



ETAT d'AME

numéro 21



Bulletin de liaison de l'Association des maîtres E des Deux Sèvres; novembre 2004
mail:ame79@wanadoo.fr

Les troubles spécifiques des apprentissages

Editorial

Bonjour,

Ce numéro spécial est le fruit d'un projet qui a mûri lentement pendant les journées de formation organisées par l'administration en 2003/2004 sur les troubles spécifiques des apprentissages.

D'une durée de quatre jours, cette formation a été organisée dans le cadre de l'application de la circulaire du 31 janvier 2002 relative à la mise en place d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit. Elle regroupait des participants venant de tous horizons: enseignants, orthophonistes, neuropsychiatres, médecins, psychologues, parents...

Les objectifs de cette formation étaient axés sur l'amélioration du partenariat, ainsi que du repérage et la formation de personnes ressources. Plutôt que de s'enfermer dans des polémiques stériles sur les troubles (avec l'opposition des camps tout ortho contre tout neuro ou tout psy), le choix a été fait de mieux connaître cette population évaluée à près de 5 pour cent des enfants, soit un enfant en moyenne sur un groupe de 20, ainsi que ses besoins éducatifs spécifiques. L'école est le premier lieu de repérage; il n'y a pas deux enfants identiques; il est important de comprendre les fonctionnements neuro psychologiques pour mieux savoir comment et où aider.

Dans le cadre d'une approche partenariale sur ces troubles, nous avons proposé d'ouvrir les colonnes de notre revue aux diverses personnes d'horizons professionnels ayant participé à ces journées, et dont l'approche est différente et complémentaire de celle des enseignants que nous sommes. Nous avons proposé de compléter notre revue par une seconde rubrique intitulée "regards croisés". Cette rubrique a été ouverte à tous les participants de ces journées, que ce soit à titre individuel, ou collectif: (médecins scolaires, personnels de PMI, de CMPP, associations de parents, représentants de l'administration, orthophonistes, psychologues scolaires, maîtres G, maîtres E).... Nous regrettons que personne n'ait répondu à l'invitation à écrire que nous avons lancée; le chemin reste encore long du point de vue du partenariat...

Nous vous proposons donc le travail écrit, réécrit et relu par Laurent Imhof et Jean-Pierre Chevalier, sans oublier la prise de position du Conseil d'Administration de l'AME79 sur cette question.

Le sommaire du document se trouve en page 2

Sommaire

- Page 2: présentation générale
- Page 3: les troubles du langage oral
- Page 7: les troubles spécifiques du langage écrit
- Page 11: les troubles déficitaires de l'attention, avec ou sans Hyper Activité
- Page 14: les dyspraxies
- Page 17: avis de l'association des Maîtres E des Deux Sèvres au sujet des troubles spécifiques des apprentissages.

Approche neurologique des troubles spécifiques des apprentissages

Les troubles spécifiques des apprentissages font appel à des zones du cerveau qui ne se sont pas développées comme on pourrait l'attendre pendant l'embryogenèse. Pendant le développement cérébral, il est nécessaire que les neurones soient dans la zone qui correspond à leur fonction pour déclencher le processus de spécialisation, lequel multiplie les connexions des zones dévolues aux fonctions cognitives. Il a été montré que, chez les dyslexiques, des groupes de neurones n'étaient pas à leur place dans les zones du cerveau (entre autres du côté du cerveau gauche, où se trouvent les zones du langage); ils n'ont pu entraîner les mécanismes de spécialisation hémisphérique.

Cette moins bonne spécialisation se traduit par une difficulté à mettre en place la lecture d'assemblage, entre autres en raison d'une conscience phonologique défectueuse.

Même s'il existe des formes familiales de dyslexie, il est difficile à ce jour de pouvoir énoncer qu'il en existe un gène.

Troubles spécifiques du langage et autres déficiences

Le diagnostic différentiel pluri-disciplinaire évite de voir de la dyslexie ou de la dysphasie là où elle n'existe pas de façon probante:

- ◆ Dans le cas de la déficience mentale, quand le QI est inférieur à 70;
- ◆ Dans le cas de l'intelligence lente, quand le QI se situe entre 70 et 85;
- ◆ Dans le cas de phénotypes comportementaux, tels que les syndromes du X fragile, de William, d'Angelman,....
- ◆ Dans le cas de troubles de la communication, comme les troubles envahissants du développement, les pathologies limites, les névroses sévères...

Plutôt que de se précipiter dans la catégorisation à outrance, il est premier qu'existe un partenariat entre les diverses parties concernées pour poser le diagnostic (professionnels de soin, parents, enseignants). Souvent, l'enfant se trouve intriqué entre difficultés psychiques et cognitives qui empêchent de savoir ce qui est imputable à quoi. Plutôt que de se battre sur les causes, il est premier d'évaluer la situation singulière d'un enfant, au cœur de son fonctionnement neuropsychologique, cognitif, et psychique, en tenant compte de son environnement socioculturel.

Les troubles du langage oral

Ces troubles se manifestent face à diverses compétences non mises en place:

- ◆ Compétence phonologique à segmenter les mots en syllabes;
- ◆ Capacité métaphonologique à faire des opérations sur les syllabes;
- ◆ Capacité à segmenter les syllabes en sons;
- ◆ Capacité à effectuer des opérations sur les sons.

La conscience phonologique présente un aspect prédictif sur l'apprentissage de la lecture, du point de vue de l'établissement de la procédure d'assemblage. Cette conscience phonologique comprend la discrimination des sons, la conscience des rimes, de l'attaque des mots.

Sans parler de mécanisme de cause à effet, il existe un lien étroit entre langage oral et écrit pour les enfants qui présentent des troubles du langage oral. Il convient donc de se montrer très vigilant.

Il est possible de parler de Troubles Spécifiques du Langage oral pour des enfants qui, après l'âge de trois ans, se révèlent déficitaires à un test coté. Si on parle de trouble de développement, c'est parce que les acquisitions se font en retard, sans régression, sans autre déficit qui pourrait expliquer ce trouble (surdité, autisme, trouble psychique, de communication, relationnel, déficiences mentale...).

