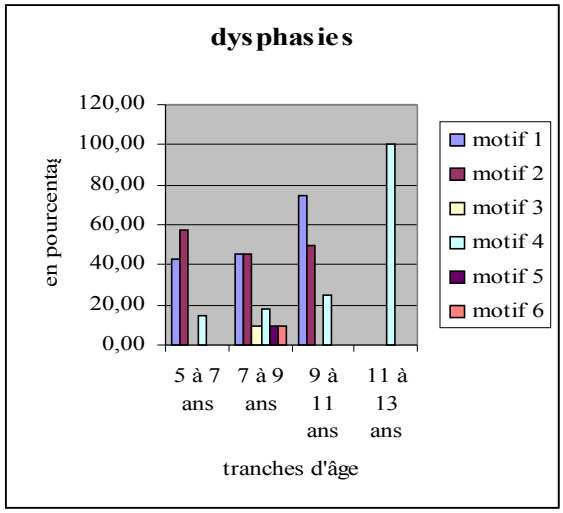


On peut déjà noter que pour la tranche d'âges de 5 à 7 ans, le motif principal a été une demande de diagnostic différentiel (sans hypothèse diagnostique). Entre 7 et 9 ans, le rapport s'est inversé au profit des demandes de confirmation d'un diagnostic, le recul évolutif rendant le trouble spécifique probablement plus certain. Le motif de reconnaissance des troubles par l'école est passé, peut-être en lien avec les exigences scolaires et les problèmes d'orientation ; de 14,86% chez les 5 à 7 ans à 50% pour la tranche d'âges de 11 à 13 ans.

L'analyse des rapports entre les motifs et les types de pathologies, sur chaque tranche d'âges, nous a apporté quelques précisions supplémentaires :

1 ■ confirmation du diagnostic
2 ■ diagnostic différentiel
3 ■ demande d'axes rééducatifs
4 ■ reconnaissance des troubles par l'école
5 ■ répondre aux inquiétudes des parents
6 ■ prise de conscience des difficultés par les parents





Entre 5 et 7 ans : 7 enfants dysphasiques

Les demandes de consultation n'ont concerné que des enfants souffrant de troubles du langage oral, l'apprentissage du langage écrit étant peut-être encore trop récent pour que les troubles relatifs à cet apprentissage puissent être suspectés comme spécifiques.

Le principal motif de consultation pour ces enfants a été une demande de diagnostic différentiel pour déterminer l'origine des troubles et/ou faire la part des choses entre les troubles du langage oral et les troubles associés qui sont le plus souvent des troubles comportementaux ou psychoaffectifs.

Les besoins relatifs à la scolarité concernaient environ 15% des dossiers.

Entre 7 et 9 ans : 11 enfants dysphasiques et 2 enfants dyslexiques

Dans cette tranche d'âges, les demandes de consultation ont concerné une majorité d'enfants reconnus dysphasiques par la suite. Les pourcentages de demandes de confirmation d'un diagnostic et de diagnostic différentiel ont été équivalents et celui de demandes relatives à la scolarité a augmenté.

Concernant les enfants dyslexiques, les deux dossiers ont évoqué une suspicion de dyslexie. Par ailleurs, la nécessité d'un diagnostic de trouble spécifique a été mentionnée pour l'un d'entre-eux, afin qu'il puisse bénéficier d'aménagements scolaires.

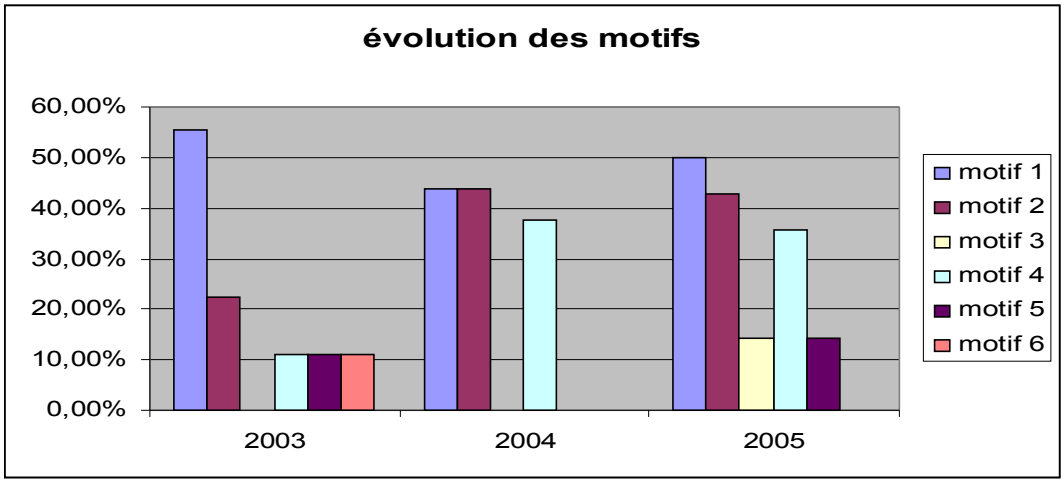
Entre 9 et 11 ans : 4 enfants dysphasiques et 9 enfants dyslexiques

Les enfants de notre population situés dans la tranche d'âges de 9 à 11 ans sont majoritairement des enfants dyslexiques et les principaux motifs de consultation mentionnés par leur orthophoniste ont été une demande de confirmation du trouble suspecté et/ ou un besoin d'adaptations scolaires ou de prise en charge par un service de soutien type SSEFIS.

Entre 11 et 13 ans : 1 enfant dysphasique et 5 enfants dyslexiques

Le fort pourcentage chez les enfants dysphasiques de demandes pour une prise en compte par l'école des difficultés s'explique par le fait que le seul enfant concerné a consulté le centre pour un problème d'orientation scolaire. On peut supposer que derrière la nécessité de répondre aux inquiétudes des parents, motif évoqué pour deux enfants dyslexiques, se trouvait une inquiétude relative à l'avenir scolaire de ces enfants.

2.2.5 Evolution des motifs sur les trois années de consultation



Cette analyse a souligné que les demandes de consultation relatives à la scolarité étaient plus importantes en 2004 et 2005 qu'en 2003 et que les demandes d'axes rééducatifs ne concernaient que des consultations de 2005. L'assemblée générale du « réseau DYS Pays de Loire », à laquelle nous avons pu assister, nous a appris que les pourcentages de motifs de consultation concernant la scolarité et les axes de rééducation s'étaient inversés en 2006 au profit des axes rééducatifs, avec une nette diminution des demandes d'aménagements ou d'orientation scolaires.

3. Impressions et réactions à l'annonce du diagnostic

Nous avons volontairement traité cette question avant l'analyse des troubles diagnostiqués pour ne pas dissocier ces derniers de l'étude des propositions thérapeutiques et pédagogiques qui en découlent.

L'analyse des impressions des parents à l'annonce du diagnostic nous a d'abord apporté un complément d'informations sur les questions de l'origine et des motifs de la consultation au Centre du Langage. Comme nous l'avons évoqué précédemment, nous avons constaté par cette analyse, que derrière la demande de confirmation de diagnostic formulée par une majorité d'orthophonistes, certains parents ignoraient tout de la suspicion du trouble tandis que d'autres la connaissaient avec un réel besoin de nommer les troubles pour différentes raisons en lien avec une culpabilité importante ou une prise en compte des difficultés par l'école.

Cette analyse nous a permis également d'entrevoir les répercussions de la pose d'un diagnostic sur les familles et aussi de faire un premier constat sur leur ressenti quant à ce passage au Centre du Langage.

Nous avons choisi de concentrer notre analyse sur les impressions mentionnées par les parents et de les compléter si nécessaire par celles fournies par les orthophonistes. Concernant les familles qui n'ont pas souhaité collaborer, nous n'avons pu que considérer le ressenti de l'orthophoniste.

Nous avons répertorié les différentes impressions et réactions en trois catégories : les impressions positives ; les impressions négatives ; et les autres réactions ni positives, ni négatives.

3.1 Les impressions ou réactions positives

Pour la majorité des familles (20/39), la pose d'un diagnostic de dysphasie ou de dyslexie a été un grand soulagement. Beaucoup ont en effet exprimé ce soulagement de pouvoir mettre enfin des mots sur les difficultés de leur enfant et d'avoir une explication de ses troubles.

Certains parents ont mentionné un sentiment de reconnaissance pour eux et leur enfant, et une déculpabilisation à l'égard de difficultés qu'ils comprenaient enfin. Cela leur permettait de mieux comprendre les réactions de l'enfant, de mesurer les efforts qu'il devait faire et de mieux l'accompagner dans sa vie scolaire et familiale. Cette pose de diagnostic permettait également à l'enfant de moins se dévaloriser.

Deux familles ont souligné les « mots justes » employés par les médecins du centre pour expliquer à l'enfant son trouble et lui faire comprendre qu'il n'était pas responsable de ses difficultés scolaires.
Pour l'une des familles, le diagnostic de dyslexie a permis une prise de conscience des problèmes de l'enfant qu'elle semblait ignorer et donc l'entreprise des actions à mener sur le plan scolaire et thérapeutique.

Pour certaines familles, la nomination du trouble signifiait une possible reconnaissance des difficultés par l'école et la mise en place des aménagements scolaires adaptés ou l'intervention d'un service de soutien jusqu'alors refusée.

3.2 Les impressions ou réactions négatives

Trois familles ont exprimé des impressions plutôt négatives. L'une d'entre-elles a mentionné un délai d'attente d'une année entre la demande de consultation et la restitution des bilans, et un compte-rendu difficilement compréhensible pour une

personne n'étant pas du milieu médical. Nous avons pu vérifier concernant l'enfant, qu'étant donné sa bonne évolution sur le plan linguistique, les propositions du centre s'étaient limitées à la reprise du suivi orthophonique qui avait été interrompu entre temps.

Pour les autres parents, le Centre du Langage n'a fait que constater les troubles de l'enfant alors qu'ils attendaient plus de soutien. Selon l'une des orthophonistes, la dynamique familiale aurait été remise en cause lors de la restitution du compte-rendu des bilans, ce qui peut expliquer ces réactions.

3.3 Les autres réactions

Les autres impressions décrites ne sont ni positives ni négatives. Certains parents étaient déjà informés de la nature du trouble suspecté par l'orthophoniste, et le centre n'a fait que confirmer le diagnostic sans effet de surprise pour eux. Dans ces cas-là, la demande de consultation émanait de l'orthophoniste pour un besoin de confirmation du trouble dysphasique ou dyslexique, sans autres attentes explicitement formulées. D'autres parents ont au contraire indiqué avoir été très surpris par le diagnostic, ignorant totalement l'existence du trouble nommé.

4. Diagnostic : trouble spécifique et troubles associés

Les bilans réalisés au Centre du Langage ont permis de diagnostiquer un trouble spécifique du langage, ou pour les plus jeunes patients de poser une hypothèse diagnostique de dysphasie ou de dyslexie/dysorthographie, et d'identifier ou de révéler les éventuels troubles associés.

Pour simplification, nous avons désigné sous les termes « troubles associés » ou « facteurs associés » les troubles diagnostiqués en parallèle de la pathologie spécifique dominante dysphasique ou dyslexique, sachant qu'il est extrêmement complexe de déterminer pour la plupart s'ils doivent être considérés soit comme des pathologies distinctes, soit comme des facteurs associés primitivement ou secondairement au trouble spécifique.

Le détail des troubles diagnostiqués pour chacun des patients de notre population figure sur le tableau de l'annexe 4.

Ce tableau nous montre que la présence de troubles associés, dont nous avons souligné la fréquence dans notre partie théorique, a été constatée chez près de 90% des patients de notre population. Pour seulement 4 d'entre-deux, 2 enfants dysphasiques (mnésique et réceptive) et 2 enfants dyslexiques, aucun trouble associé n'a été indiqué. Notre analyse concernant les troubles associés s'est donc basée sur une population de 35 enfants, dont 21 enfants dysphasiques et 14 enfants dyslexiques.

