

Comment améliorer le parcours de soins d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?

La prise en charge d'un enfant avec des troubles spécifiques du langage et des apprentissages nécessite une démarche diagnostique et thérapeutique pluridisciplinaire graduée. Elle permet de prévenir ou d'atténuer les conséquences des troubles si elle est précoce et adaptée. Elle impose une coordination des actions pédagogiques, sanitaires, médicoso-ciales et sociales, sous la forme d'un parcours structuré. Cette fiche décrit les éléments clés de ce parcours, et les conditions à réunir pour sa mise en œuvre.

Points clés

- La prise en charge d'un enfant avec un trouble spécifique du langage et des apprentissages (TSLA) comporte un repérage de difficultés, un dépistage du trouble, son diagnostic, une planification des soins, un suivi et si besoin un réajustement des conduites à tenir avec l'enfant et son entourage.
- Elle implique l'enfant et ses parents en les informant, et en les associant aux décisions thérapeutiques.
- Elle associe toujours le soin et la pédagogie. Professionnels de santé et enseignants échangent sur l'efficacité et les conditions de la prise en charge de l'enfant.
- Elle est priorisée en fonction de la gêne de l'enfant, et graduée en fonction de la complexité du ou des troubles.
- Elle est attentive au contexte psycho-affectif du ou des troubles, et à l'existence d'une vulnérabilité socio-économique.
- Dans les situations simples, elle est menée en proximité, par le médecin de l'enfant en lien avec les professionnels médicaux nécessaires. C'est le niveau 1
- Dans les cas complexes, elle nécessite le recours à une équipe spécialisée pluridisciplinaire de proximité. C'est le niveau 2.
- Les CRTLA constituent le niveau 3, en dernier recours en cas de situations graves et complexes pour lesquelles aucune solution d'accompagnement n'a été suffisamment efficace.
- La prise en charge est toujours coordonnée : elle fait appel à des échanges entre professionnels, si nécessaire sous la forme d'une concertation, et nécessite la délivrance à l'enfant et à sa famille de messages clairs et utiles ; elle s'appuie à partir du niveau 2 sur l'élaboration de synthèses partageables entre acteurs du parcours. Si l'enfant a besoin d'aménagements et d'adaptations pédagogiques, un plan d'accompagnement personnalisé (PAP) est mis en place, après avis du médecin de l'EN. S'il y a une limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société, le besoin d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) peut être évalué par la Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) à la demande de la famille.
- En soins de ville, soins et pédagogie doivent être harmonisés, le suivi évalué, et les parents accompagnés sous la responsabilité d'un référent.
- Dans les cas plus complexes, le projet de soins est supervisé par un médecin ayant acquis une compétence lui permettant de réaliser la synthèse du travail des autres praticiens de l'équipe pluridisciplinaire spécialisée
- L'évaluation de l'efficacité des soins doit être programmée, et donner lieu à des réajustements si besoin.
- La prise en charge des enfants ayant des TSLA nécessite une formation initiale et continue adaptées au rôle de chacun selon le niveau de leur intervention dans le parcours. Elle appelle un accompagnement des professionnels de santé en premier et en second recours (systèmes d'information facilitant les échanges et le partage d'informations, rémunération des consultations longues de diagnostic ou de suivi et des consultations de coordination, élaboration de référentiels scientifiques visant à homogénéiser les pratiques rééducatives ou pédagogiques).
- L'action de chaque professionnel doit être lisible pour l'ensemble des autres professions.
- L'accès au soin nécessite un maillage territorial organisé par les ARS (tant sur le plan qualitatif que quantitatif (adéquation entre besoins de la population et offre de soins), et une attention particulière aux populations vulnérables.

SYNTHESE

Les troubles spécifiques du langage et des apprentissages

Les **troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA)** sont l'expression de troubles du développement cognitif de l'enfant concernant les acquisitions précoces (langage oral, geste) ou les apprentissages scolaires (lecture, écriture, calcul). Ils apparaissent au cours du développement de l'enfant et persistent à l'âge adulte. Leur reconnaissance nécessite une évaluation via un test étalonné montrant un score déficitaire en référence aux normes attendues pour l'âge.