Chez les jeunes enfants, il n'est pas toujours facile de faire la distinction entre retard de langage sans grande sévérité et dysphasie de développement, qui est un trouble spécifique durable, et se manifeste par une certaine inintelligibilité, une absence de structures de phrases, des troubles de la compréhension, l'utilisation erronée de constructions syntaxiques...

Sans prise en charge orthophonique et pédagogique, un enfant dysphasique peut présenter de gros risques de devenir dyslexique.

L'apprentissage de la lecture chez un enfant dysphasique

En considération de la spécificité de ses difficultés, une méthode syllabique s'impose; c'est en s'appuyant sur le langage écrit que pourra alors se développer le langage oral; il est important de mettre en valeur l'assemblage chez un enfant qui ne le développe pas spontanément, ce qui nécessite:

- ◆ la présentation d'un tableau d'amorces;
- ◆ des tableaux de syllabes commençant par une même consonne;
- ◆ un mélange de syllabes dans un tableau;
- ◆ des exercices à partir de syllabes mobiles (complétion de mots, reconstitution de mots mélangés, lotos et mémorys de syllabes).

Parallèlement, il convient de développer la conscience syllabique, avec des supports permettant la manipulation, avec des exercices de comptage, identification, catégorisation, omission ou inversion de syllabes.

Il est également important qu'existe un cahier entre l'enseignant et l'orthophoniste pour noter les sons à travailler.

En classe,

- ◆ une information de toute la classe est importante;
- ◆ ne pas oublier de parler lentement,
- ◆ vérifier que l'enfant a bien tout compris;
- ◆ reformuler la bonne prononciation et la bonne syntaxe, sans faire répéter;
- ◆ privilégier la notation de réussites, plutôt que celle d'erreurs.

Chez certains enfants dysphasiques, il est nécessaire de passer à l'assemblage

phonémique, plutôt que syllabique, en s'appuyant sur la transcription de sons, ce qui peut passer par:

- ◆ l'évocation de syllabes à partir de gestes;
- ◆ la dictée de gestes;
- ◆ la complétion de syllabes;
- ◆ l'introduction progressive de syllabes complexes.

La démarche de l'orthophoniste

L'orthophoniste se situe dans la phase d'évaluation, éventuellement de prise en charge, après le repérage effectué par les enseignants et les parents, ainsi que le dépistage, effectué par le médecin et le psychologue.

La tâche première: bien analyser le problème:

- ◆ différencier les troubles secondaires des troubles spécifiques;
- ◆ différencier les troubles structurels (dysphasie) des troubles fonctionnels (retard de langage);
- ◆ ne pas pathologiser systématiquement: 60% des difficultés sont transitoires; il convient d'être néanmoins vigilants, gardant à la mémoire que les troubles du langage oral sont également des prédicteurs du trouble du langage écrit.

Quand l'enfant est en maternelle.

On considère qu'il y a trouble

- ◆ quand les problèmes langagiers ont une répercussion sur la communication verbale à 3 ou 4 ans;
- ◆ il n'y a pas ou peu d'évolution dans le développement du langage;
- ◆ on rencontre à trois ans un langage inintelligible, avec l'absence de phrases, des troubles de la compréhension.

En petite et moyenne section, face à des troubles sévères entravant la communication verbale, il convient de s'orienter vers un bilan orthophonique, une prise en charge orthophonique et une guidance parentale.

Quand les troubles se révèlent modérés, il convient d'évaluer cliniquement, de ne faire un bilan orthophonique que si c'est nécessaire; si ce n'est pas nécessaire, un nouveau bilan devra être envisagé dans les six mois, et une guidance parentale mise en place.

En grande section, un bilan orthophonique est conseillé pour tous les troubles du langage.

Il ne faut pas perdre de vue le lien entre oral et écrit:

- ◆ une bonne conscience phonologique est un bon prédicteur de la lecture;
- ◆ une conscience phonologique limitée se traduit souvent par des difficultés de l'apprentissage de la lecture;
- ◆ par ailleurs, la conscience phonologique est également influencée par l'apprentissage de la lecture.

Le rôle de l'orthophoniste

- ◆ Informer les professionnels;
- ◆ Participer à des opérations de dépistage;
- ◆ Evaluer les déficits et compétences;
- ◆ Accompagner les enfants;
- ◆ Rééduquer

L'évaluation orthophonique

- ◆ Son but est d'évaluer le déficit langagier, sa nature et sa gravité. S'agit-il d'un trouble primaire, secondaire ou associé? Quels sont les examens complémentaires nécessaires? Quelle prise en charge est souhaitable?
- ◆ La méthodologie de l'évaluation consiste à effectuer une anamnèse, un examen clinique (par l'observation et des tests standardisés), à interpréter les résultats, à émettre des hypothèses diagnostiques, rédiger un compte rendu qui peut déboucher sur un projet thérapeutique.
- ◆ L'anamnèse consiste à s'enquérir de l'histoire du développement de l'enfant, ainsi que de ses troubles, des antécédents personnels, familiaux (en considération de la dimension génétique des troubles), du cursus scolaire, des prises en charge passées et actuelles.
- ◆ Pour l'observation, des paramètres sont importants: la qualité du contact, la stabilité et la coopération de l'enfant, la qualité des échanges (verbaux et non verbaux) avec ses parents, avec l'examineur, l'adaptation à la situation de test et le respect des consignes.
- ◆ L'évaluation du langage s'effectue du point de vue de l'articulation, de la phonologie (assemblage des sons dans le mot), de l'encodage lexical et syntaxique, de la mémoire et de l'attention, du décodage lexical et syntaxique, de la compréhension, du raisonnement, ainsi que des compétences métaphonologiques.
- ◆ Diverses batteries standardisées existent:
 - ◆ La N-EEV, Nouvelle Evaluation du Langage, pour les enfants de 3 à 8 ans;
 - ◆ La L2MA, évaluation du langage oral de 8,5 ans à 12,5 ans;
 - ◆ La L2MA, mémoire;
 - ◆ La TCG-R de Deltour, test de Closure Grammaticale révisée;
 - ◆ Le O 52 de Khomsi, épreuve de compréhension orale de phrases;
 - ◆ Le TVAP de Deltour, épreuve de définition, désignation;
 - ◆ L'EVIP, échelle de vocabulaire en image;
 - ◆ L'E.CO.S.SE, épreuve de compréhension syntaxique.