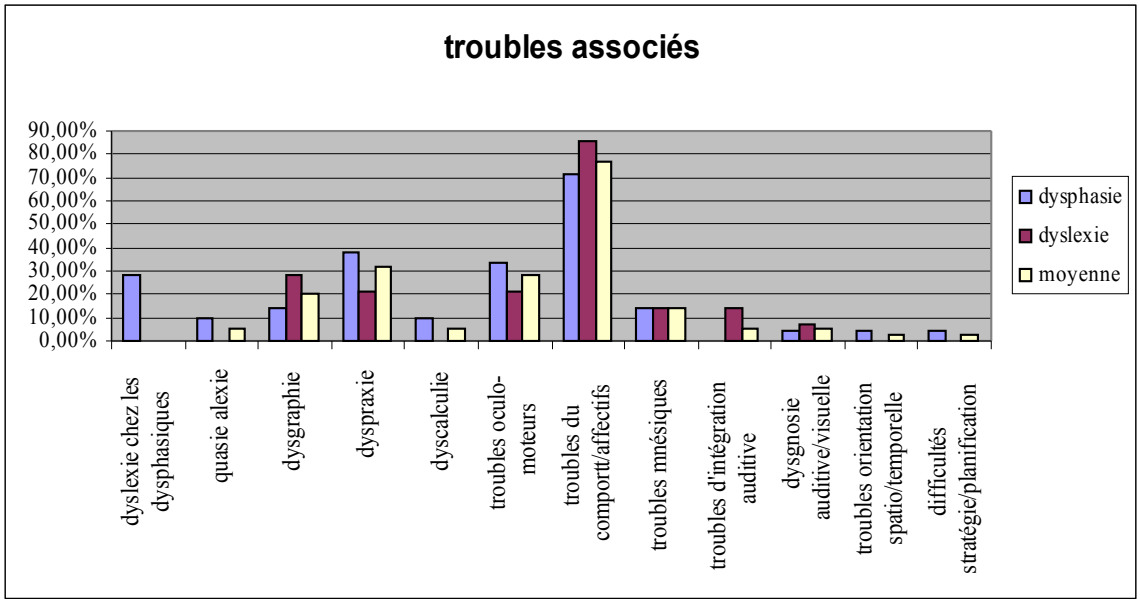
Sur ces 35 enfants, les troubles associés les plus fréquemment relevés sont les troubles dyslexiques chez certains dysphasiques, les troubles psychomoteurs (dysgraphies et dyspraxies), les troubles oculo-moteurs et les troubles du comportement ou psychoaffectifs.

D'autres troubles moins fréquents ont également été diagnostiqués pour l'une et/ou l'autre des deux pathologies, certains n'ayant pas été cités dans notre partie théorique.

Ont ainsi été relevés :

- une quasi-alexie (trouble spécifique de la discrimination et de la reconnaissance des stimuli visuels qui constituent la langue écrite) pour 2 enfants dysphasiques ;
- des troubles mnésiques (mémoire auditive et/ou autres) pour 3 enfants dysphasiques (pour une dysphasie autre que mnésique) et 2 enfants dyslexiques ;
- des troubles d'intégration auditive chez 2 enfants dyslexiques ;
- également une dysgnosie auditive chez 1 enfant dysphasique, associée à une dysgnosie visuelle chez 1 enfant dyslexique ;
- des difficultés de stratégies et de planification pour une dysphasie mnésique ;
- des difficultés d'orientation spatio-temporelle chez 1 autre enfant présentant une dysphasie mnésique.

Pour les 35 enfants ayant présenté des troubles associés, les troubles se répartissent de la façon suivante :



On constate que les troubles du comportement et/ou psychoaffectifs sont les plus fréquents. Ils se sont retrouvés chez plus de 71% des enfants dysphasiques et chez plus de 80% des enfants dyslexiques ayant présenté des troubles associés.

Nous avons souligné dans notre partie théorique qu'une déficience langagière tout comme un échec scolaire pouvaient avoir des conséquences psychologiques sur l'enfant, mais aussi que des troubles du comportement ou des troubles thymiques pouvaient parfois préexister aux difficultés langagières, ou cœxister majorant alors ces dernières. Pour certains des enfants de notre étude ayant présenté ces troubles, le caractère secondaire réactionnel a été clairement précisé. Dans d'autres cas une participation psychologique primitive ou une potentialisation des troubles par un contexte familial psychoaffectif difficile a été incriminée.

Ces troubles du comportement ou psychoaffectifs se sont exprimés, lorsqu'ils ont été précisés, sous forme de troubles attentionnels parfois avec une hyperactivité ou une impulsivité, de troubles relationnels, de grande immaturité, d'anxiété ou d'angoisse, de syndrome dépressif parfois avec des attitudes d'abandon, de défaitisme et des sentiments d'impuissance. Tous ces troubles se sont retrouvés indifféremment dans les deux pathologies dysphasique et dyslexique.

On relève ensuite une dyspraxie pour presque 32% des enfants de cette population et majoritairement chez les enfants dysphasiques. Certaines natures de dyspraxies ont été précisées par le Centre du Langage, comme la dyspraxie bucco-faciale, mélo-cinétique, dynamique ou encore visuo-constructive.

Une dyslexie-dysorthographie a été diagnostiquée chez près de 29% des enfants dysphasiques, dont une très sévère associée à une dysphasie mnésique.

Les troubles oculo-moteurs sont aussi fréquents dans les deux pathologies de trouble spécifique, pour environ 28% de la population concernée par les troubles associés.

Une dysgraphie a également été diagnostiquée chez près de 15% des enfants dysphasiques et plus de 21% des enfants dyslexiques.

Les autres troubles relevés sont moins fréquents avec toutefois une relative importance des troubles mnésiques pour environ 14% de la population concernée.

5. Les propositions adaptées du Centre du Langage

A partir du diagnostic posé, mais aussi selon les attentes de la consultation, ont été préconisés des suivis thérapeutiques et/ou des aides pour la scolarité et parfois une orientation de l'enfant vers une classe plus adaptée à ses troubles. Sur l'ensemble des propositions qui ont été émises pour chacun des patients, certaines se sont facilement et rapidement réalisées tandis que d'autres n'ont pas été suivies d'effet pour des raisons diverses.

Pour faciliter le recueil de nos données concernant les propositions du centre, nous avons dissocié les propositions thérapeutiques de celles concernant la scolarité ou plus exactement le cadre scolaire. Les propositions de prise en charge par un service de soins dépendent évidemment du domaine thérapeutique mais cette prise en charge s'effectue la plupart du temps sur le lieu de scolarisation et dans tous les cas sur le temps scolaire.

Sur le tableau de l'annexe 5 figure le détail des différentes propositions qui ont été émises pour chacun des enfants.

5.1 Les propositions de soins hors du cadre scolaire

Il n'y a pas toujours eu de concordance entre les troubles diagnostiqués et les propositions de soins. Certains suivis thérapeutiques spécifiques (psychologique, psychomoteur, orthoptique) ont été recommandés pour des enfants sans que les troubles concernés n'aient été indiqués dans les dossiers des patients. Inversement, aucune proposition de soins n'a parfois été faite pour des troubles associés pourtant mentionnés.

5.1.1 Les différentes propositions de soins

Les soins que nous avons répertoriés comme les plus fréquemment proposés sont ceux cités dans notre partie théorique.

Une intensification de la prise en charge orthophonique pouvant aller jusqu'à trois séances hebdomadaires pour les troubles dysphasiques ou dyslexiques sévères, avec souvent des conseils d'axes rééducatifs, a été conseillée pour 36 enfants. Donc seulement 3 n'ont pas été concernés par cette proposition. Pour 2 de ces enfants, l'indication a été la reprise de la prise en charge orthophonique interrompue en raison d'une bonne évolution langagière pour l'un et d'un non investissement de la rééducation pour l'autre. Pour le troisième enfant, la rééducation était déjà intensive (bihebdomadaire) et l'indication a été l'allégement de cette prise en charge pour la mise

en place d'un suivi orthoptique (le manque de disponibilité des parents ayant imposé de définir certaines priorités).

Un soutien ou suivi psychologique a été proposé pour la quasi-totalité des enfants présentant des troubles du comportement ou des troubles psychoaffectifs précédemment décrits (22 enfants sur 27). Cinq enfants présentant des troubles attentionnels ou manifestant une certaine angoisse ne se sont vus proposer aucun suivi psychologique. A l'inverse, cette proposition a été faite à deux enfants pour lesquels aucun trouble de ce type n'a été mentionné.

Un suivi psychomoteur a été préconisé pour 8 des enfants présentant des troubles psychomoteurs (dyspraxiques ou dysgraphiques) soit 50%. Ce même suivi a été proposé à 4 autres enfants pour lesquels aucun trouble psychomoteur n'était indiqué. Mais nous avons vu que l'indication de psychomotricité pouvait être adaptée dans le cas de troubles psychoaffectifs comme l'inhibition ou l'anxiété et ces 4 enfants présentaient des troubles de cette nature.

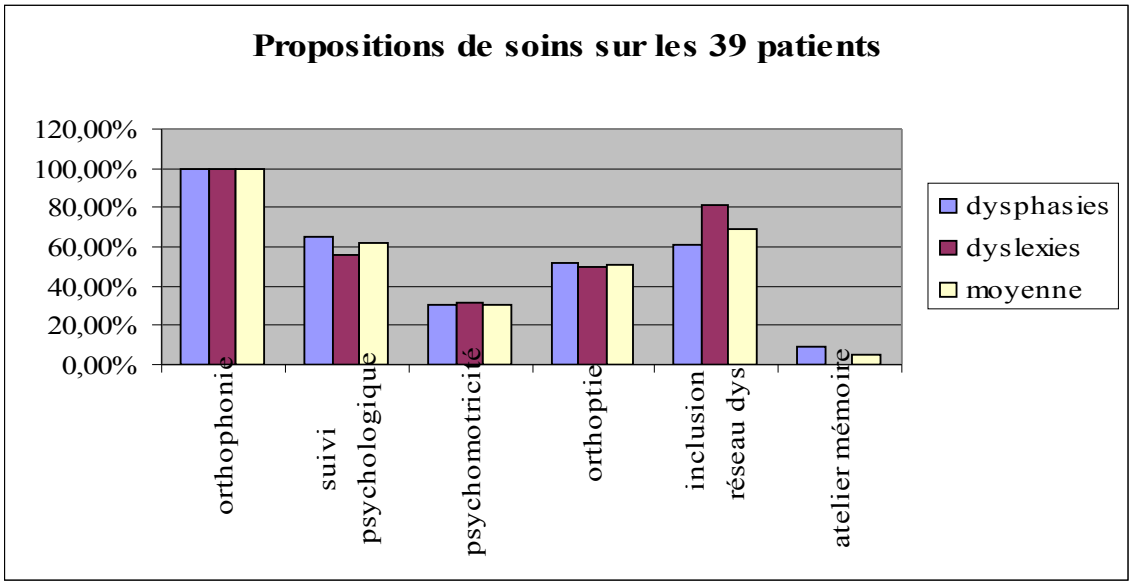
Une rééducation orthoptique pour les troubles oculo-moteurs a été recommandée pour 20 patients, dont 12 enfants sans troubles mentionnés dans les dossiers. Inversement, 2 enfants présentant ces troubles n'ont pas eu de proposition de rééducation orthoptique sans explication donnée.

Nous avons également répertorié dans les propositions de soins, celle relative à l'inclusion au « réseau DYS Pays de Loire » puisqu'elle permet une coordination de ces soins et la prise en charge financière d'un certain nombre de séances de psychomotricité. L'inclusion à ce réseau a été proposée pour 27 patients (14 enfants dysphasiques et 13 enfants dyslexiques), dont 10 nécessitaient un suivi psychomoteur.

Nous n'avons pas trouvé de lien logique entre le nombre et la nature des soins préconisés et la proposition d'intégration au réseau. Nous avons vu d'ailleurs dans notre partie théorique que cette inclusion était possible dès lors que l'enfant nécessitait deux soins, ces derniers pouvant être deux séances orthophoniques hebdomadaires.