Ces troubles sont classés en **catégories diagnostiques** par la classification internationale des maladies (CIM-10 - Organisation mondiale de la santé - 1993¹):

- F80 : troubles spécifiques du développement de la parole et du langage
- F81 Troubles spécifiques du développement des aptitudes scolaires
 - F81.0 : trouble spécifique de la lecture
 - F81.1 : trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe
 - F81.2 : trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique
- F82 : troubles spécifiques du développement de la fonction motrice
- F90 : trouble hyperkinétique
 - F90.0 : perturbation de l'activité et de l'attention

Les troubles spécifiques des apprentissages sont définis dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V - Société américaine de psychiatrie) par les critères suivants :

- A. Difficulté à apprendre et à utiliser les aptitudes académiques, comme indiqué par la présence d'au moins un des symptômes suivants (difficultés en lecture, dans l'expression écrite, en mathématiques), qui ont persisté depuis au moins 6 mois en dépit d'interventions ciblées:
- B. Significativement en-dessous de ceux attendus pour l'âge et qui interfère significativement avec les performances académiques ou les occupations
- C. qui commence durant les années d'école mais peut n'être manifeste que dès lors que les demandes excèdent les capacités limitées de l'individu
- D. qui n'est pas mieux expliquée par une déficience intellectuelle, une acuité auditive ou visuelle non corrigée, d'autres troubles neurologiques ou mentaux, une adversité psycho-sociale.

Épidémiologie

L'estimation de la prévalence des troubles spécifiques des apprentissages est rendue difficile par les choix des seuils, et des tests utilisés. Les estimations globales issues d'études internationales révèlent des troubles fréquents, de l'ordre de 10% des enfants pour l'ensemble des troubles, dont 5% pour les troubles spécifiques du langage écrit.

La sévérité du trouble varie d'un enfant à l'autre, et elle peut varier au cours de la vie de l'enfant. L'association de plusieurs troubles est fréquente.

Impact

Les conséquences sont très variables en fonction du degré des troubles, de la précocité du diagnostic, de la prise en charge pédagogique et de la remédiation mise en place, et de la qualité du soutien familial et scolaire.

- l'enfant n'automatise pas les apprentissages, ce qui le place souvent en situation « multitâche » néfaste aux apprentissages. Les troubles occasionnent une lenteur, une fatigabilité, des problèmes d'organisation, et un besoin d'aménagements et/ou d'adaptions, voire de compensations dans certains cas.
- En l'absence de diagnostic et de prise en charge adaptés, il y a un risque :

¹ La CIM -11 sera diffusée en 2018. Une version de travail est accessible [ici](#). Son contenu est très proche de celui du DSM-V pour les troubles neurodéveloppementaux.

- de difficultés croissantes avec à terme un risque d'échec scolaire voire de difficultés d'intégration scolaire, puis sociale et professionnelle ;
- d'apparition de troubles émotionnels secondaires: faible estime de soi, anxiété, faible intérêt ou dégoût pour la scolarité, conduite de fuite, opposition.

La prise en charge précoce et adaptée permet d'améliorer et/ou de compenser les fonctions déficientes et favorise ainsi l'accès aux apprentissages dans de bonnes conditions pour l'enfant. En cas de limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société et de besoin de compensation secondaire à ces altérations de fonction, les familles peuvent constituer un dossier auprès des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) en vue d'évaluer la situation de leur enfant, d'identifier ses besoins en fonction du projet de vie et d'élaborer les réponses à ces différents besoins en fonction de la réglementation en vigueur lorsqu'un besoin de compensation est retrouvé. Il peut s'agir de réponses d'ordre divers pouvant relever du droit commun, éventuellement adapté si nécessaire, à la mise en place de droits spécifiques ou d'une réponse dans le champ de la compensation.

Enjeux

Ils sont multiples:

- **Enjeux pour les patients et leurs familles** : diagnostic précis des troubles et prise en charge, insertion scolaire puis professionnelle, maintien de l'estime de soi.
- **Enjeux pour les professionnels** : amélioration des pratiques avec mise à disposition d'un outil d'aide à la décision pour le bilan initial et l'orientation des premières prises en charge, clarification du rôle des acteurs en particulier en niveau intermédiaire (entre premier recours et centres de référence).
- **Enjeux de santé publique** : problème de santé publique (fréquence et conséquences des TSLA - diminution des inégalités de santé liées aux déficits d'information et d'accès aux soins).
- **Enjeux d'organisation des soins** : structuration d'une démarche diagnostique et de prise en charge précoce graduée et pluridisciplinaire, amélioration de la coordination des acteurs
- **Enjeux financiers** : efficacité des prises en charge (retard diagnostiques – orientations non pertinentes – errance diagnostique – coût sociétal – problématiques des prestations non prises en charge en ville).
- **Enjeux sociaux** : diminution des inégalités de santé liées aux déficits d'information et d'accès aux soins