Le travail phonologique

Il consiste en une prise de conscience des éléments de la parole, en faisant fusionner des phonèmes pour recréer des mots, en faisant comparer des rimes de mots, en faisant compter les éléments sonores, en faisant répéter les mots avec le support visuel....

Il est important de toujours travailler l'oral avec un support visuel.

Les différents troubles du langage oral et leur rééducation

Il convient de distinguer les troubles fonctionnels (retards simples de parole et de langage qui évoluent bien et doivent être compensés à 6 ans), des troubles structurels (dysphasies expressives, réceptives ou mixtes, troubles graves, durables et déviants).

Retard de langage	Dysphasie
Décalage chronologique Simplification de parole Lexique réduit Syntaxe maladroite Compréhension normale Intonation normale Atteinte homogène de la phonologie, du lexique, de la syntaxe Peu de conscience du trouble Peu de conscience phonologique	Trouble primaire et durable Déviance phonologique Troubles de l'évocation Dysyntaxie, agrammatisme Compréhension altérée Dysprosodie Ecart de performance entre les différents niveaux neurolinguistiques

La rééducation orthophonique selon l'âge de l'enfant

- ◆ A 3-5 ans, il convient de travailler sur la communication, améliorer l'intelligibilité, enrichir le vocabulaire et la syntaxe
- ◆ A 5-6 ans, il convient de vérifier le phonétisme, rééduquer tout trouble de la parole et du langage persistant, vérifier la conscience phonologique pour préparer l'acquisition du langage écrit.
- ◆ Après 6 ans, il est important de donner à l'enfant un langage fonctionnel, de réduire les déficits, d'apprendre à lire en s'appuyant sur le langage écrit pour rééduquer le langage oral.

La rééducation selon les troubles

- ◆ Pour les troubles fonctionnels, il faut stimuler le langage, développer les compétences présentes.
- ◆ Pour les troubles structurels, il faut construire le langage sur le plan phonétique, syntaxique, lexical, donner des moyens d'argumentation, de communication, en utilisant des supports visuels, pictographiques, en accompagnant la famille, en apprenant à lire (cf supra).

La rééducation: quand, à quel rythme, pendant combien de temps?

- ◆ Il est important de favoriser la rééducation sur le temps scolaire.
- ◆ Le rythme dépend de la nature et de la gravité du trouble, de la classe, ainsi que de la motivation de l'enfant.
- ◆ Pour des retards simples, une à deux séances hebdomadaires suffisent;
- ◆ Pour les dysphasies, il est important de tenir un rythme minimum de trois fois par semaine; l'intensité de la rééducation a son importance.
- ◆ La durée de la rééducation dépend de la nature et de la gravité du trouble, ainsi que de la motivation de l'enfant. Les rééducations peuvent durer quelques années, avec éventuellement des arrêts ponctuels. La rééducation permet à l'enfant de développer des compétences de langage jusque là déficitaires pour lui permettre une meilleure communication. Il lui faut expérimenter ces compétences dans son milieu scolaire et familial.

Les troubles spécifiques du langage écrit

La dyslexie de développement

Pour parler vraiment de dyslexie de développement, il faut constater un retard de deux ans entre âge réel et âge de lecture à un âge étalonné, sans artefact de déficiences autres ou de troubles du comportement. Sans attendre cet écart de deux ans, il convient d'être vigilant sur le fait que 60 pour cent des enfants dyslexiques ont eu un trouble de langage oral (mais pas 40 pour cent). D'autre part, il faut aussi penser que 25% des enfants ayant présenté un retard de parole et 90% des enfants dysphasiques auront des difficultés dans l'apprentissage de la lecture. Ceci conduit à être particulièrement vigilant, entre autres du point de vue de la conscience phonologique en grande section/CP.

Il convient de distinguer

- ◆ la dyslexie phonologique (majoritaire), liée au trouble du langage oral, à un déficit de la voie d'assemblage,
- ◆ la dyslexie de surface ou visuo-attentionnelle, où la voie d'adressage est difficilement mise en place
- ◆ et la dyslexie mixte qui combine les deux types de troubles de dyslexie.

La dyslexie phonologique

Elle concerne au moins 3% de la population. Elle se caractérise par un trouble phonologique qui nuit à la possibilité d'assemblage:

- ◆ Confusion de phonèmes;
- ◆ Difficile segmentation des mots en syllabes;
- ◆ Impossibilité de retirer la première ou la dernière syllabe d'un mot;
- ◆ Impossibilité de retirer un phonème;
- ◆ Difficile mémoire phonologique à court terme.

Jusqu'à l'âge de six ans, il est difficile d'évaluer le niveau de conscience phonologique d'un enfant, ce qui n'interdit pas d'être vigilant.

Les dyslexies visuo-attentionnelles

Les enfants ont les capacités métaphonologiques, mais des difficultés dans la perception des indices visuels pour faire le lien avec le répertoire orthographique. Ce type de dyslexie apparaît en CE1/CE2, après un CP apparemment correct, quand il s'agit de mémoriser une orthographe globale des mots.

Les dyslexies mixtes:

Elles combinent les deux types précédents de dyslexie.

La pédagogie pour les enfants dyslexiques.

Quelques principes fondamentaux:

- ◆ Ne pas les pénaliser dans leurs erreurs, leurs difficultés;
- ◆ Choisir des méthodes d'évaluation positive;
- ◆ Alléger les efforts par des séquences entrecoupées de pauses; veiller à respecter la surcharge cognitive.
- ◆ Eviter les distracteurs.