Outre ces différentes propositions de soins, un atelier mémoire au CHU a été préconisé pour 2 enfants présentant une dysphasie mnésique.

Le diagramme suivant illustre les différentes propositions de soins selon les deux pathologies de troubles spécifiques :

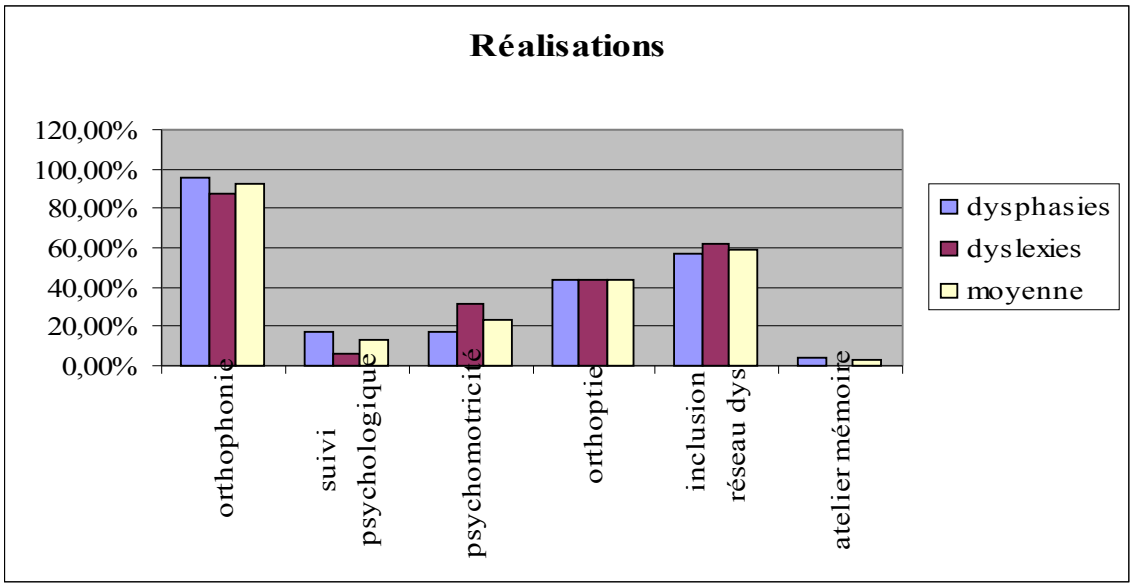


5.1.2 Le suivi des propositions thérapeutiques

En annexe 5, on peut distinguer les propositions qui ont abouti, de celles qui sont restées sans suite.

- **Résultats chiffrés des analyses**

Sur l'ensemble des propositions concernant les soins hors du cadre scolaire, les pourcentages de réalisation sont les suivants :



D'une manière générale, les préconisations concernant la rééducation orthophonique (intensification, reprise, allègement) ; les prises en charge en psychomotricité et en orthoptie ainsi que l'inclusion au réseau DYS ont été suivies. En revanche, le pourcentage du suivi psychologique n'atteint pas 20%.

Nous avons analysé lorsqu'ils étaient mentionnés, les motifs de non suivi dans les différents domaines thérapeutiques précités.

- **Concernant la rééducation orthophonique**

Les préconisations de reprise ou d'allègement de la rééducation ont été suivies pour les 3 enfants concernés. L'intensification de la prise en charge n'a en revanche pas été possible pour 3 des enfants. Pour l'un d'entre-eux, un manque de disponibilité des

parents et une saturation de l'enfant (pris en charge parallèlement en psychomotricité et en orthoptie) ont été mentionnés. Pour le deuxième enfant, aucune proposition n'a été suivie ; l'intensification, les suivis psychologique et psychomoteur tout comme la rééducation orthoptique. La famille et l'enfant souhaitaient que les soins orthophoniques soient mis en place sur le temps scolaire et l'enfant a d'ailleurs bénéficié assez rapidement d'un service de soutien SSEFIS, ce qui a interrompu la prise en charge orthophonique en libéral. Pour le dernier enfant, c'est une nouvelle fois le manque de disponibilité des parents qui a fait obstacle à l'intensification de la rééducation orthophonique.

- **Concernant le suivi psychologique**

Sur les 19 dossiers patients pour lesquels aucune suite n'a été donnée à la préconisation d'un suivi psychologique, 5 familles n'ont pas souhaité collaborer à notre étude. Sur les 14 autres dossiers, 7 parents n'ont donné aucune explication sur ce non suivi, dont 4 n'ont même pas coché dans le questionnaire la « proposition de suivi psychologique ».
Pour les 7 familles ayant répondu, les motifs indiqués sont parfois différents de ceux mentionnés par les orthophonistes.

Nous avons choisi de répertorier les divers motifs de non suivi donnés par les orthophonistes et d'indiquer les éventuelles discordances entre les indications des orthophonistes et celles des parents.

Nous avons défini six catégories de motifs illustrés par le tableau suivant :

Motifs	Nombre de patients
Ne pas multiplier les prises en charge	4
Refus explicite des parents	5
Suivi jugé non nécessaire par les parents	2
Manque d'accompagnement des parents	2
Bonne évolution de l'enfant	3
Pas de disponibilité dans le secteur de pédopsychiatrie	1
Aucun motif donné	2

« Ne pas multiplier les prises en charge » est un motif qui a été mentionné par 4 orthophonistes. Pour 2 des enfants concernés, les parents ont effectivement précisé

qu'une prise en charge psychologique aurait encore diminué les temps de loisirs nécessaires pour l'enfant. Une des familles n'a indiqué aucun motif. Concernant la dernière famille, le motif indiqué par les parents ne correspondait pas à celui de l'orthophoniste. Selon les parents, le suivi psychologique n'a pas été mis en place parce que l'enfant (11 ans 3 mois) n'avait formulé aucune demande de soutien dans ce domaine.

« Un refus des parents de toute prise en charge psychologique » a été mentionné par les orthophonistes pour 5 enfants alors que pour l'un d'entre eux ce suivi était une nécessité voire même une priorité. Deux des familles concernées n'ont pas collaboré à notre étude. Deux autres n'ont pas motivé ce refus et n'ont d'ailleurs pas coché la « proposition de suivi psychologique » dans leur questionnaire. La cinquième famille a évoqué un refus de l'enfant de tout soutien psychologique.

Le suivi psychologique n'a pas été jugé nécessaire par 2 familles sans qu'aucune précision ne soit donnée.

Le manque d'accompagnement des parents dans l'entreprise des démarches de mise en place d'un suivi psychologique a été souligné par deux orthophonistes. Pour ces 2 familles le contexte familial était trop difficile (divorce/séparation) pour qu'elles puissent entreprendre une quelconque démarche dans ce domaine sans accompagnement.

La prise en charge psychologique n'a pas été utile pour 3 enfants qui évoluaient bien et avaient déjà repris une certaine confiance en leurs capacités.

Pour une famille, les démarches ont été entreprises mais les pédopsychiatres de leur secteur n'avaient aucune disponibilité dans l'immédiat et les parents ont mentionné le fait qu'aucun nom ne leur avait été conseillé par le Centre du Langage.

Enfin, sur deux dossiers, ni les orthophonistes ni les parents n'ont donné d'indications sur l'absence du suivi psychologique.

♦ **Concernant la psychomotricité**

Seulement 3 enfants sur 12 n'ont pas bénéficié de ce soin recommandé. L'une des familles a considéré que l'enfant n'avait aucun besoin dans ce domaine. Pour la deuxième famille, des problèmes d'éloignement géographique et de disponibilité ont été mis en avant. Pour le dernier enfant, le contexte familial ne permettait pas d'entreprendre une quelconque démarche de soins. Pour cette même famille, précédemment citée, le suivi psychologique n'a pu se mettre en place.

♦ **Concernant la rééducation orthoptique**

Seulement deux enfants n'ont pas bénéficié de ce suivi préconisé, sans aucune explication de la part de l'orthophoniste comme des parents.

♦ **Concernant l'inclusion au « réseau DYS Pays de Loire »**

Sur les 27 patients auxquels cette proposition a été soumise, seulement 4 n'ont pas intégré le réseau sans aucun motif précisé.

♦ **L'atelier mémoire**

Il s'est mis en place pour l'un des 2 enfants. Aucun motif n'a été donné sur le non suivi concernant la deuxième famille.

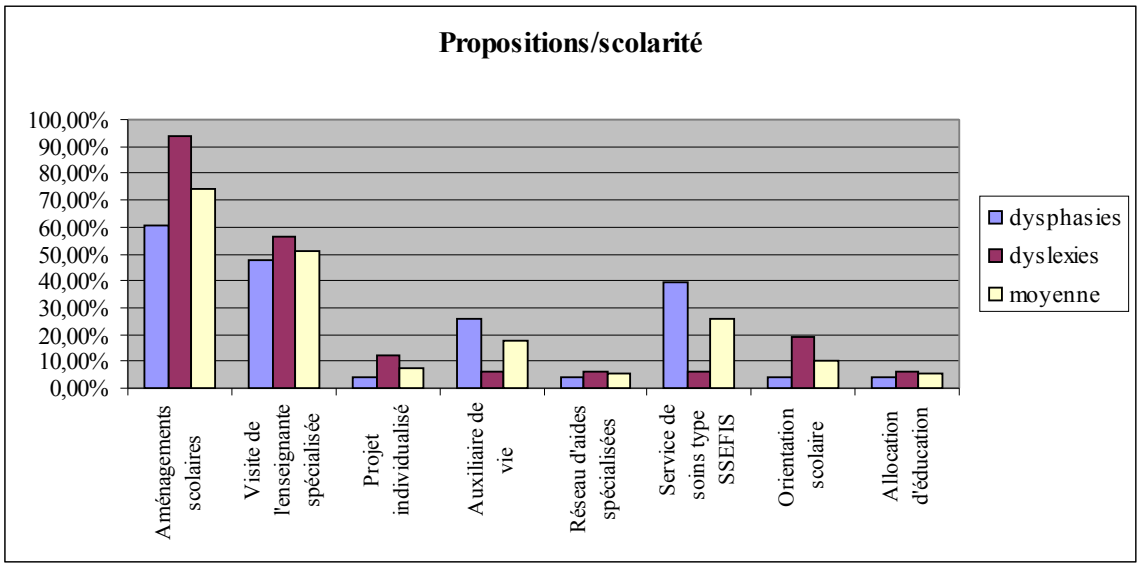
5.2 Les propositions concernant le cadre scolaire

5.2.1 Les diverses propositions

Le recueil des différentes données dans ce domaine nous a permis de répertorier les propositions suivantes, citées dans notre partie théorique et reportées en annexe 5 :

- les aménagements pédagogiques ;
- la visite de l'enseignante spécialisée du Centre du Langage pour la mise en œuvre des aménagements pédagogiques préconisés ;
- les projets personnalisés ;
- l'intervention d'un(e) auxiliaire de vie scolaire;
- l'intervention d'un réseau d'aides spécialisées (pour les enfants du primaire) ;
- une demande de suivi par un service de soutien, principalement un SSEFIS ;
- un conseil d'orientation vers une classe plus adaptée (CLAD, SEGPA, CLIS-classe adaptée de l'enseignement privé ou SEES d'un institut) ;
- l'attribution d'une allocation d'éducation.

Ces différentes propositions se répartissent sur notre population de la manière suivante :



Pour la plupart de ces propositions, l'analyse des différentes données recueillies dans les questionnaires n'a pas permis de comprendre pourquoi certaines étaient soumises à tels enfants et non à d'autres.