Le parcours de soins

En vue d'améliorer la coordination des acteurs, la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant a proposé en 2013 une organisation du parcours en 3 niveaux de recours aux soins :

- **Niveau 1** : médecin de l'enfant (médecin généraliste ou pédiatre), le médecin de l'EN ou de la PMI, en lien avec les psychologues, et les rééducateurs.
- **Niveau 2** : équipe experte pluridisciplinaire de proximité, ressource pour le niveau 1 dans les situations le nécessitant, et ressource d'amont et d'aval du Centre de Référence pour les troubles du langage et des Apprentissages (CRTLTA)
- **Niveau 3** : CRTLTA

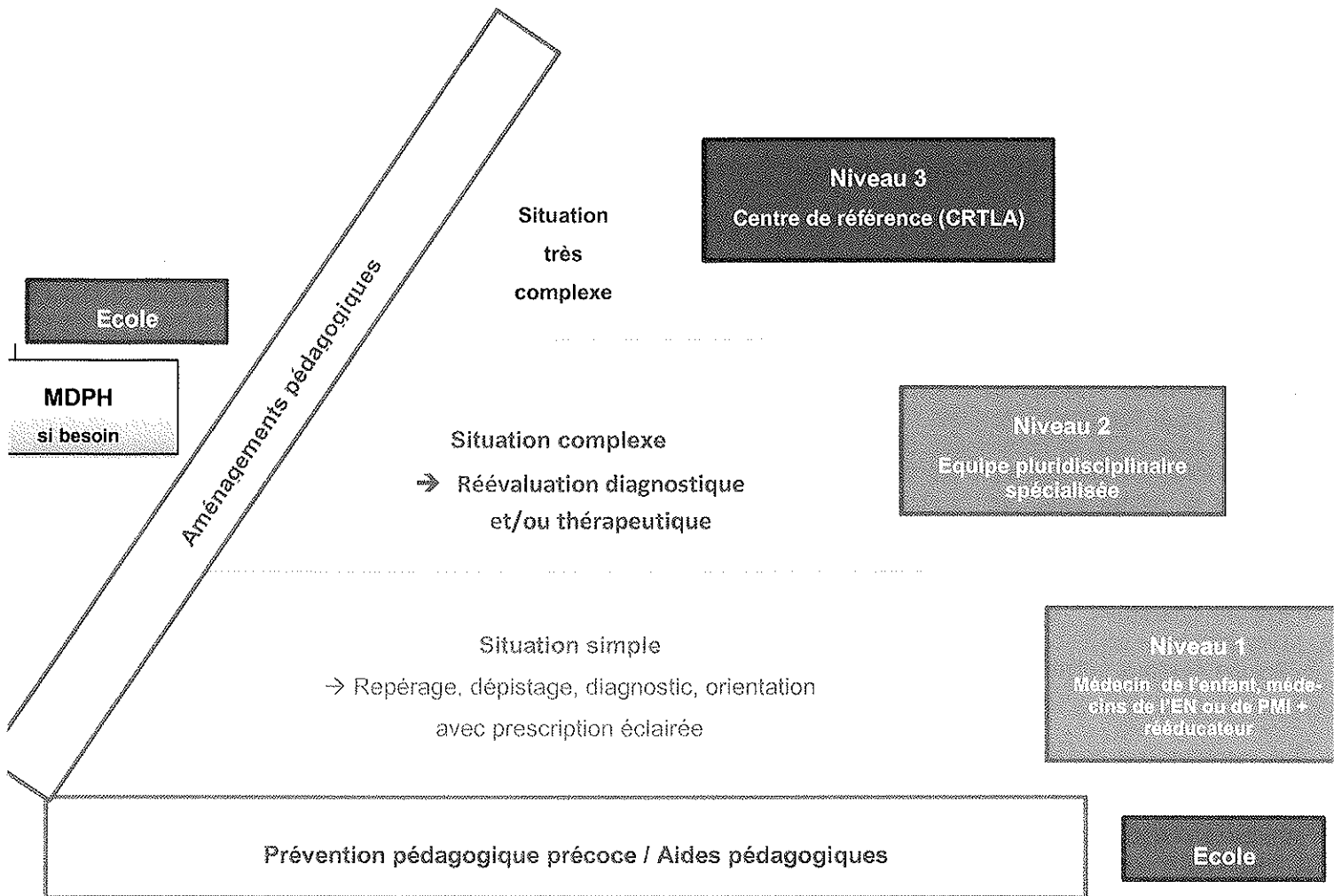
Cette proposition de parcours est un cadre d'organisation générale. Sa structuration en 3 niveaux peut paraître discontinue. Elle traduit la nécessité d'un recours hiérarchisé aux soins, tout en assurant une prise en charge individualisée souple et fluide (donc continue), permettant une constante adaptation du soin au trouble, à son expression clinique à un moment donné, au développement de l'enfant (âge de l'enfant lors de la découverte de difficultés ; étapes de la scolarité), et à son environnement (niveau socio-économique) (**Figure 1**).