- ◆ Tenir compte de la lenteur d'acquisition;
- ◆ Faire une pédagogie de français dont l'enfant a besoin, sans vouloir coller coûte que coûte au programme.
- ◆ Expliquer aux autres enfants et aux parents; informer;
- ◆ Etablir une bonne collaboration avec l'enfant et la famille.
- ◆ Lire les énoncés, les problèmes, pour ne pas surajouter des difficultés de lecture à l'activité mathématique de résolution de problème.
- ◆ Veiller à ce que l'enfant soit près du tableau, devant.
- ◆ Limiter et aérer l'écrit au tableau, pour mettre en évidence l'essentiel, avec principalement le plan, la logique de la leçon.
- ◆ Ne pas demander de copier sur le cahier pendant la leçon orale. Prévoir un modèle de ce qui est à copier sur la table de l'élève, avec un cache-lignes, qui évite d'en sauter.
- ◆ Créer un cahier de l'élève imaginaire de la classe, pour qu'il dispose de points de repère quand il n'a pas pu tout copier.
- ◆ Pour le travail écrit, accepter le manque d'autonomie pour la lecture et l'écriture, de la même manière qu'on ne demande pas à un élève en fauteuil roulant les mêmes performances qu'aux autres dans le cadre de l'EPS, sans l'en dispenser pour autant.
- ◆ Ne pas pénaliser l'orthographe sur un travail d'expression.
- ◆ Réduire la lecture et les dictées pour tenir compte des possibilités de l'élève.
- ◆ Evaluer en allégeant la quantité de lecture, sans pour autant faire une évaluation facile; donner du temps supplémentaire; diminuer le nombre de questions; interroger à l'oral; vérifier par l'oral si les connaissances sont réellement présentes. Autoriser le style orthographique.
- ◆ Le travail à la maison doit être préparé à l'école, adapté aux possibilités. Il faut garder présent à l'esprit le danger de la pression familiale. Pour permettre à l'élève de construire du savoir et de s'y construire comme sujet estimable pour lui et vis à vis de son environnement proche, il est important de donner uniquement à effectuer des choses réalisables par l'enfant ou le jeune.

Certains enfants dyslexiques ont également des difficultés avec le nom des nombres (erreurs dans la lecture et l'écriture des nombres).

Pour le travail spécifique sur la lecture:

- ◆ Mettre en place des groupes de soutien décloisonnés (avec des activités portant sur les syllabes complexes, la combinatoire, des exercices de conscience phonologique).
- ◆ Utiliser des logiciels d'entraînement à la lecture rapide des mots; reconnaître d'un coup d'œil les mots très fréquents en jouant avec des étiquettes, pour monter le lexique orthographique.
- ◆ Développer une interrelation oral/écrit.
- ◆ Entraîner la reconnaissance par adressage.
- ◆ Exercer la conscience phonologique (extraire et composer des phonèmes pour combiner).

Pour le travail sur l'orthographe:

- ◆ Travailler sur des sons complexes, tels que ein, oin, ion, ail, euil....
- ◆ Travailler sur les syllabes avec des mots à trous, puis sur des non-mots contenant ces syllabes.
- ◆ Contourner le déficit phonologique installé, l'assemblage pas ou mal installé par la constitution d'un lexique orthographique.
- ◆ Pour l'orthographe grammaticale, ne pas oublier que trois types de relecture sont souvent

nécessaires: d'abord sur le respect des sons, puis du lexique, enfin de la grammaire...

Pour la dyslexie visuo-attentionnelle:

Il n'existe pas de déficit de la conscience phonologique, mais des difficultés dans la reconnaissance visuelle. Il est donc nécessaire

- ◆ d'effectuer un travail sur la forme visuelle des mots, de la syllabe;
- ◆ de pratiquer de la discrimination visuelle avec des lectures flash;
- ◆ de porter attention sur des séquences de lettres proches, telles que cra/car.....

Au collège

L'élève arrive avec une orthographe difficile: une persistance d'erreurs phonétiques, peu d'orthographe lexicale, peu de segmentation des mots.

Certaines langues étrangères sont plus facilement transparentes que d'autres: l'anglais est la pire, l'espagnol ou l'italien sont les meilleures solutions; l'allemand est une langue moyennement transparente pour le jeune dyslexique. Pour l'anglais, il vaut mieux privilégier l'oral que l'écrit.

Le jeune dyslexique peut présenter un comportement avec une dépendance absolue au tiers, une certaine perte d'estime de soi, de la dépression de l'agressivité, du rejet...

Après avoir bien repéré si on est face à une dyslexie ou une simple difficulté de lecture, il est important de respecter

certaines conditions minimales d'intégration:

- ◆ l'existence d'un projet d'intégration au collège;
- ◆ un professeur coordonnateur et une attitude cohérente de tous les professeurs;
- ◆ une équipe de santé capable d'asseoir le diagnostic;
- ◆ la présence d'un tuteur ou de temps supplémentaire pour lire les énoncés, pour faciliter l'expression écrite;
- ◆ ne pas prendre en compte l'orthographe hors dictée;
- ◆ préserver l'importance des interrogations orales;
- ◆ s'adapter à la lenteur de lecture;
- ◆ expliquer à la classe;

Afin de faciliter la mémoire de travail,

- ◆ privilégier la calculette aux tables de multiplication;
- ◆ pour suivre de longs énoncés, les découper en laissant au jeune le temps d'écrire les données en style télégraphique;
- ◆ réduire les demandes de leçon à l'essentiel;
- ◆ ne pas donner d'ouvrages entiers à lire à la maison.

Dans le cas de la dyslexie visuo-attentionnelle,

- ◆ construire les activités en lien avec l'orthophoniste;
- ◆ entraîner le lexique orthographique (écrire, copier, compter le nombre de lettres du mot, épeler à l'endroit et à l'envers, apprendre surtout les mots irréguliers, travailler les séquences de lettres comme niche/chien, relire les sons).