Des aménagements pédagogiques ont été préconisés pour 29 des 39 enfants composant notre population soit plus de 74% d'entre eux. Parmi les 10 autres dossiers, 4 ont mentionné une proposition de visite de l'enseignante spécialisée du centre, qui logiquement, intervient pour la bonne mise en œuvre des aménagements pédagogiques préconisés. Nous pouvons peut-être supposer que ces aménagements ont été suggérés mais non nécessairement mentionnés dans le compte rendu de la consultation. Une prise en charge par un service de soutien a été proposée pour 4 autres de ces enfants. Enfin, pour les 2 derniers enfants aucune proposition n'a été émise pour la scolarité. Si pour l'un de ces 2 enfants, le caractère modéré de son trouble dysphasique souligné par le Centre du Langage peut expliquer l'absence de besoins pédagogiques particuliers, rien n'a été précisé concernant le deuxième enfant.

La proposition d'une visite de l'enseignante spécialisée du centre sur le lieu de scolarisation de l'enfant n'a pas été systématique. Elle n'a été proposée que pour 20 enfants, peut-être lorsque les relations parents/enseignants étaient délicates ou lorsque les parents avaient sollicité cette visite.

Un projet d'accueil individualisé a été préconisé pour 2 enfants et un projet d'intégration pour un 3ème enfant (aujourd'hui remplacé par le projet personnalisé de scolarisation).

L'intervention d'un(e) auxiliaire de vie scolaire a été recommandée pour 7 enfants scolarisés en grande section de maternelle ou en primaire, et celle d'un réseau d'aides pour 2 autres enfants scolarisés en CE_1 et en CM_1.

L'intervention d'un service de soutien (SSEFIS) a été recommandée pour 10 enfants (dont 9 enfants dysphasiques) scolarisés dans le primaire, du CP au CE_2. Cette demande de prise en charge était formulée par deux orthophonistes dans leurs motifs de consultation, les deux ayant souligné la nécessité de consulter le Centre du Langage pour pouvoir bénéficier de cette aide. En dehors d'une réponse faite à ces deux demandes explicites, aucune indication n'a pu nous éclairer sur les motifs de ces propositions, faites à certains enfants et non à d'autres, tout du moins pour ce qui concerne les enfants dysphasiques. Le SSEFIS, qui prend en charge les enfants

déficients auditifs, semble en effet tout particulièrement bien adapté aux troubles dysphasiques. L'éventuelle présence de troubles associés n'a apporté aucune explication supplémentaire, tout comme la sévérité du trouble spécifique qui n'a été soulignée que pour l'un des enfants concernés. On ne peut donc pas s'appuyer sur ces données pour formuler des hypothèses.

Les propositions d'orientation ont concerné 3 enfants dyslexiques et 1 enfant dysphasique scolarisés en primaire. Sur les 3 cas de dyslexies, tous présentaient des troubles associés importants et 2 dyslexies étaient considérées comme sévères.

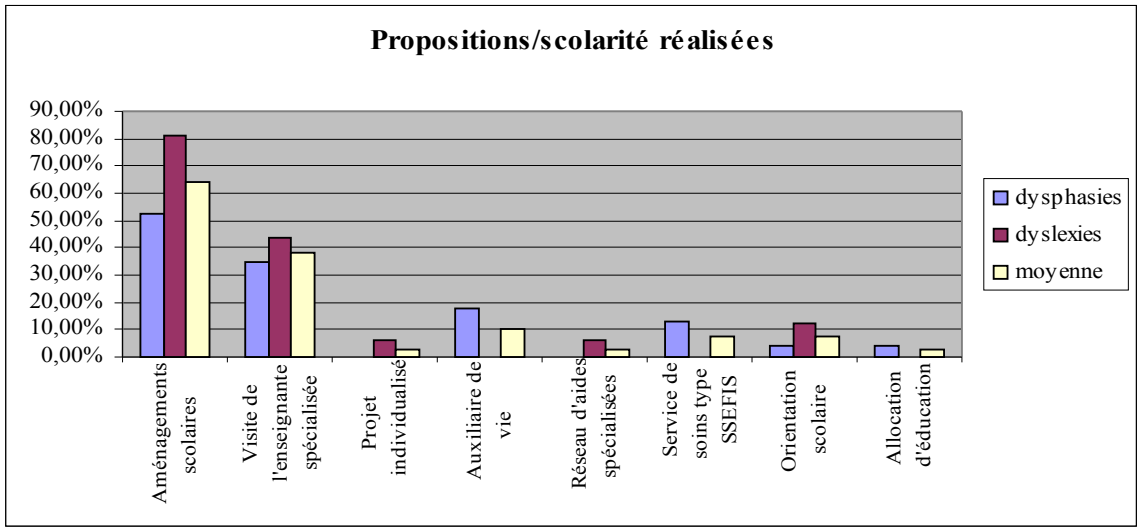
Concernant les enfants dyslexiques, une classe d'adaptation a été préconisée pour un passage en CM_1 et une classe spécialisée pour enfants dyslexiques recommandée pour l'entrée en $6^{ème}$ de 2 autres enfants : dans un collège privé pour l'un/dans une section spécialisée d'éducation et d'enseignement spécialisée de La Persagotière pour l'autre. Cet institut public pour jeunes sourds et malentendants accueille dans certaines écoles ou collèges des enfants ayant des troubles complexes du langage, sur préconisation du Centre du Langage, et gère par ailleurs un service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire qui intervient sur le lieu de scolarisation de l'enfant.

Pour l'enfant dysphasique, c'est également une orientation vers une section spécialisée de l'institut La Persagotière qui a été conseillée.

L'attribution d'une allocation d'éducation spécialisée, aujourd'hui remplacée par l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, a été préconisée pour deux des enfants de notre population.

5.2.2 La mise en place des aides et orientations proposées

Sur l'ensemble des propositions concernant le cadre scolaire, les pourcentages de réalisation effective se présentent comme suit :



Les aménagements pédagogiques spécifiques (décrits dans notre partie théorique) n'ont pu se mettre en place pour 4 enfants scolarisés en primaire ou en secondaire. Concernant un collégien de 6ème, qui présentait une dyslexie modérée, l'orthophoniste a souligné qu'en raison du délai d'attente entre la demande de consultation et la restitution des bilans, il n'y avait eu aucune exploitation des conclusions de la consultation ni sur le plan orthophonique, ni sur le plan scolaire. Pour l'un des enfants scolarisés en CP, les aménagements ne se sont mis en place que trois années plus tard en CM_1, et ce malgré la visite de l'enseignante spécialisée. Nous avons donc considéré que cette mise en place résultait plus de la volonté de l'enseignant que des propositions du Centre du Langage. Pour le troisième enfant, qui terminait son CM_1 lors de la consultation au centre, les aménagements ont été refusés à son entrée en 6ème, les professeurs ne voulant pas désavantager les autres élèves, et aucune visite de l'enseignante spécialisée du centre n'a été indiquée dans le dossier. Concernant le dernier enfant, l'orthophoniste a souligné qu'aucun aménagement pédagogique n'avait été proposé par le centre, contrairement à ce qui était indiqué dans le dossier.

La visite de l'enseignante spécialisée n'a pas été nécessaire pour 4 enfants du fait de la rapide mise en place des aménagements pédagogiques préconisés. Concernant un autre enfant, l'orthophoniste a souligné l'absence de l'enseignante spécialisée à une équipe

éducative à laquelle elle était conviée. Pour cet enfant, il n'y a donc pas eu d'aménagements pédagogiques.

Aucune indication n'a été donnée sur l'absence de mise en place de l'un des projets d'accueil individualisé, mais pour l'enfant concerné il ne semble pas y avoir eu par ailleurs de difficultés pour l'acceptation par les enseignants des aménagements pédagogiques. Concernant l'absence de mise en œuvre du projet personnalisé d'intégration, aucun motif ne nous a été donné, mais pour l'enfant concerné, nous avons noté que les aménagements scolaires, tout comme l'attribution d'une AVS, avaient été refusés en raison de ses bons résultats scolaires.

L'intervention d'un(e) auxiliaire de vie scolaire a été refusée pour 3 enfants dont un présentait une dyslexie/dysorthographie massive, et les 2 autres des troubles praxiques. Pour l'un de ces enfants, dont nous venons juste de parler, l'école n'a pas jugé nécessaire la présence de l'auxiliaire de vie étant donné ses bons résultats scolaires. Concernant les deux autres demandes, les refus ont été justifiés par le manque de disponibilité de ces auxiliaires de vie scolaire, dont les effectifs semblent limités. Il en a été de même concernant l'une des deux demandes d'intervention d'un réseau d'aides spécialisées.

Sur les 10 demandes de prises en charge par un SSEFIS, 6 n'ont pas abouti en raison d'un manque de disponibilité. Nous verrons plus loin que, à défaut d'avoir pu bénéficier d'une intervention d'un SSEFIS, 2 des enfants ont pu intégrer l'année suivante une section d'enseignement et d'éducation spécialisés de la Persagotière. Pour l'un des enfants, on ignore quelles suites ont été donnée à la recommandation du centre.

Sur les 4 demandes d'orientation, trois ont abouti respectivement : en CLAD, en classe spécialisée pour enfants dyslexiques d'un collège privé et dans une SEES de l'institut la Persagotière. La quatrième a été une SEGPA par défaut, l'enfant dyslexique n'ayant pu être accueilli à l'institut de la Persagotière.

Une seule des deux allocations d'éducation demandées a été attribuée, alors que l'enfant concerné par le refus semblait avoir un réel besoin d'accompagnement pour ses devoirs du soir.

6. Les bénéfices de cette consultation au Centre du Langage

Les bénéfices résultant des diverses propositions thérapeutiques et scolaires ont été mentionnés en réponse aux questions n°10 du questionnaire « parents » et n°11 du questionnaire « orthophoniste ». L'analyse des réponses aux questions concernant l'évolution de l'enfant nous a également renseignées sur d'autres bénéfices secondaires à la consultation, non nécessairement liés aux propositions émises par le Centre du Langage.

Pour plus de 87% des enfants de notre population (soit 34 enfants sur 39) la consultation au Centre du Langage de Nantes a été bénéfique, quels qu'aient été l'origine et les motifs de cette consultation.

Les bénéfices mentionnés concernent majoritairement les soins et la scolarité, mais également les répercussions positives du diagnostic posé pour l'enfant et/ou pour ses parents.

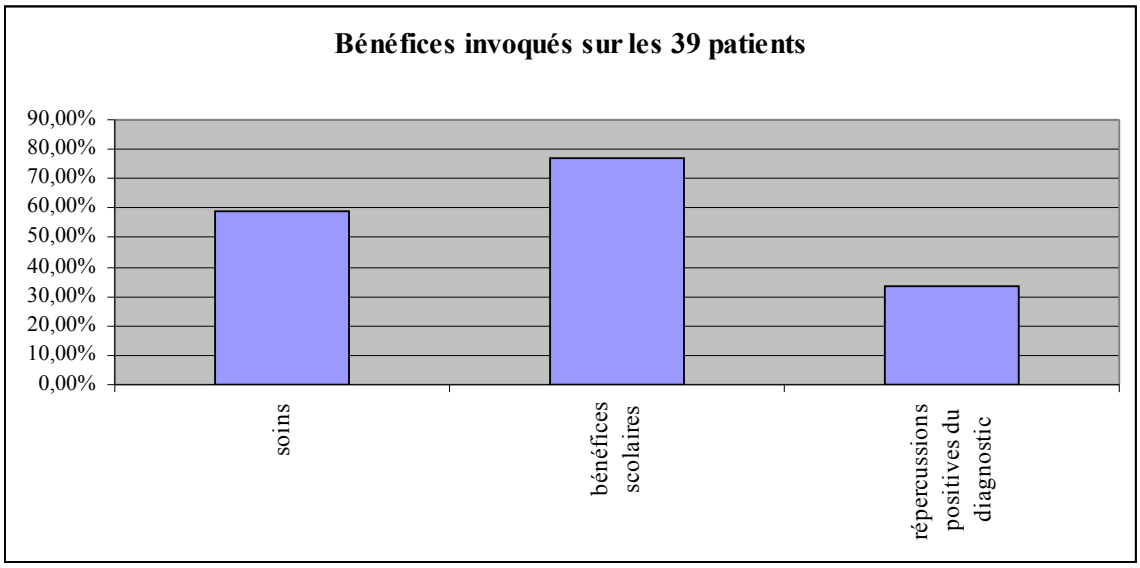
Concernant la scolarité, les bénéfices n'ont pas toujours directement résulté des propositions émises par le Centre du Langage et n'ont pas nécessairement été immédiats. Dans certains cas, effectivement, le passage au centre et l'officialisation du trouble a permis a posteriori des aménagements ou une orientation scolaire très bénéfiques qui n'étaient pas préconisés.