Ce parcours de soin est organisé autour de l'enfant et de ses troubles, et non pas en fonction des structures. Cette fiche a donc mis l'accent sur le rôle de chacun des acteurs, et sur la coordination de leurs interventions, indépendamment des structures (variables selon les besoins et les ressources des territoires de santé). La mise en œuvre de ce parcours nécessite un travail partenarial entre tous les acteurs dans le respect des compétences et missions de chacun.

Une fois les difficultés repérées, et si elles n'ont pas été résolues par l'intervention pédagogique, la prise en charge d'un enfant avec possible TSLA fait intervenir les professionnels de la santé, en lien étroit avec les parents et les enseignants. Elle suit un processus rigoureux par étapes : dépistage, diagnostic, planification des soins, suivi et réajustement des

approches pédagogiques et rééducatives. L'enfant et de sa famille participent activement, accompagnés par les professionnels de santé, et par les professionnels de l'Education Nationale.

Figure 1. TSLA : Pyramide des profils et réponse professionnelle



- Dans ce parcours, les prises en charges pédagogiques, médicales et médicosociales nécessitent d'être coordonnées :
- La **figure 2** présente une vue d'ensemble du parcours (étapes de la démarche diagnostique/acteurs/outils de coordination (échanges/concertation/synthèses), et les liens entre les secteurs pédagogiques, médicaux et médicosociaux. Le parcours de soins et le parcours de scolarisation sont fortement liés.
 - La **figure 3** décrit les interactions entre niveau 1 et niveau 2 de recours aux soins.
 - La **figure 4** détaille les profils de situations (« simple » / « complexe »).
 - La **figure 5** résume les critères d'orientation des enfants dans le parcours de soins depuis leur repérage.