La prise en charge orthophonique

Les premiers signes d'alerte apparaissent en classe primaire quand l'enfant a des difficultés persistantes dans l'apprentissage de la lecture après six mois de CP, mais aussi

quand il ne maîtrise pas la lecture et n'acquiert pas l'orthographe au CE1, s'il n'acquiert pas la rapidité dans la lecture et que cela le gêne dans les autres matières.

La méthodologie d'évaluation consistera à vérifier la spécificité du trouble, à interpréter par rapport aux modèles neuropsychologiques, à formuler des hypothèses.... Le modèle théorique sous-jacent est toujours celui de la lecture par voies d'assemblage et d'adressage.

La méthodologie d'évaluation

Elle est proche de la méthodologie des troubles du langage oral:

- Anamnèse (cf supra)
- Examen clinique:
 - Examen du langage oral (compétences phonologiques, lexicale, syntaxe)
 - Examen du langage écrit: perception, traitement, production.
- Interprétation des résultats: quantitatifs (nombre d'erreurs, temps de lecture) et qualitatifs.
- Hypothèses diagnostiques: déficit dans une ou plusieurs procédures, compensations développées ou à développer.
- Rédaction d'un compte-rendu lisible, informatif et utilisable par des tiers partenaires.
- Elaboration d'un projet thérapeutique:
- Développer les procédures efficaces;
 - utiliser les compensations possibles;
 - donner des stratégies pour une utilisation automatique et flexible des compétences.

Les outils d'évaluation

Là aussi, l'orthophoniste utilise des outils standardisés et aussi cliniques.

- Le L2MA, qui évalue les stratégies de lecture, de Chevrier Muller, avec des mots sans signification, une épreuve de compréhension, ainsi que d'orthographe;
- Le LMC-R de Khomsi (Lecture Mots Compréhension-Révisée);
- La BELEC, batterie d'évaluation de la lecture, écriture, compréhension, avec une évaluation sur l'assemblage, l'adressage, des exercices sur les habiletés phonologiques (inversion de syllabes, de phonèmes, soustraction de syllabes initiales, soustraction de consonnes initiales), sur les mécanismes d'identification des mots, l'orthographe.
- Des batteries de Leximétrie, tels que l'Alouette, qui donne un âge de lecture en déchiffrement, et est peu sensible à l'évolution de la langue depuis 1967.
- Ces outils permettent une évaluation diagnostique initiale, mais permettent aussi une évaluation longitudinale de l'efficacité du traitement, et donnent des critères d'arrêt de la rééducation.

La rééducation orthophonique

Au CP/CE1, elle vise principalement à développer la procédure d'assemblage, du point de vue de la conscience phonologique, la mémoire de travail, la dénomination rapide, la perception et la segmentation visuelle, la conversion lettres-sons. Après le CE1, la rééducation orthophonique vise à automatiser l'assemblage, développer le stock orthographique, créer une flexibilité dans l'utilisation des deux stratégies, développer la compréhension, pour arriver à une maîtrise de la langue écrite pour pouvoir accéder aux autres apprentissages.

Comme activités pour développer le répertoire orthographique, l'orthophoniste utilise l'appel à l'épellation, à la mémorisation de l'écriture des mots, par l'épellation à rebours....

THADA: Troubles Déficitaires de l'Attention, avec ou sans Hyper Activité

Ce trouble concernerait 4 à 6 % de la population scolaire. 40 % des enfants présentant des troubles des apprentissages seraient porteurs d'un THADA. 20 % des enfants "THADA" auraient un trouble des apprentissages. On constate une prévalence de 6 à 9 garçons pour une fille.

Approches théoriques de ce trouble

Deux approches théoriques dominent:

- ⇒ Un regard pédo-psychiatrique dynamique qui prend en compte la psychogenèse de l'individu.
- ⇒ Une approche biologique, qui prend en compte l'hypodébit des régions frontales du cerveau et leur déficit en dopamine, ce qui peut être résolu par un traitement avec de la Ritaline. Le lobe frontal est le lieu de contrôle social, de la planification, de la compréhension, du sens critique. L'affection le déconnecte des noyaux gris centraux. La Ritaline permet la disparition de cet hypo-fonctionnement sanguin.

Des études réalisées avec des jumeaux adoptés et des adoptés non jumeaux ont confirmé la part biologique de ce trouble: la symptomatologie est plus proche de la famille génétique que de l'environnement.

Le débat reste ouvert pour dire si l'hyperactivité est ou non uniquement un symptôme de troubles du traitement de l'attention.

Quel est le devenir des enfants hyperactifs?

A l'adolescence, 20 à 30 % bénéficient d'une rémission totale. Chez 40 %, on constate une persistance du trouble. Chez 30 % des cas, on constate une persistance des troubles, aggravée de troubles de la conduite. A l'âge adulte, 30 à 60 % des enfants hyperactifs seraient concernés par les conséquences de ce trouble.

Le diagnostic et le traitement de l'hyperactivité

Des questions préalables méritent de se poser:

1. L'agitation est-elle normale?

- ◆ Par rapport aux critères de la DSM IV
- Sur 9 questions portant sur l'impulsivité, l'inattention, l'hyperactivité, au moins six critères doivent avoir une réponse positive.
- 4 autres critères doivent avoir également une réponse positive:
- le début des symptômes doit être apparu avant l'âge de 7 ans;
- la durée des symptômes doit être supérieure à 6 mois;
- ces symptômes doivent s'exprimer dans au moins deux circonstances ou lieux différents;
- ce symptôme doit avoir un retentissement manifeste sur l'intégration scolaire et sociale.
- ◆ Par rapport à des questionnaires, tels que la grille de Conners, dans ses versions parents et enseignants; elle permet également de suivre l'évolution de l'enfant pendant le traitement.
- ◆ Du point de vue de l'examen clinique, des signes neurologiques mineurs sont souvent rencontrés, du point de vue de la motricité fine (troubles du contrôle du mouvement), de la perception et de l'intégration sensorielle, ainsi que du graphisme. Ces signes sont rencontrés chez près de 80 % des enfants porteurs d'un THADA.