Une première analyse nous a amenées à répertorier l'ensemble des bénéfices invoqués dans trois grandes catégories :

- les bénéfices concernant les soins ;
- les bénéfices relatifs à la scolarité ;
- les répercussions positives (personnelles) du diagnostic.

-

Les pourcentages de bénéfices invoqués se répartissent sur ces trois catégories de la façon suivante :



Les bénéfices scolaires ont été très importants puisqu'ils ont été mentionnés pour 30 enfants, soit plus de 76% de notre population. Viennent ensuite les bénéfices thérapeutiques invoqués pour 22 des enfants, puis l'impact positif du diagnostic qui a concerné 13 familles.

Les soins proposés, comme les dispositifs d'aide et d'accompagnement scolaires, sont divers et les bénéfices en découlant le sont tout autant. Nous avons donc réalisé une analyse plus détaillée des différents bénéfices invoqués : thérapeutiques d'une part, relatifs à la scolarité d'autre part.

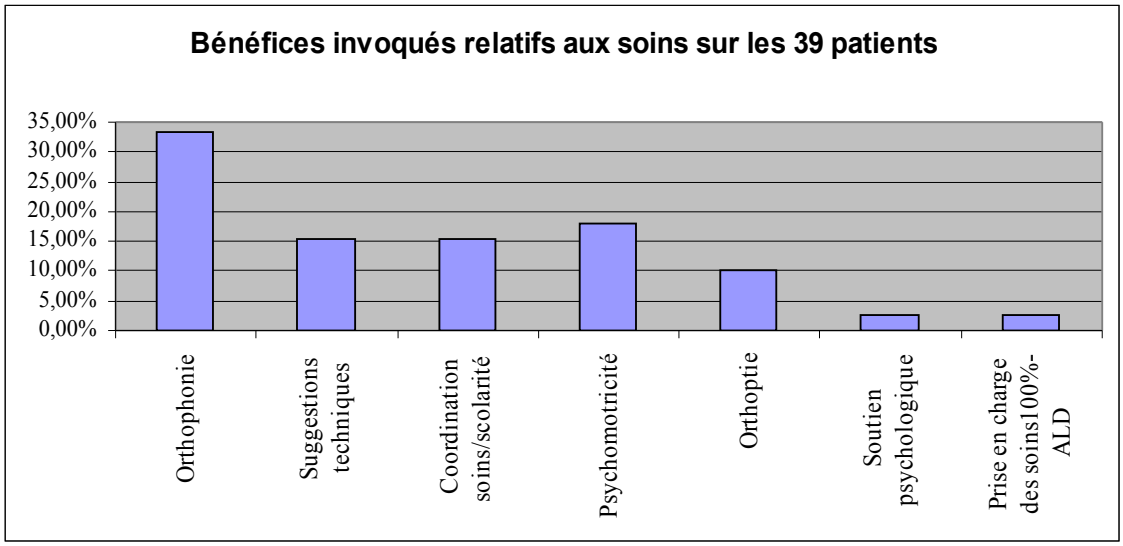
6.1 Au niveau des soins

6.1.1 Les différents bénéfices invoqués

Notre analyse nous a amenées à répartir les différents bénéfices invoqués relevant du domaine du soin dans 7 catégories distinctes. Deux de ces catégories (suggestions

techniques, coordination soins/scolarité) ne concernent pas directement les soins mis en place pour les enfants mais relèvent néanmoins du domaine thérapeutique.

L'analyse des différents bénéfices invoqués relevant du domaine du soin donne les résultats suivants :



Le bénéfice apporté par la rééducation orthophonique (le plus souvent son intensification) a été évoqué pour plus d'un tiers des patients de notre population, et pour 6 des 29 orthophonistes, son efficacité a été renforcée par les axes thérapeutiques conseillés par le Centre du Langage.

La concertation entre professionnels de santé et enseignants a été mentionnée pour 6 enfants. Pour 3 d'entre eux, celle-ci a été favorisée par une inclusion au « réseau DYS Pays de Loire », l'une des orthophonistes ayant souligné que toutes les propositions de soins et d'aides scolaires avaient été indispensables, mais que c'était bien leur coordination qui les avait rendues bénéfiques. Concernant les trois autres enfants, le

compte-rendu de la consultation a permis une concertation efficace entre l'orthophoniste et les enseignants.

La prise en charge en psychomotricité a été mentionnée comme très bénéfique pour 7 des 9 enfants suivis sur ce plan. Tous ces enfants ont été inclus dans le « réseau DYS Pays de Loire » et l'avantage de la prise en charge financière par ce réseau de 20 séances de psychomotricité a souvent été souligné.

La rééducation orthoptique a également été citée parmi les bénéfices de la consultation pour 4 des 12 enfants ayant été suivis pour leurs troubles oculomoteurs.

Le bénéfice du suivi psychologique n'a été mentionné que pour un seul des 5 enfants pour lesquels ce soin s'est mis en place.

Enfin, le bénéfice d'une prise en charge financière des soins à 100% par les organismes de sécurité sociale au titre des affections de longue durée a été rapporté dans un dossier. Cinq autres enfants en ont bénéficié, sans que l'on sache si cette reconnaissance résulte de la consultation au Centre du Langage.

6.1.2 Aucun bénéfice thérapeutique mentionné

Sur 17 dossiers, aucun bénéfice n'a été mentionné concernant les soins et plusieurs explications peuvent être données à cela.

La principale raison réside peut-être dans la formulation même de nos questions relatives aux bénéfices, qui étaient axées sur ce qui avait été le plus bénéfique pour l'enfant au niveau des propositions. Sur ces 17 dossiers 11 ont en effet évoqué un ou plusieurs bénéfices scolaires qui, probablement pour les familles concernées, ont été primordiaux pour leur enfant. Concernant un autre dossier, c'est la prise de conscience par les parents des difficultés de leur enfant qui a été fondamentale.

Par ailleurs, pour quelques familles, et pour les raisons que nous avons indiquées précédemment sur l'absence de mise en œuvre des différents suivis proposés, certains

soins ne se sont pas mis en place et ne pouvaient donc être mentionnés parmi les bénéfices.

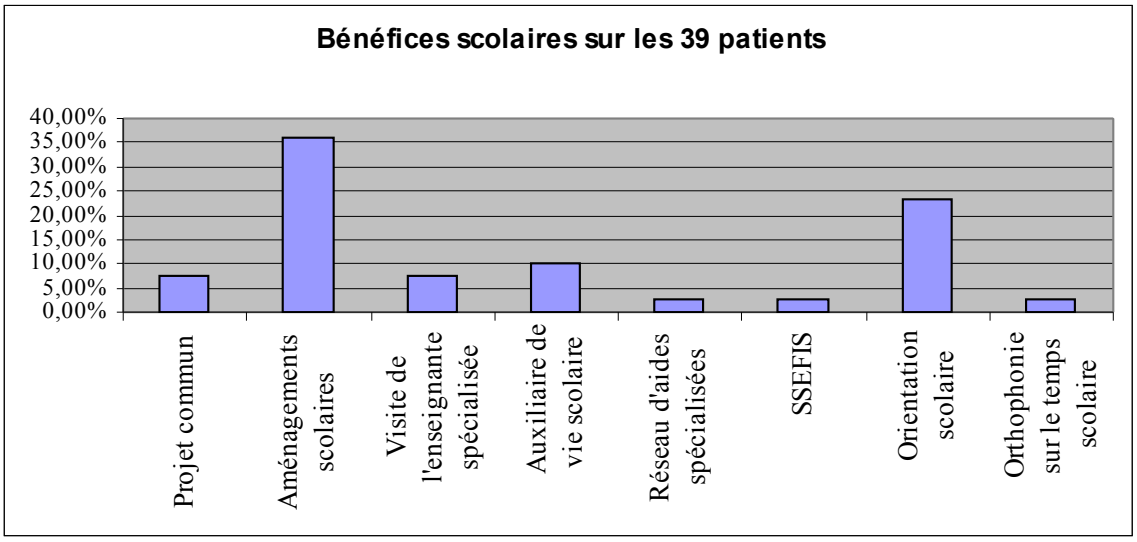
Enfin, nous verrons en fin de cette partie sur les bénéfices de la consultation au Centre du Langage que 4 familles ont émis un avis négatif à l'égard du centre, écartant par là même toute éventualité d'un bénéfice quelconque, et qu'un dossier ne comportait aucune réponse concernant les bénéfices.

6.2 Les bénéfices sur la scolarité

6.2.1 Les différents bénéfices invoqués

Pour 30 enfants, soit plus de 76% de notre population, la consultation au Centre du Langage a été bénéfique sur le plan scolaire. Pour certains, le bénéfice n'a pas été directement lié aux propositions mais à l'officialisation du trouble qui a permis la mise en place de programmes mieux adaptés aux troubles de l'enfant ou, a posteriori, une orientation vers une classe adaptée accueillant des enfants dysphasiques ou dyslexiques.

L'analyse des différents bénéfices scolaires mentionnés dans les questionnaires a permis de définir 8 catégories de dispositifs ou d'aides ayant favorisé la scolarité de ces enfants, illustrées par le diagramme suivant :



Ce sont majoritairement les aménagements scolaires ou les adaptations pédagogiques qui ont favorisé la scolarisation de ces enfants. Dans la plupart des cas, ces aménagements (décrits dans notre partie théorique) ont fait suite aux recommandations du Centre du Langage. Dans quelques cas, il n'y avait pas eu de propositions de ce type et c'est l'officialisation du trouble qui a amené les enseignants à s'adapter aux problèmes de l'enfant.

L'aide efficace apportée aux instituteurs ou aux professeurs par l'enseignante spécialisée du centre n'a été mentionnée que dans 3 dossiers, mais on peut supposer que pour certains enfants la mention du bénéfice relatif aux aménagements scolaires recouvrait implicitement la visite de l'enseignante.

Sur l'ensemble des dossiers nous avons relevé 11 orientations vers des classes plus adaptées aux troubles des enfants (SEGPA, CLIS, SEES, classes adaptées de l'enseignement privé) et 9 ont été mentionnées comme très bénéfiques pour les enfants concernés. Là encore, pour 6 dossiers, cette orientation n'a pas été nécessairement proposée par le Centre du Langage mais s'est réalisée suite à la consultation et à la pose d'un diagnostic de dysphasie ou de dyslexie, ou par manque de place dans une SEES ou un SSEFIS que le centre avait recommandés.

En dehors des 3 orientations précédemment mentionnées dans notre partie sur « les propositions », 6 enfants ont pu intégrer une classe adaptée et en tirer un grand bénéfice :

- une SEGPA, pour un enfant dyslexique ;
- une 6ème et une 5ème allégées de collèges privés, adaptées aux troubles spécifiques, pour un enfant dysphasique et un enfant dyslexique ;
- une CLIS avec un accompagnement SSEFIS géré par l'Institut d'Education Sensorielle pour jeunes déficients auditifs, pour deux enfants dysphasiques ;
- une SEES de l'Institut la Persagotière concernant un enfant dysphasique.

Les deux autres orientations, non suggérées par le centre, ont concerné une SEGPA. Pour l'une, aucun bénéfice n'a été indiqué. Quant au 2ème enfant, cette orientation n'a

selon l'orthophoniste rien apporté, étant donné les troubles psychologiques majeurs de cet enfant non pris en compte par les parents.

Une seule prise en charge par un SSEFIS sur les 3 effectives a été mentionnée parmi les bénéfices de la consultation.