Figure 2: vue d'ensemble du parcours

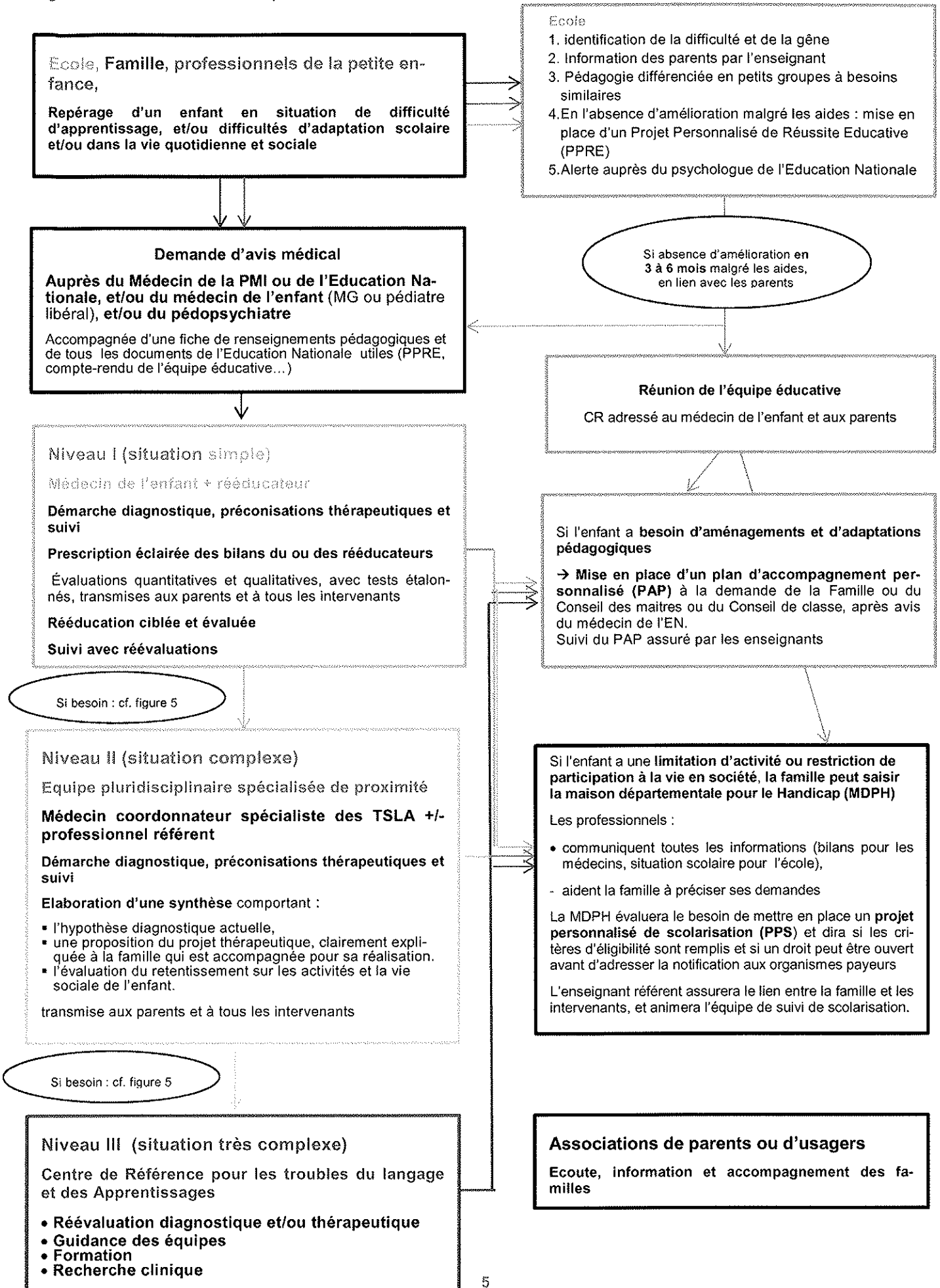


Figure 3: interactions entre niveau 1 et niveau 2

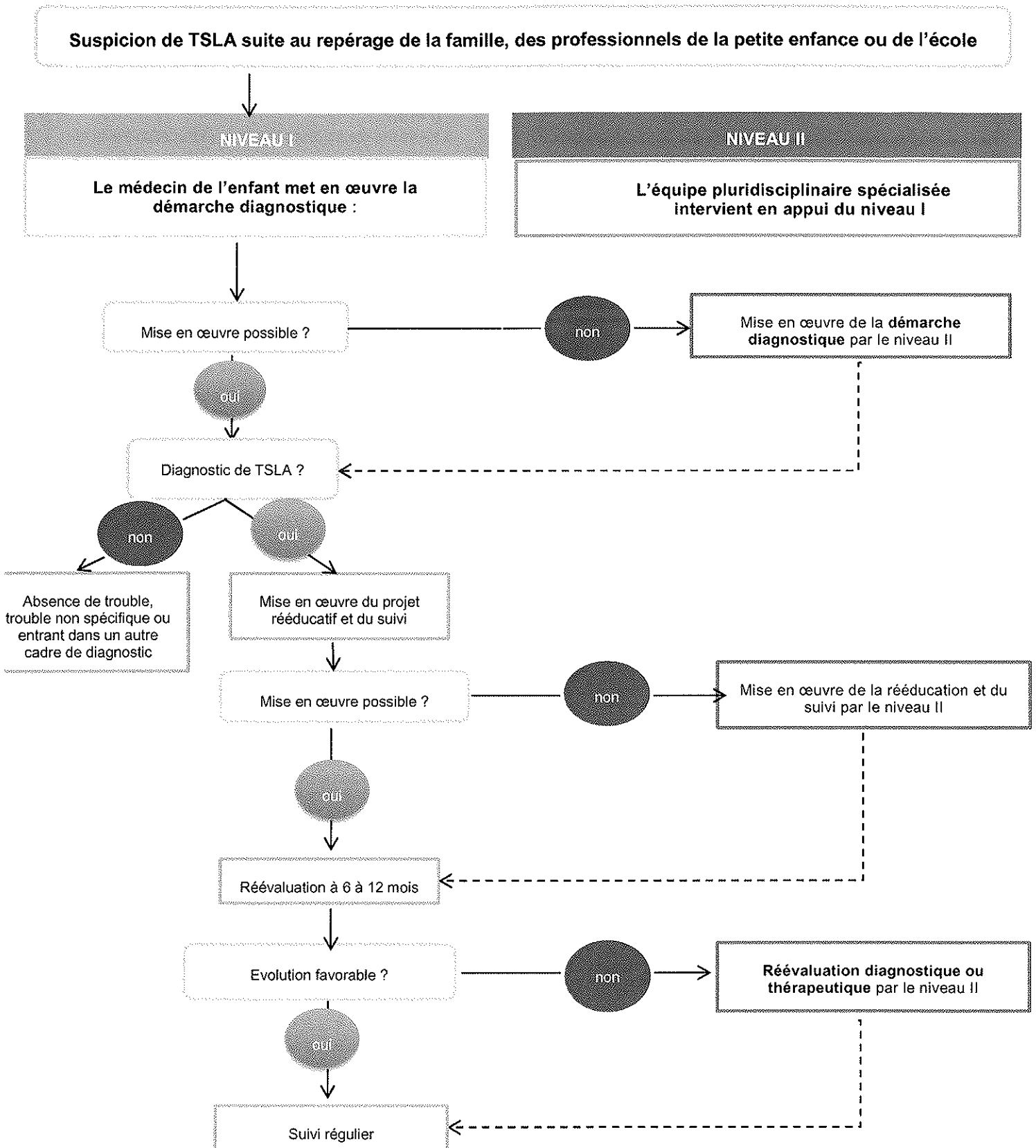


Figure 4: profils de situations et niveaux de recours aux soins correspondants

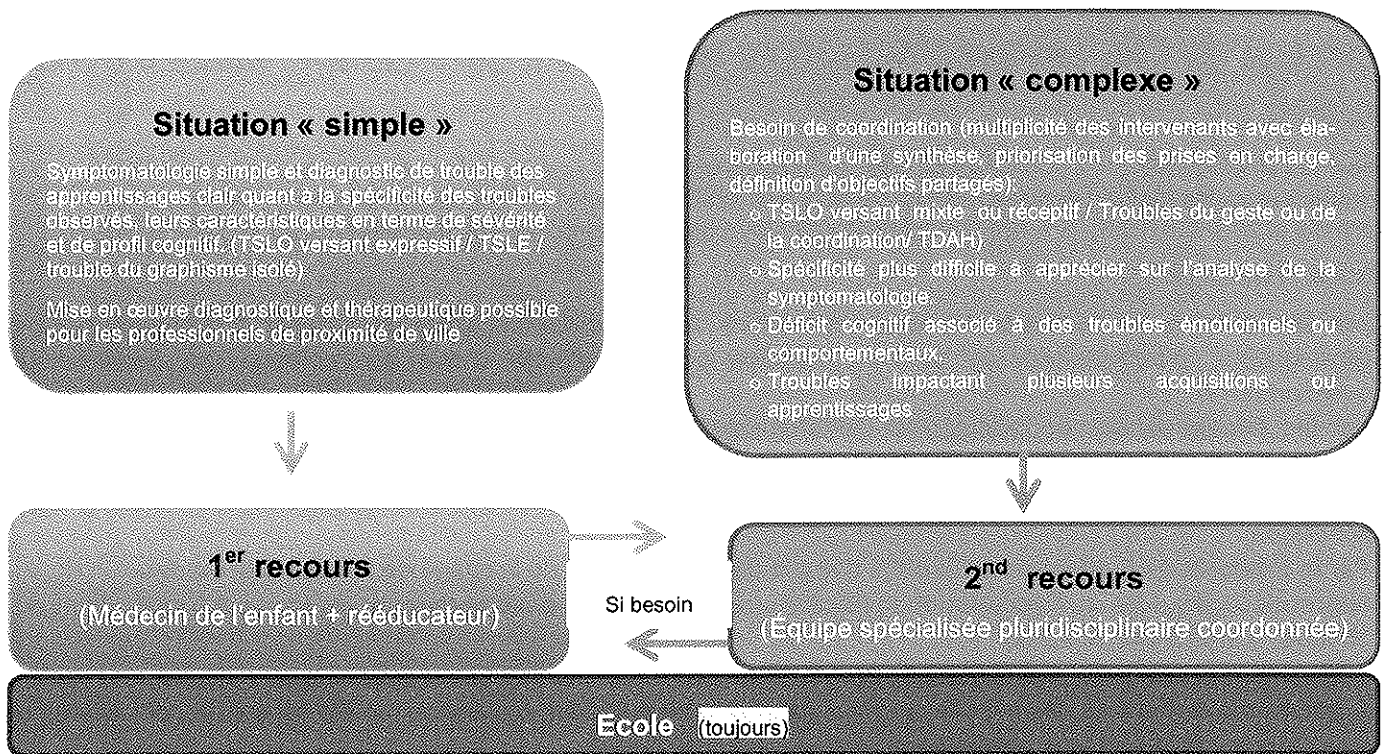