2. Est-elle isolée, secondaire? Quelle est la signification de ce symptôme?

Il convient en effet d'éliminer les agitations symptomatologiques d'une psychopathologie:

- ◆ troubles envahissants de la personnalité (discours désorganisé, angoisse, incohérence), ainsi que les dysharmonies évolutives (agressivité, destruction, angoisse, intolérance à la frustration);
- ◆ troubles envahissants du développement, comme l'autisme;
- ◆ les troubles intermédiaires sont difficilement distinguables; il est important de se méfier des symptômes associés. Les formes frontières entre troubles sont difficiles...

Les manifestations du THADA entre 6 et 10 ans:

- ◆ Des perturbations essentielles:
 - ◆ Une faible tolérance à la frustration;
 - ◆ Une certaine irritabilité, une labilité émotionnelle, des difficultés relationnelles.
- ◆ Des troubles spécifiques du développement:
 - ◆ Une altération des performances scolaires, allant jusqu'à l'échec;
 - ◆ Une mauvaise estime de soi;
- ◆ Des troubles psychiatriques; comorbidité dans 2/3 des cas:

3. Quels examens complémentaires ont été effectués?

- ◆ Une bonne évaluation nécessite l'avis pédopsychiatrique, pour tenir compte des autres sources d'affection:
 - ◆ Les traitements médicaux comme le Gardénaï;
 - ◆ Les affections chroniques;
 - ◆ La déficience mentale: pour apprécier les fonctions verbales et non verbales, un WISC est indispensable.
- ◆ Une attention particulière doit être portée aux autres troubles des apprentissages, du point de vue du:
 - ◆ Langage oral (faible acquisition du vocabulaire, de la syntaxe, de sa valeur pragmatique et communicative);
 - ◆ Langage écrit (lenteur de lecture, sauts de mots, de lignes, difficulté dans la prise d'indices visuels, et donc de constitution du répertoire orthographique).
 - ◆ Graphisme.

4. La démarche pour fixer les soins est donc la suivante:

- ◆ Un examen psychologique; dans le WISC, les enfants présentant un THADA ont souvent une chute aux épreuves de code, aux compléments d'images, aux épreuves arithmétiques, et de mémoire des chiffres.
- ◆ Un examen neuropsychologique; la pertinence de cet examen est remise en question par certaines écoles, néanmoins, les tests d'attention visuelle soutenue (barrage de lettres par exemple), les tests d'attention auditive, les tests informatisés et ceux de contrôle de l'inhibition de l'attention sont encore indispensables.
- ◆ Un examen psychomoteur.

5. Quelles aides sont apportées?

- ◆ Une prise en charge psychologique: le débat reste encore ouvert entre psychothérapie comportementale, psychanalyse, Ritaline.... Entre autres lors d'apparitions de troubles anxieux et dépressifs, les psychothérapies psychodynamiques ont leur importance peut-être plus du point de vue de l'action menée avec les parents que directement sur l'enfant.
- ◆ La prise en charge psychomotrice permet le réapprentissage du contrôle du comportement, donne des repères précis, par une alternance de tâches où il est possible de bouger avec des tâches nécessitant de la concentration.
- ◆ Les médicaments (métylphénidate, Ritaline) permettent une augmentation de l'attention

simultanée, une diminution de l'agitation, une amélioration du temps de réponse, mais ont aussi des effets secondaires, tels que la diminution de l'appétit, les insomnies, les tics... 65 à 70 % des enfants bénéficiant du traitement médicamenteux ont une nette amélioration de la symptomatologie comportementale, de l'attention, des capacités cognitives. Les effets secondaires pourront peut-être diminuer du fait de la prochaine apparition sur le marché de molécules à libération lente.

Face aux parents et aux enseignants

Des conseils peuvent les aider, mais ils ont surtout besoin:

- ◆ d'être rassurés: ils ne sont pas seuls, ni incompétents; le comportement de leur enfant n'est pas toujours le résultat d'un cadre éducatif défaillant; leur enfant a besoin de cadre cohérent et de repères.
- ◆ de verbaliser/expliciter le rejet de leur enfant par les tiers;
- ◆ de supporter l'image négative que leur renvoie l'environnement;
- ◆ changer leur regard et leur comportement vis à vis de leur enfant.

Une information doit être effectuée pour que soit compris que:

- ◆ ces enfants ne sont pas des opposants;
- ◆ ils ne peuvent pas apprendre à partir de leurs erreurs;
- ◆ ils ont une attention très brève;
- ◆ ils un contrôle défaillant des comportements indésirables;
- ◆ ils sont sensibles aux récompenses immédiates;
- ◆ ils ont une mémorisation partielle des instructions;
- ◆ ils sont impulsifs, hypervisuels, hyperdistractifs, hypersensoriels et sensibles;
- ◆ ils ne tiennent pas en place.

Le renforcement positif est essentiel pour leur permettre d'améliorer leur comportement. En conséquence, doivent être remplacé-e-s:

- ◆ Les punitions;
- ◆ Les manifestations de rejet;
- ◆ Les messages compliqués;
- ◆ Les sources de bruit;
- ◆ L'agitation;

Par:

- ◆ Un cadre éducatif cohérent, calme et ferme,
- ◆ Des récompenses immédiates, variées, jamais retirées,
- ◆ Des punitions modérées, retardées;
- ◆ En parlant de façon claire

Adaptation pédagogique souhaitable:

- Raccourcir les tâches et fractionner les demandes;
- Faciliter l'écoute de l'enfant et rendre le matériel attractif;
- Favoriser l'organisation, éviter les distractions, annoncer clairement les activités, vérifier que l'enfant a tout ce qu'il lui faut;
- Permettre des expressions socialement acceptables du besoin de bouger;
- Répéter les consignes, vérifier si l'enfant a compris;
- Encourage l'enfant chaque fois qu'il réalise quelque chose de positif;
- Amener l'enfant à comprendre ses difficultés et les accepter.

Les dyspraxies

La praxie peut se définir comme un programme qui ajuste le geste. La dyspraxie est un trouble psychomoteur associant une maladresse gestuelle à une perturbation du sens de l'organisation spatiale.