La mise en place d'un projet commun entre l'école, la famille et l'orthophoniste a été citée comme très bénéfique pour 3 des enfants. Deux de ces projets étaient des plans d'accueil individualisé, dont un avait été préconisé par le centre. La nature du 3ème projet n'a pas été précisée.

L'intervention d'une auxiliaire de vie scolaire a été très utile pour 4 enfants, cette aide ayant été suggérée par le centre pour 3 d'entre eux, et celle du réseau d'aides spécialisées également pour le seul enfant concerné.

La consultation au Centre du Langage a aussi permis la mise en place de la rééducation orthophonique sur le temps scolaire pour l'un des enfants.

Pour la majorité de ces enfants qui ont bénéficié d'aménagements, d'aides ou d'orientations scolaires, la consultation a permis la reconnaissance et la prise en compte par l'école de leurs difficultés. Pour seulement 9 d'entre eux, les enseignants avaient déjà mis en place un programme adapté ou allégé, mais les préconisations pédagogiques du centre ont apporté à ces enseignants de précieux conseils. Il est également intéressant de souligner qu'en ce qui concerne 32 des enfants, les orthophonistes ont mentionné leur bonne collaboration avec les enseignants avec parfois un manque de disponibilité de leur part, du fait de leur emploi du temps chargé. Dans seulement 5 cas, la collaboration n'a pas été possible ou bien difficile, ou variable selon les enseignants. Deux orthophonistes n'ont pas répondu à cette question.

6.2.2 L'absence de bénéfices scolaires

Concernant les 5 enfants pour lesquels des propositions scolaires avaient été préconisées et aucun bénéfice n'a été mentionné, nous avons trouvé plusieurs explications :

Soit les aménagements et autres aides scolaires préconisés ont été refusés, c'est le cas pour 2 enfants, soit les enseignants avaient déjà mis en place des aides efficaces et les propositions du centre n'ont fondamentalement rien changé (pour deux enfants également). Pour le dernier enfant, c'est le changement de regard des enseignants sur l'enfant qui a été souligné et nous avons donc classé ce bénéfice dans la catégorie suivante.

6.3 Les répercussions du diagnostic sur l'enfant et sa famille

Un impact positif du diagnostic a été mentionné pour plus de 33% des familles, soit 13 sur 39. Pour 7 d'entre elles le diagnostic a entraîné un changement d'attitude chez les parents, secondairement bénéfique pour l'enfant. Certains parents ont été soulagés de comprendre enfin la cause des difficultés de leur enfant et ont retrouvé une certaine sérénité. Pour une autre famille, la consultation a permis aux parents de prendre conscience de ces difficultés et de mieux accompagner leur enfant dans la vie familiale et scolaire (le motif de consultation de l'orthophoniste était justement la nécessité d'une prise de conscience des problèmes par les parents). Pour une autre famille, la consultation et le diagnostic ont permis aux parents de sortir du déni des troubles de leur enfant. Enfin, le changement de regard des parents à l'égard des enseignants a soulagé un enfant qui ressentait fortement les contradictions entre ses parents et l'école.

Pour 6 de ces dossiers, la pose du diagnostic a eu des répercussions directes très positives chez l'enfant parce qu'il s'est senti rassuré d'avoir une explication de ses troubles donc rassuré sur ses compétences. Ces déculpabilisation et revalorisation ont permis à ces enfants de retrouver une certaine estime d'eux-mêmes et une motivation pour la rééducation orthophonique comme pour les apprentissages scolaires. Le changement de regard des enseignants, dont nous avons parlé précédemment, a été évoqué pour un enfant dyslexique.

Pour seulement 2 enfants, l'impact du diagnostic a été souligné comme négatif par leur orthophoniste, ces 2 enfants s'étant réfugiés derrière ce diagnostic pour justifier leur

non investissement dans les apprentissages « J'ai des problèmes, je ne peux pas travailler ».

7. Peu ou pas de bénéfices

7.1 Peu de bénéfices

Pour 3 familles, les bénéfices de cette consultation au Centre du langage ont été limités. Pour l'une d'entre elle, la consultation a permis la mise en place d'un programme scolaire allégé, mais selon l'orthophoniste la nécessité d'un soutien psychologique se faisait de plus en plus actuel et les parents ont toujours refusé ce suivi. Voilà donc un second cas pour lequel une prise en charge de ce type semblait être une priorité.

Concernant le 2ème enfant, l'intensification de la rééducation orthophonique a été très bénéfique, mais aucune autre proposition n'a pu aboutir (aménagements, AVS, PPI).

Enfin, pour la 3ème famille, la visite de l'enseignante spécialisée a apporté une aide efficace pour le dernier trimestre de CP, mais les bénéfices ont été de courte durée, aucune adaptation n'ayant été mise en place pour l'enfant l'année suivante.

7.2 Aucun bénéfice

Quatre avis négatifs ont été mentionnés à l'égard du Centre du langage. Deux familles ont évoqué un délai d'attente d'un an entre la demande de consultation et la restitution du compte rendu des différents bilans réalisés.

Pour l'un des enfants il n'y a eu, selon l'orthophoniste, aucune exploitation des données de la consultation, ni sur le plan orthophonique, ni sur le plan scolaire. Nous avons noté que cet enfant, qui présentait une dyslexie/dysorthographie modérée, avait bien évolué pendant ce délai d'attente, et que la rééducation orthophonique avait cessé peu de temps après la consultation du fait de cette évolution positive.

Concernant le deuxième enfant, qui présentait une dysphasie mnésique modérée sans troubles associés, les seules propositions émises par le centre ont été la reprise de la rééducation orthophonique et la visite de l'enseignante si besoin. L'enfant avait lui aussi bien évolué durant ce délai d'attente. Pour son orthophoniste, la consultation a été décevante, mais ce cas reste selon elle isolé.

Pour les deux autres familles les motifs sont différents. Pour l'un des enfants, les aménagements scolaires ont été refusés par la directrice de l'école du fait des bons résultats scolaires, et le motif de consultation des parents était justement une demande de reconnaissance des difficultés par l'école. Concernant le dernier enfant, il n'y aurait eu selon l'orthophoniste aucune suggestion technique, et les aménagements scolaires mis en place tout comme l'orientation en SEGPA n'ont rien résolu, les troubles du comportement de l'enfant étant majeurs et le suivi psychologique ayant été refusé par les parents.

Dans un seul dossier, aucun bénéfice ni aucun avis n'ont été mentionnés, ni par l'orthophoniste, ni par les parents.

8. L'évolution des enfants

Les informations recueillies sur l'évolution des enfants ont davantage concerné leur évolution sur un plan personnel que sur un plan linguistique.

D'une manière générale, l'évolution est liée aux bénéfices thérapeutiques et scolaires précédemment décrits ainsi qu'aux répercussions positives du diagnostic sur l'enfant et sa famille.

Pour tous les enfants, l'évolution a été positive sur un plan personnel, parce que : le regard des parents et/ou des enseignants a changé et qu'ils ont pour la plupart retrouvé

une certaine confiance, ils ont pu bénéficier de soins appropriés, pour certains l'intégration au sein d'une classe spécialisée a considérablement amélioré leur scolarité.

Sur le plan linguistique peu d'informations nous ont été communiquées. Pour certains enfants, les déficiences langagières demeurent sévères mais leur amélioration sur un plan plus personnel fait que l'évolution reste positive.

En ce qui concerne les soins, la prise en charge orthophonique se poursuit pour 31 des enfants, pour certains à raison de deux séances hebdomadaires. Pour les autres enfants, l'arrêt du suivi orthophonique s'est justifié par une bonne évolution de l'enfant sur un plan personnel, linguistique et scolaire, ou bien par une prise en charge de l'enfant par un service de soutien (SSEFIS) sur le lieu de scolarisation ou dans le cadre d'une CLIS ou SEES à laquelle ce service est rattaché.

Trois des enfants ayant consulté le centre en fin d'année 2005 bénéficient actuellement d'un suivi en psychomotricité, en libéral pour deux d'entre eux, dans le cadre d'un SSEFIS pour le 3ème. Aucune précision n'a été donnée sur leur évolution au niveau psychomoteur.

Peu d'indications nous ont été données concernant les suites d'une inclusion au « réseau DYS Pays de Loire ». Les enfants de notre population ayant consulté le centre en 2003 et 2004 en sont probablement sortis, cette inclusion ne pouvant excéder deux années. Pour les enfants ayant consulté en 2005, nous avons juste noté que certains étaient sortis du réseau par suite d'une intégration dans une CLIS ou une SEES.

CHAPITRE 3- DISCUSSION

Pour répondre à nos questionnements de départ, nous avons choisi de baser notre étude sur la population d'enfants pour lesquels un diagnostic de dysphasie ou de dyslexie a été posé par le Centre du Langage de Nantes. Nos questions initiales concernaient en effet les différentes propositions thérapeutiques et scolaires qui sont faites dans le cadre de pathologies spécifiques du langage. Ont donc été écartés les enfants qui présentaient un trouble fonctionnel du langage, un retard mental ou un syndrome neurologique particulier et dont l'étude aurait par ailleurs apportée trop de données différentes à analyser.

Nous avons indiqué en début de cette partie pratique les raisons qui avaient guidé le choix du questionnaire pour mener notre étude ; gain de temps pour nous mais aussi pour les orthophonistes et les familles, cadrage des questions pour obtenir les informations recherchées et neutralité. Le questionnaire présentait effectivement ces avantages mais il n'y avait en revanche pas d'étayage possible des réponses. Certaines réponses ont en effet été très floues ou bien trop générales et ont parfois introduit un certain biais dans nos analyses. Cela a été le cas notamment pour les motifs de consultation, qu'un entretien nous aurait probablement permis d'approfondir ou de préciser.

L'élaboration d'un questionnaire est une tâche très complexe exigeant un certain nombre de compromis et qui est rarement satisfaisante. Nos versions définitives de questionnaires « orthophoniste » et « parents » sont le résultat de nombreuses modifications et reformulations qui n'ont pas empêché certaines maladresses et certains oublis de notre part. C'est l'analyse des différentes réponses recueillies qui nous a permis de prendre conscience de ce qui avait été mal formulé, de l'inutilité de certaines questions et de la difficulté d'exploiter les réponses aux questions dites ouvertes, empreintes d'un certain degré de subjectivité. Certaines réponses n'ont pas été exploitables parce qu'elles ne correspondaient pas à nos attentes, probablement parce que les questions n'étaient pas assez claires ou précises. D'autres réponses ont été anticipées, notamment celles données par les orthophonistes sur la mise en œuvre des suivis thérapeutiques et aides scolaires, ce qui a compliqué leur exploitation. Ce problème ne s'est pas posé dans le questionnaire parents qui s'est révélé mieux construit : chaque proposition susceptible d'avoir été émise par le Centre du Langage était suivie d'une question sur sa mise en œuvre. Dans le questionnaire « orthophoniste » l'ensemble des propositions était d'abord présenté, venait ensuite une question générale sur leur réalisation. Certaines questions, comme celle du lieu de scolarisation et des éventuels changements d'établissement scolaire, n'ont pas été exploitées car cela nous aurait éloignées de nos objectifs initiaux. Enfin, nous avons déjà mentionné notre oubli concernant les axes thérapeutiques et notre lettre « erratum » adressée aux orthophonistes.

Le choix du double questionnaire « orthophoniste »/« parents » nous a apporté la complémentarité que nous souhaitions dans le cas de non réponse de l'un ou l'autre des

enquêtés. En revanche, l'exploitation des données recueillies a été plus complexe lorsque les réponses étaient discordantes.

Le pourcentage de participants à notre étude sur l'ensemble des dossiers envoyés a été plus qu'honorable puisqu'il a dépassé les 59%. Les orthophonistes que nous avons réussi à joindre se sont montrées pour la plupart très intéressées par notre étude et quelques-unes ont exprimé le souhait de recevoir un récapitulatif de nos résultats d'enquête. Cet intérêt manifeste fait que nous ignorons les raisons pour lesquelles 27 des 66 dossiers ne nous ont pas été retournés. Peut-être s'agit-il tout simplement d'un manque de disponibilité. Sur les 39 dossiers retournés, 9 ne comportaient pas le questionnaire « parents ». Excepté pour l'un d'entre eux, pour lequel l'orthophoniste avait indiqué d'emblée que les parents ne collaboreraient pas, nous ignorons les raisons de cette absence de collaboration.