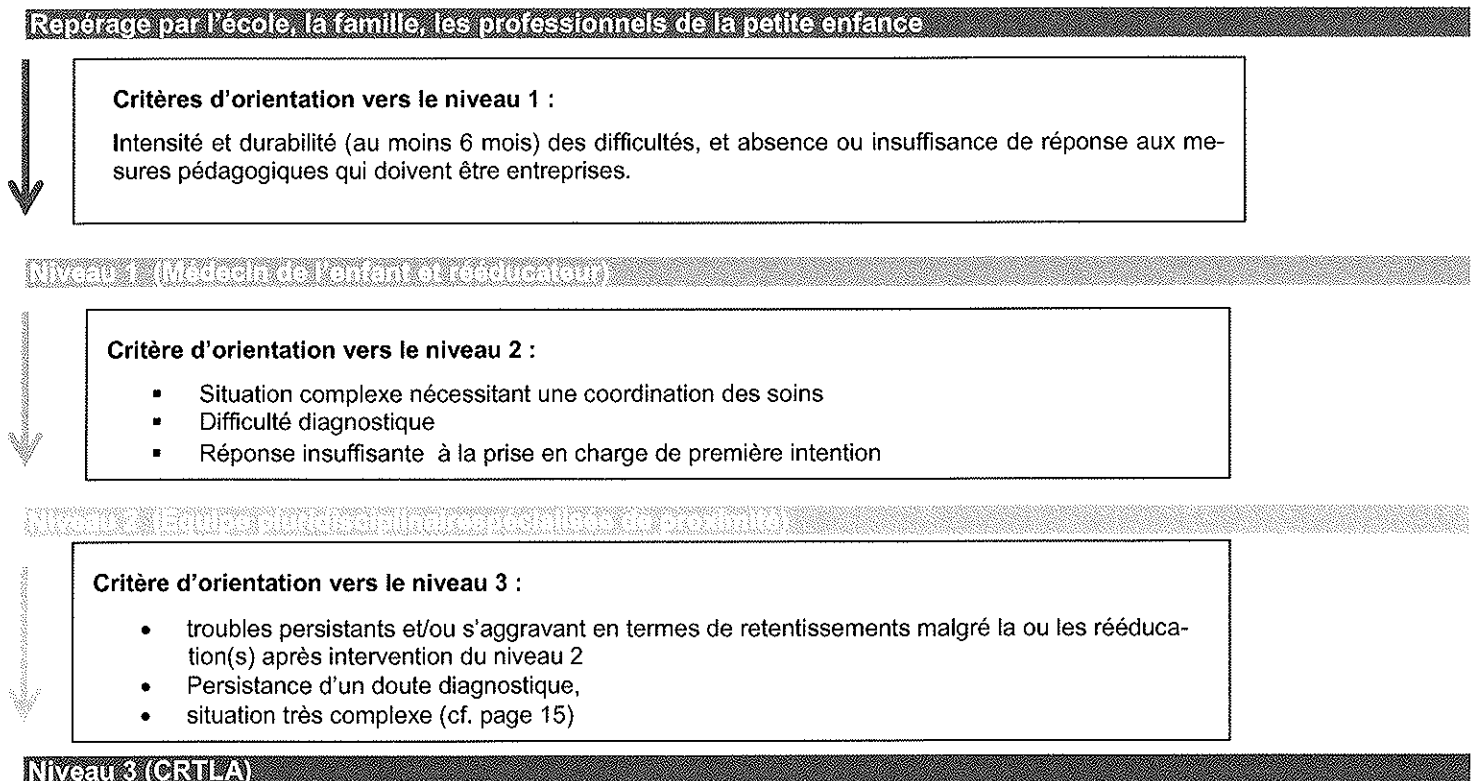


Figure 5: Résumé des critères d'orientation (démarche graduée)



POINTS CLÉ DU PARCOURS

Repérage de l'enfant avec difficultés dans la vie quotidienne, sociale et/ou scolaire

Personnes impliquées : les parents/la famille, les professionnels de la petite enfance (crèches, haltes garderies, assistantes maternelles...), l'école (enseignants et autres professionnels de l'Éducation Nationale), la protection maternelle et infantile (PMI), professionnels de santé, voire dans certains cas des intervenants du secteur social.