Les professionnels concernés extérieurs à l'école

Le psychomotricien est spécialisé dans le mouvement. Son intervention, isolée ou non, prend en compte le vécu affectif de l'enfant.

L'ergothérapeute est le spécialiste de la réadaptation. Il aménage l'environnement pour pallier les handicaps.

L'expertise orthophonique est indispensable quand existent des troubles de langage associés.

L'orthoptiste intervient quand le trouble dyspraxique porte sur la perception visuelle.

Le repérage

- ◆ Quand? En moyenne section ou en grande section.
- ◆ Par qui? Les parents, les enseignants, le corps médical.
- ◆ Où? A l'école, au domicile familial.
- ◆ Comment? Par l'observation des parents, par les outils des professionnels.
- ◆ Quelles manifestations?
 - ◆ Une certaine maladresse gestuelle;
 - ◆ Une lenteur dans les réalisations;
 - ◆ Des enfants peu enclins aux jeux de construction;
 - ◆ Un retard dans l'acquisition des gestes de la vie quotidienne;
 - ◆ Un retard graphique;
 - ◆ Une difficulté d'utilisation des outils et du matériel pédagogique;
 - ◆ Des difficultés dans le repérage temporo-spatial;
 - ◆ Des difficultés de latéralisation.
- ◆ Les signes d'appel pour les enseignants:
 - ◆ Une discordance entre compétences langagières et réalisations gestuelles et graphiques.
 - ◆ Des fluctuations et variabilités de résultats dans le même champ de compétences
 - ◆ Pas de trouble du comportement.
- ◆ Des indicateurs:
 - ◆ La tenue du scripteur;
 - ◆ La qualité du graphisme, de l'écriture;
 - ◆ La désorganisation spatiale

Outils cliniques de dépistage:

- ◆ La BREV du médecin scolaire;
- ◆ Une évaluation psychométrique pour établir un diagnostic différentiel et vérifier si on n'est pas dans le cadre de retard mental, de troubles de communication, de troubles psychologiques, ou encore praxiques lésionnels (IMC). Au WISC, les enfants atteints par une dyspraxie ont une intelligence verbale normale, excepté pour l'épreuve d'arithmétique, en lien avec la dyscalculie spatiale. Aux épreuves de performance, tout est pratiquement altéré, et principalement le code, l'assemblage d'objets, les cubes.

- ◆ L'évaluation ergothérapeutique analyse les différents domaines abordés, du point de vue :
 - ◆ Du graphisme, de l'écriture (copie d'une phrase en écriture cursive, copie d'un dessin); ces tests sont étalonnés.
 - ◆ Des praxies constructives (comment l'enfant construit en deux, puis trois dimensions)
 - ◆ De la perception, de l'organisation visuo-spatiale, par des observations de l'oculo-motricité, de l'attention et des stratégies visuelles, des épreuves de perception spatiale.
 - ◆ De la motricité fine et de la praxie gestuelle, ente autres avec la batterie de Talbot, l'utilisation d'objets.
 - ◆ De l'autonomie et de la vie quotidienne (habillage, déshabillage, repas, rangement).

Conséquences sur les apprentissages

- ◆ Lenteur d'exécution;
- ◆ Ecriture lisible, mais lente et laborieuse, avec un surcoût cognitif au détriment du langage écrit;
- ◆ Difficultés en mathématiques, géométrie;
- ◆ Variabilité lors de la prise d'informations visuelles;
- ◆ Manque d'autonomie;
- ◆ Maladresse; souffrance.

Conséquences sur la vie quotidienne

- ◆ Lenteur d'exécution;
- ◆ Manque d'autonomie;
- ◆ Maladresse;
- ◆ Souffrance: leurs difficultés ne sont pas reconnues, et il leur faut en plus faire le deuil de certaines praxies.

Axes de la rééducation

- ◆ Améliorer la calligraphie:
 - ◆ Du point de vue de la tenue du crayon;
 - ◆ Avec un support adapté;
 - ◆ Automatiser des enchaînements graphiques;
- ◆ Mettre en place l'informatique assez tôt dans la scolarité;
- ◆ Construire et élaborer des stratégies de compensation des difficultés visuo-spatiales;
- ◆ Améliorer l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne;
- ◆ Se coordonner avec l'enseignant pour aménager;
- ◆ Laisser parler et verbaliser les enfants: c'est leur principale manière de communiquer;
- ◆ Donner des fiches avec du texte aéré.

La rééducation ergothérapeutique

- ◆ Informations sur le trouble:
 - ◆ Explication des conséquences du trouble aux parents, à l'enfant, à l'enseignant.
 - ◆ Rencontres avec l'enseignant;
 - ◆ Echanges réguliers avec les autres thérapeutes.
- ◆ Prise en charge en rééducation:
 - ◆ Dans les domaines de l'écriture, de l'organisation spatiale et gestuelle, de la vie quotidienne.

- ◆ Utilisation de divers moyens tels que le développement des compensations, l'étayage par la verbalisation, la séquentialisation, la systématisation des stratégies.
- ◆ Utilisation de divers outils:
 - ◆ Lettres mobiles, étiquettes, secrétaire, ordinateur;
 - ◆ Renforcement du vocabulaire spatial,
 - ◆ Rééducation des perceptions topologiques et directionnelles,
 - ◆ Rééducation de l'exploration par la mise en place de stratégies.

Les adaptations scolaires

- ◆ Aménager le temps scolaire;
- ◆ Adapter les outils;
- ◆ Mettre en place des aides techniques;
- ◆ Adapter le temps de travail.
- ◆ Ne pas proposer systématiquement le redoublement;
- ◆ Etre tolérant et indulgent du point de vue de la calligraphie pour les aspects quantitatifs et aussi qualitatifs;
- ◆ Diminuer la quantité de production écrite;
- ◆ Utiliser si nécessaire l'ordinateur en classe;
- ◆ Avoir recours à une tierce personne (enseignant, auxiliaire d'intégration, ATSEM, aide éducateur...)