Sur les 29 orthophonistes qui ont accepté de collaborer à notre étude, la plupart sont adhérentes au « réseau DYS Pays de Loire » (25 sur 29), ce qui a pu introduire un certain biais dans les résultats de nos analyses sur les bénéfices de la consultation étant donné les liens étroits qui lient le réseau au Centre du Langage. Il aurait été intéressant de connaître le pourcentage d'adhésion au réseau chez les orthophonistes qui n'ont finalement pas retourné les questionnaires. Il ne s'agissait peut-être pas seulement d'un manque de temps, mais peut-être aussi d'un intérêt moindre pour tout ce qui concerne les troubles spécifiques du langage et tout ce qui a été institué pour leur prise en charge.
Les différentes analyses réalisées dans le cadre de cette étude ont permis pour la plupart de répondre à nos interrogations initiales, même si certains biais les ont parfois compliquées.

Concernant l'origine des consultations, ce sont les orthophonistes en majorité qui ont initié la demande de consultation et parfois y ont contribué en concertation avec les parents ou l'école. L'ensemble des motifs invoqués pour cette consultation peut finalement se répartir sur trois catégories distinctes :

- les demandes relatives au diagnostic, avec hypothèse diagnostique ou non, pour préciser la nature ou l'origine des troubles, ou bien faire la part

des choses entre les déficiences langagières et d'autres troubles le plus souvent comportementaux ou psychoaffectifs ;

- les demandes relatives à la scolarité, pour la mise en place d'aménagements spécifiques, l'obtention de certaines aides ou la réalisation d'une orientation scolaire vers une classe mieux adaptée aux troubles de l'enfant ;
- celles concernant le bien-être de l'enfant visant à rassurer l'enfant et ses parents, ou à permettre une certaine prise de conscience par ces parents des difficultés de leur enfant.

Concernant les préconisations du Centre du Langage ; les propositions thérapeutiques sont en général adaptées aux troubles diagnostiqués, à la nature du trouble spécifique et celle des troubles associés, qui nous l'avons vu sont fréquents. Il n'y a cependant pas toujours eu de lien explicite entre les troubles indiqués dans les dossiers patients et les propositions du centre. Certains enfants ont reçu des propositions de soins spécifiques pour des troubles qui n'étaient pas mentionnés et inversement aucune proposition de soin n'a parfois été faite pour certains troubles relevés. L'ensemble des informations recueillies dans les fichiers patients et les questionnaires ne nous ont pas permis de déterminer les critères qui ont fondé les différentes propositions thérapeutiques, et le critère de sévérité des troubles qui aurait pu apporter une explication a rarement été indiqué dans les dossiers. Peut-être ces critères sont-ils en lien avec les attentes qui ont été formulées par les familles lors de la consultation d'accueil. Il aurait fallu questionner les médecins du centre pour mieux les comprendre.

Concernant la mise en œuvre de ces propositions thérapeutiques, les différents soins se sont en général facilement et rapidement mis en place, tout au moins pour ce qui concerne l'orthophonie, la psychomotricité, l'orthoptie mais également l'inclusion au « réseau DYS Pays de Loire », qui vise à coordonner tous ces soins.

Le suivi psychologique semble en revanche avoir posé un réel problème aux familles puisque sur 24 préconisations seulement 5 prises en charge ont été effectives. La restitution du compte rendu des bilans et la préconisation d'un tel suivi permettent sans doute une prise de conscience des parents, même si c'est à des degrés variables. Que font-ils après de ce conseil ? Une telle proposition peut être difficile à entendre pour

certains parents parce qu'elle peut remettre en cause bien des choses concernant la dynamique familiale. Elle peut aussi être difficile à comprendre et nécessiter un accompagnement dans l'entreprise des démarches.

Les suivis psychologiques posent aussi un problème d'ordre financier puisque les séances en libéral ne sont pas remboursées par les organismes de sécurité sociale.

Cet engagement sur un relatif long terme n'est pas possible pour certaines familles et l'analyse de la mise en œuvre du suivi psychomoteur nous a confirmé ce point : sur les 12 propositions de psychomotricité, les 3 qui n'ont pas abouti concernaient des enfants pour lesquels l'inclusion au « réseau DYS Pays de Loire » n'avait pas été proposée ou ne s'était pas faite. Pour les 9 enfants qui ont pu bénéficier d'un suivi psychomoteur, le bénéfice de la prise en charge financière par le réseau d'une vingtaine de séances a souvent été souligné.

L'analyse des questionnaires nous a permis de constater que les propositions de soutien psychologique étaient plus orientées vers une prise en charge en milieu libéral, excepté pour les quelques enfants qui avaient déjà bénéficié d'un tel soutien dans une structure telle un CMP ou un CMPP. Ces structures offrent l'avantage d'une prise en charge financière des soins à 100% et celui d'un accompagnement des familles. Peu de ces dernières sont pourtant dirigées vers ces centres.

Les problèmes comportementaux ou psychoaffectifs que présentent certains enfants dysphasiques ou dyslexiques sont parfois majeurs et peuvent compromettre l'efficacité de toute autre prise en charge s'ils ne sont pas pris en compte. Cela a été le cas pour deux des enfants de notre population.

C'est encore sur le plan scolaire que la consultation a été le plus bénéfique, que ces bénéfices aient été directement liées ou non aux préconisations du centre. Il se peut également que ces dispositifs scolaires aient été favorisés par une inclusion de l'enfant au « réseau DYS pays de Loire », donc indirectement par la consultation au Centre du Langage qui aura préconisé cette inclusion.

Ce sont d'abord les aménagements scolaires qui ont été le plus souvent invoqués parmi les bénéfices relatifs à la scolarité, puis les orientations scolaires vers des classes plus adaptées. Ces aménagements (adaptations spécifiques du programme et des consignes, 1/3 temps supplémentaire, suppression de la langue vivante au collège…) ont dans l'ensemble bien été acceptés par les enseignants et rapidement mis en place. Lorsque ces aménagements n'étaient pas proposés, c'est l'officialisation du trouble de l'enfant qui semble avoir facilité leur mise en place, car la pose d'un diagnostic par le Centre du Langage semble avoir des répercussions sur les institutions scolaires.

Les orientations vers des classes ou des sections adaptées aux troubles spécifiques du langage ont également été très bénéfiques pour les enfants qui ont eu la chance de pouvoir les intégrer, soit sur préconisation du centre, soit quelques temps après grâce à cette consultation. Là encore nous n'avons pas pu cerner les critères qui fondent les propositions d'orientation vers telle ou telle structure. Certaines CLIS et SEES disposent de structures adaptées pour accueillir les enfants dysphasiques ou dyslexiques et certaines écoles ou collèges de l'enseignement privé ont également prévu et organisé l'accueil de ces enfants. Les CLAD et SEGPA semblent moins biens adaptées à ces enfants. C'est ce que nous avons vu dans notre partie théorique et c'est aussi ce que le Centre du Langage a souligné pour l'un des enfants. Pour cet enfant, l'orientation en SEGPA proposée par l'école ne semblait pas être la meilleure solution, l'enfant étant bien intégré dans le circuit classique. Certaines orientations en SEGPA se sont réalisées par défaut de disponibilité d'un SSEFIS ou par manque de place dans une section de l'Institut La Persagotière. Dans aucun dossier il n'a été question d'unités pédagogiques d'intégration qui sont pour le secondaire l'équivalent des CLIS dans le primaire. Il aurait fallu là encore questionner l'équipe du Centre du Langage pour obtenir des précisions.

Les prises en charge sur le lieu de scolarisation par un service de soins ou soutien semblent difficiles à obtenir, tout comme l'intervention d'un réseau d'aides ou d'un(e) auxiliaire de vie scolaire. Ces dispositifs sont manifestement peu nombreux et les places semblent rares.

Peu de plans ou de projets personnalisés ont été proposés alors qu'ils semblent favoriser la coordination des différentes aides apportées à l'enfant, d'ordre thérapeutique et

pédagogique. Lors de l'assemblé générale du « réseau DYS Pays de Loire », certaines orthophonistes ont soulevé le manque d'outil pouvant favoriser cette concertation entre thérapeutes et enseignants et ont paru déconcertées d'apprendre que ces outils existaient bien (comme le plan d'accueil individualisé), mais qu'il fallait solliciter leur mise en place auprès de la direction de l'établissement scolaire.

Les bénéfices de cette consultation au Centre du Langage ne se limitent pas aux domaines thérapeutique et scolaire. Ils sont aussi manifestes sur le plan personnel. Pour plus d'un 1/3 des familles de notre population, la pose d'un diagnostic de dysphasie ou dyslexie a eu des répercussions très positives sur les parents donc indirectement sur l'enfant et/ou directement sur l'enfant lui-même. Le soulagement des parents de se savoir non responsables des difficultés de l'enfant, parfois la prise de conscience de ces parents, et également le changement de regard des enseignants ont déculpabilisé, rassuré et revalorisé l'enfant. Certains d'entre eux ont retrouvé une estime de soi et ont pu mieux s'investir dans la rééducation orthophonique et les apprentissages scolaires. Il est cependant difficile de déterminer si cet impact positif est celui du diagnostic ou celui de la démarche de consultation dans une instance officielle.

Seulement 4 familles ont mentionné n'avoir tiré aucun bénéfice de cette consultation pour leur enfant et deux d'entre elles ont souligné le délai d'attente entre la demande de consultation et la restitution du compte rendu des bilans réalisés. Pour les familles qui n'ont pas mentionné ce délai, les bénéfices qui ont résulté de la consultation ont probablement fait oublier cette attente.

Ces résultats sont donc positifs mais peut être plus positifs que pour l'ensemble de la population d'enfants dysphasiques ou dyslexiques reçue par le Centre du Langage. Comme nous l'avons évoqué précédemment, la forte majorité d'adhésion au « réseau DYS Pays de Loire » des orthophonistes ayant participé à notre étude a probablement introduit un certain biais dans nos résultats.

CONCLUSION

Cette enquête de fin d'études nous a beaucoup apporté pour notre futur exercice professionnel. Le Centre du Langage de Nantes, comme les autres centres référents du langage, a été créé dans le but d'envisager au mieux la prise en charge thérapeutique et scolaire de ces enfants souffrant de troubles dysphasiques et dyslexiques et il semble bien répondre à cette mission.

Les prises en charge thérapeutiques préconisées sont bénéfiques à l'exception du suivi psychologique qui semble poser un problème aux familles : est-ce un problème financier, ou plutôt un problème plus profond ou un manque d'accompagnement ? Dans les deux cas, des structures telles que les CMP ou CMPP pourraient peut-être apporter une solution appropriée. Le « réseau DYS Pays de Loire » qui intègre une bonne partie de ces enfants dysphasiques ou dyslexiques serait peut-être à même de conseiller les familles et de les accompagner dans ces démarches. Il ne semble y avoir que peu de psychologues adhérents et peut-être y a-t-il une raison à cela.

Les préconisations du Centre du Langage relatives à la scolarité semblent avoir un certain poids sur les instances scolaires et facilitent manifestement la mise en place des différents dispositifs d'adaptation et d'intégration scolaires. C'est effectivement comme des instances de référence que sont présentés les centres référents du langage dans les textes officiels et il nous semble, même si cela ne ressort pas clairement de notre étude, que l'école se tourne de plus en plus vers ces instances officielles pour pouvoir justifier la mise en place des aides ou orientations demandées par les familles. Cela implique des délais d'attente importants au Centre du Langage, donc en partie au détriment des enfants atteints de troubles sévères. Cette « référence » pose également la question de la validité d'un diagnostic posé par une autre structure que le centre. Quel est alors le poids d'un diagnostic de trouble spécifique posé par un autre professionnel ?

On peut aussi s'interroger sur le devenir des enfants qui présentent des troubles sévères du langage oral ou écrit sans être ni dysphasique ni dyslexique. Quels sont les soins mis en place pour ces enfants là, et de quelles aides peuvent-ils bénéficier sur le plan scolaire ? Certains d'entre eux sont venus consulter le Centre du Langage, le plus souvent pour une question de diagnostic différentiel. Quelles sont les propositions qui leur sont faites et quel peut être le rôle du Centre par rapport à ces enfants ?

TABLEAU DES ANNEXES

ANNEXE 1 : questionnaires orthophoniste/parents

ANNEXE 2 : lettres d'accompagnement

ANNEXE 3 : données générales sur les patients

ANNEXE 4 : tableau sur les troubles diagnostiqués

ANNEXE 5 : tableau sur les propositions

Ortho 1

Ortho 2

Ortho 3

Ortho 4

Ortho 5

Parents 1

Parents 2

Parents 3

Parents 4

Lettre 1

Lettre 2

Tableau patients

Tableau troubles

Tableau propositions

TEXTES OFFICIELS

1) Circulaire n°2001-209 du 4 mai 2001 : l'organisation de la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit ;
2) Circulaire n°2002-024 du 31 janvier 2002 : mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit ;
3) Circulaire n°2002-113 du 30 avril 2002 : les dispositifs de l'adaptation et de l'intégration scolaire dans le 1er degré ;
4) Décret n°2004-13 du 5 janvier 2004 : le certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap et le certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des enfants en situation de handicap ;
5) Décret n°2005-1014 du 24 août 2005 : les équipes éducatives dans l'enseignement du premier degré ;

6) Circulaire n°2006-051du 27 mars 2006 : le Programme Personnalisé de Réussite Educative.
7) Circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 : accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé ;
8) Loi n°2005-102 du 11 février 2005 : pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
9) loi du 30 juin 1975 : loi d'orientation en faveur des personnes handicapées ;
10) Décret n°2005-1587 du 19 décembre 2005 : la Maison Départementale des Personnes Handicapées ;
11) Circulaires n°76-156 et n°31 du 22 avril 1976 : Commissions de l'Education Spéciales ;
12) Décret n°2005-1589 du 19 décembre 2005 : la Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes Handicapées ;
13) Circulaire n° 2006-126 du 17 août 2006 : la mise en œuvre du Projet Personnalisé de Scolarisation ;
14) Décret n°2005-1752 du 30 décembre 2005 : le parcours de formation des élèves présentant un handicap ;
15) Décret n°89-798 et annexes XXIV du 27 octobre 1989 ; Circulaire n°89-17 et annexes XXIV du 30 octobre 1989 : relatifs aux conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés- des handicaps auditifs ou visuels-des handicaps moteurs-ou des enfants polyhandicapés ;
16) Circulaire n°2003-093 du 11 juin 2003 : l'attribution des Auxiliaires de Vie Scolaire ;
17) Circulaire n°2001-061 du 5 avril 2001 : les aides techniques ;
18) Circulaire n°2006-215 du 26 décembre 2006 : l'organisation des examens et concours de l'enseignement scolaire et de l'enseignement supérieur pour les élèves présentant un handicap ;
19) Code de l'Action Sociale et des Familles-Art.R213-13 : le transport spécialisé ;
20) Décret n°2002-422 du 29 mars 2002 et Décret n°2005-1761 du 29 décembre 2005 : l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé ;
21) Circulaire n°2006-139 du 29 août 2006 : les enseignements généraux et professionnels adaptés dans le second degré ;
22) Circulaire n°2001-035 du 21 février 2001 : relative aux Unités pédagogiques d'Intégration.

BIBLIOGRAPHIE

- AJURIAGUERRA.J, (1980), *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*, Masson, Paris.

- BAKER. L et CANTWELL. D, (1987), *A prospective psychiatric follow up of children with speech langage disorders,* journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry.

- BALLOUARD.C, (2006), *Le travail du psychomotricien*, Dunod, Paris.

- BEAUD.S et WEBER.F, (2003), *Guide de l'enquête de terrain,* La Découverte, Paris.

- BERGES.J, BERGES-BOUNES.M, CALMETTES-JEAN.S, (2004), *Que nous apprennent les enfants qui n'apprennent pas ?*, Erès.

- BODER.E, (1973), *Developmental dyslexia: a diagnostic approach based on three atypical reading, spelling patterns*, Developmental medicine and child neurology.
- CHEVRIE-MULLER.C, NARBONA.J, (2000), *Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques*, (2ème édition) Masson, Paris.
- COLTHEART.M, « et coll. », (1978), *Lexical access in simple reading tasks*, Academic Press.
- DANON-BOILEAU.L, (2002), *Des enfants sans langage*, Odile Jacob, Paris.
- DUMONT.A, (2001), *Mémoire et langage, surdité, dysphasie, dyslexie*, (2ème édition) Masson.
- ESTIENNE.F, (1973), *Langage et Dysorthographie*, Editions Universitaires de Paris.
- ESTIENNE.F, PIERART.B, (2006), *Les bilans de langage et de voix, fondements théoriques et pratiques*, Masson.
- FRITH.U, (1985), *Beneath the surface of developmental dyslexia*, Erlbaum.
- GERARD.C-L, (1991), *L'enfant dysphasique*, Presses Universitaires de Paris.
- GERARD.C-L, (2003), *L'enfant dysphasique,* De Boeck & Larcier, Bruxelles.
- GIL.R, (2003), *Neuropsychologie*, (3ème édition) Masson, Paris.
- KHOMSI.A, (1994), Les troubles cognitifs de la scolarité ou la galaxie DYS, Laboratoire de Psychologie « Education, Cognition et Développement » (Lab ECD), Université de Nantes.
- MALSON.L, (1994), *Qu'est-ce que la dyslexie,* Privat, Toulouse.
- MARCELLI.D, (2006), *Enfance et psychopathologie,* Masson, Paris.
- MARSH.G, « et coll. », (1980), *The development of strategies in spelling*, Academic Press.
- MAZEAU.M, (1995), *Déficits visuo-spatiaux et dyspraxies de l'enfant : du trouble à la rééducation*, Masson.
- MAZEAU.M, (1999), *Aspects cliniques des dyscalculies chez l'enfant,* Rééducation Orthophonique.
- MAZEAU.M, (2003), *Conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant,* Masson, Paris.
- MC CARTHY.R.A, WARRINGTON.E.K, (1994), *Neuropsychologie cognitive, une introduction clinique*, Puf.
- MERIEU.P, (2006), *Faire l'école, faire la classe,* ESF, Paris.

- MONFORT.M, JUAREZ SANCHEZ.A, (2001), *L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales. Une proposition de modèle interactif*, (Nouvelle édition actualisée) Orthoédition.
- MORTON.J, (1980), The *logogen model and orthographic structure*, Academic Press.
- ELLIS.A.W, (1982), *Spelling and writing*, Academic Press.
- MUCCHIELLI.R, BOURCIER.A, (1974), *La dyslexie, maladie du siècle,* ESF.
- PIAGET.J, (1945), *La formation du symbole chez l'enfant*, Delachaux et Niestlé.
- SAUSSE.S, (1996), *Le miroir brisé,* Calmann Levy.
- SINGLY.F, (2005), *L'enquête et ses méthodes,* Armand Colin.
- VAN HOUT.A, (1989), *Aspects du diagnostic des dysphasies*, A.N.A.E. 1 11-15.
- VAN HOUT.A, ESTIENNE.F, (2001), *Les dyslexies, décrire, évaluer, expliquer, traiter*, (3ème édition) Masson, Paris.
- VAN HOUT.A, MELJAC.C, FISCHER.J.P, (2005), *Troubles du calcul et dyscalculies chez l'enfant*, (2ème édition) Masson.

AUTRES OUVRAGES CONSULTES

- HANDISCOL, 2007, *Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents handicapés,* Ministère de l'Education Nationale.
- MESSICA.F, 2006, *Le collège et le lycée, comment ça marche,* La Découverte, Paris.
- ROUSSEAU.J, 2004, *Les approches thérapeutiques en orthophonie,* Ortho-Edition.

- BUSCHER.H, 2004, *Développement et examen psychomoteur de l'enfant,* Masson, Paris.
- ESTIENNE.F et PIERART.B, 2006, *Les bilans de langage et de voix, fondements théoriques et pratiques,* Masson, Paris.

SITES INTERNET CONSULTES

- www.inpes.sante.fr
- www.education.gouv.fr
- www.apedys.com
- www.scolaritepartenariat.chez-alice.fr
- www.legifrance.gouv.fr
- www.eduscol.fr
- www.avenir -dysphasie.asso.fr

SIGLES

- **DSM.IV-R** : Manuel révisé de Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
- **CIM.10** : 10ème révision de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes
- **CFTMEA .R-2000** : La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
- **ANAES :** Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- **IGAS/IGEN :** Inspection Générale des Affaires Sociales/Inspection Générale de l'Education Nationale

- **RASED** : Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté
- **CAPA-HS** : Certificat d'Aptitude Professionnelle pour les Aides spécialisées , les enseignements adaptés et à la scolarisation des élèves en situation de handicap
- **2CA-SH** : Formation spécialisée des professeurs de collège et lycée
- **PPRE** : Programme Personnalisé de Réussite Educative
- **PPAP** : Programme Personnalisé d'Aide et de Progrès
- **PAS** : Projet d'Aide Spécialisée
- **PAI** : Projet d'Accueil Individualisé
- **MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- **CCPE** : Commission de Circonscription Préscolaire et Elémentaire
- **CCSD** : Commission de Circonscription pour le Second Degré
- **CDES** : Commission Départementale de l'Education Spéciale
- **COTOREP** : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
- **CDAH** : (ou CDA) Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes Handicapées
- **PPS** : Projet Personnalisé de Scolarisation
- **ESS** : Equipes de Suivi de Scolarisation
- **SESSAD** : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
- **SAFEP** : Service d'Accompagnement Familiale et d'Education Précoce
- **SSEFIS** : Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire
- **SAAAIS** : Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire
- **AVS** : Auxiliaire de Vie Scolaire
- **AEEH** : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
- **AES** : Allocation d'Education Spécialisée
- **CLAD** : Classes et regroupements d'Adaptation
- **CLIS** : Classe d'Intégration Scolaire
- **SEGPA** : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
- **EREA** : Etablissements Régionaux d'Enseignement Adapté
- **UPI** : Unités Pédagogiques d'Intégration
- **IME** : Institut Médico Educatif
- **ITEP** : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique de rééducation
- **DASS** : Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
- **SEES** : Section d'Education et d'Enseignement Spécialisé
- **CMP** : Centre Médico Psychologique
- **CMPP** : Centre Médico Psycho Pédagogique

Résumé :

Ce mémoire est une étude sur la mise en œuvre des préconisations thérapeutiques et scolaires émises par le Centre du Langage de Nantes pour des enfants dysphasiques ou dyslexiques. Ce centre de consultation pluridisciplinaire, comme l'ensemble des centres référents du langage, a notamment pour mission de porter un diagnostic précis pour pouvoir définir les prises en charge rééducatives et le mode d'intégration scolaire les plus adaptés aux troubles de l'enfant.

Des soins multiples et des aménagements pédagogiques peuvent être et sont souvent recommandés pour ces enfants dysphasiques ou dyslexiques qui, en plus de leurs déficiences langagières, peuvent présenter de nombreux troubles associés très pénalisants.

Cette recherche s'intéresse aux suites qui sont données à ces nombreuses préconisations, ce qui est rapidement réalisable et ce qui l'est plus difficilement dans le domaine des soins comme dans le domaine scolaire, et par conséquent aux bénéfices que cette consultation a apporté aux enfants et à leur famille.

Mots-clés :

- Centre du Langage
- Diagnostic
- Dysphasie, dyslexie, trouble spécifique
- Suivis thérapeutiques
- Dispositifs d'adaptation et d'intégration scolaire