Apprentissage de la lecture chez l'enfant dyspraxique

L'enfant dyspraxique met difficilement en place la voie d'adressage; la voie d'assemblage est fragile, mais la conscience phonologique est bonne. Il est important de s'appuyer sur cette conscience phonologique pour développer l'adressage, par le repérage de mots identiques dans une liste, une phrase, un texte..., par l'utilisation de l'épellation... La copie ne leur sert à rien du point de vue de la remédiation de ces difficultés.

Autres adaptations

Même si elles sont de bon sens, il n'est parfois pas vain de les rappeler: utilisation du velcro plutôt que des lacets, pas de bouton, développer la verbalisation des situations, leur séquentialité, éviter les situations périlleuses (la piscine, la gymnastique...)

En guise de conclusion provisoire

Les enfants présentant des troubles spécifiques des apprentissages n'appartiennent à personne; ils ont besoin d'une rééducation globale avec l'aide des médecins, des rééducateurs, (orthophonistes, ergothérapeutes, ...) et des enseignants. Il est donc important de continuer à:

- ◆ Se donner des moyens pour accompagner les équipes éducatives dans l'évaluation et la prise en charge des troubles spécifiques;
- ◆ Améliorer le repérage des troubles par les enseignants, aides par les membres des RASED et par les médecins scolaires;
- ◆ Mieux faire connaître les personnes ressources de l'éducation nationale (maîtres spécialisés, psychologues scolaires, médecins scolaires);
- ◆ Favoriser la prévention des groupes à risques en maternelle et au CP;
- ◆ Développer le partenariat (CAMPS, CMPP, Pédo-Psychiatrie, Associations de parents d'élèves, orthophonistes, ...)

- ◆ Faire changer les regards sur ces enfants en difficulté du fait de leurs troubles spécifiques;
- ◆ Créer une équipe de quelques enseignants pour bâtir des propositions visant un enseignement plus différencié;
- ◆ "faire le mieux possible avec les moyens dont on dispose".

Laurent Imhof
Jean-Pierre Chevalier
Maîtres E ayant participé aux journées de formation.

Avis émis par le Conseil d'Administration de l'Association des Maîtres E des Deux Sèvres le 4 mai 2004

Les Maîtres E et les troubles spécifiques des apprentissages

Les textes qui régissent notre profession rappellent que les Maîtres E sont des enseignants chargés des aides spécialisées à dominante pédagogique. Leurs missions sont de deux sortes: prévenir les difficultés d'apprentissage, et remédier aux difficultés persistantes d'acquisition en complément et accompagnement des mesures de différenciation mises en place en classe. Nous travaillons dans le cadre des Réseaux d'Aides Spécialisées pour les Elèves en Difficulté, dispositif de l'Education Nationale avec des enseignants chargés des aides spécialisées à dominante rééducatives, ainsi que des psychologues scolaires. Nos approches sont différentes et complémentaires. Face à l'existence de troubles spécifiques des apprentissages, notre action consiste à:

- Participer au repérage, entre autres à l'occasion des différentes actions de prévention des difficultés d'apprentissage auxquelles nous participons, et qui sont des lieux privilégiés d'observation des enfants.
 - Participer à l'information des collègues enseignants des classes face à la réalité de l'existence de ces troubles, à leur compréhension.
 - Participer à l'élaboration et éventuellement la réalisation des projets pédagogiques d'adaptation de l'enseignement de la classe à la réalité du trouble dont l'élève est porteur.
- L'équipe éducative nous semble un des lieux pertinents à privilégier pour chaque enfant ou jeune concerné.

Suite à ces journées de formation, nous sommes porteurs de quelques questions non encore résolues à ce jour:

Comment un partenariat face aux troubles spécifiques des apprentissages peut-il être optimisable? Nous sommes favorables à l'élaboration d'un minimum de protocole rappelant qui sont les professionnels concernés par le repérage, le dépistage, la prise en charge rééducative et thérapeutique, ainsi que par les adaptations pédagogiques.

Même s'il est fondamental de prendre en compte les processus d'identification des mots permettant de parvenir à un répertoire orthographique d'adressage s'appuyant sur des processus alphabétiques d'assemblage toujours utiles face aux mots nouveaux, notre posture professionnelle d'enseignants " passeurs de culture " nous rappelle que l'acte de lire ne se restreint pas à la reconnaissance des mots, ni à de l'oralisation de l'écrit; lire est aussi la combinaison des processus de reconnaissance avec ceux de compréhension. Lire, c'est à la fois décoder-identifier de mots, et construire la signification d'un groupe de mots, et de phrases, élaborer la représentation mentale de l'ensemble d'un texte. D'autre part, s'appuyer sur le code ne consiste pas seulement à maîtriser la combinatoire; des recherches récentes

montrent aussi le rôle de la morphologie et de la syntaxe. L'action pédagogique se situe à l'interface entre ces différents processus pour aider l'élève à entrer dans un univers culturel, écrit, s'y retrouver face à des types de textes différents qui renvoient à des stratégies de lecture différentes dans le contexte selon que les perspectives communicatives du scripteur aient été narratives, poétiques, injonctives, descriptives, explicatives, informatives. L'écrit est un univers de mots, de signes, d'organisation de textes qui nécessitent une combinaison de stratégies pour entrer dans la signification de l'énoncé. Les enseignants (spécialisés ou non) ont un travail important d'adaptation à concevoir, en lien avec les autres professionnels concernés, pour que l'écrit parle, sans qu'il s'agisse uniquement d'oralisation.

De notre point de vue d'enseignants, nous nous intéressons au débat entre les différentes positions relatives aux troubles spécifiques des apprentissages. Nous sommes prêts à nuire à leur intégration scolaire et sociale. Même si la combinaison des différents facteurs influe sur le trouble de l'enfant (environnement, psychisme, ...) celui-ci a des besoins spécifiques quant à l'apprentissage de la langue. Notre action de maîtres E se situe sur l'axe de l'adaptation pédagogique et du lien avec la classe.