Méthode : repérage

- **par les parents** et remontée de ces informations auprès d'acteurs aptes à engager les étapes suivantes (enseignants, professionnels de santé). Utilisation possible d'outils d'aide au repérage, en particulier des questionnaires.
- **par les enseignants** avec repérage de l'hétérogénéité des acquisitions ou des apprentissages : les points forts révélés par les réussites (et révélant les compétences cognitives de l'élève) en opposition avec les points faibles témoins de difficultés d'apprentissages nécessitant d'investiguer l'élève à la recherche d'un trouble cognitif spécifique.
- **Par le médecin de l'enfant de difficultés dans le développement du langage de la motricité ou des apprentissages, lors de consultation médicale aux âges clés du développement** (examens à 9 mois, 24 mois, 36 mois, 4 ans, 5 ans et 6 ans) :
 - langage oral dès 3-4 ans si difficultés sévères, et particulièrement à 5-6 ans si difficultés persistantes,
 - graphisme et motricité dès 4-5 ans si difficultés avec retentissement scolaire ou familial sévère, et particulièrement à 7 ans et après (écriture, organisation, manipulation des outils)
 - langage écrit dès le CP si les étapes de déchiffrement / orthographe n'a pas l'évolution attendue, particulièrement à 7 ans et après
 - calcul dès le CP si difficultés sévères, et particulièrement à 7 ans et après.

Attention portée à des signes d'appel très variés : troubles fonctionnels, fatigue, troubles de l'humeur, troubles du comportement, somatisation (céphalées, douleurs abdominales...).

Interventions pédagogiques

Dans les difficultés d'apprentissages académiques, le repérage se poursuit par la mise en œuvre par l'enseignant(e) de mesures de remédiation pédagogique, adaptées au trouble précis de l'enfant. Cette intervention pédagogique doit être mise en place rigoureusement, suivant les critères ayant fait la preuve de leur efficacité (cf. www.cenescos.fr). Elle permet de proposer une aide très précoce sans marginaliser l'enfant. L'intervention pédagogique doit être assortie d'une évaluation rigoureuse de l'évolution des progrès de l'enfant afin de déclencher l'étape suivante si amélioration insuffisante. Si besoin, un projet personnalisé de réussite éducative (PPRE) sera mis en place par l'équipe enseignante.

Orientation de l'enfant selon son âge et ses difficultés

Toute difficulté d'apprentissage persistante au bout de 6 mois - 1 an malgré l'intervention pédagogique, ou d'emblée sévère et/ou toute difficulté d'adaptation scolaire et/ou dans la vie quotidienne et sociale nécessite l'orientation :

- vers le médecin de PMI chez l'enfant d'âge préscolaire et jusqu'à la fin de la moyenne section de maternelle ;
- vers le médecin de l'Éducation Nationale à partir de la grande section de maternelle.
- et/ou vers le médecin de l'enfant et/ou le pédopsychiatre.

La prise en charge de Niveau I

1. Mise en œuvre de la démarche diagnostique

Elle a pour but d'évaluer au plus près les difficultés de l'enfant, de confirmer ou non les troubles repérés préalablement puis d'orienter à bon escient.

1.1. Anamnèse

Entretien avec l'enfant et ses parents - il porte sur :

- les antécédents familiaux de troubles du langage et des apprentissages considérés comme des facteurs de risque pour l'enfant,
- les antécédents personnels de l'enfant en particulier périnataux
- le développement de l'enfant en considérant les axes : médical, cognitif, psychologique et relationnel
- le parcours préscolaire et scolaire de l'enfant et éventuellement, les prises en charges déjà effectuées-
- les conditions de vie de l'enfant (l'existence d'un environnement précaire est un facteur aggravant)

2. Examen clinique de première intention

Objectifs : évaluer la justification de la plainte ou de la demande, différencier troubles simple / associé à d'autres troubles, apprécier le contexte dans lequel la plainte se situe.

- Examen somatique de l'enfant incluant un examen neurologique, cutané et la vérification de l'absence de trouble des fonctions visuelles et auditives
- Appréciation de son développement psycho-affectif et relationnel
- Evaluation de l'éventuel retentissement psychologique des difficultés sur l'enfant, sa famille et sur leurs interactions.

2.1. Objectiver le trouble

Utilisation d'outils étalonnés, par le médecin de l'enfant ou par les professionnels de santé scolaire ou de PMI, formés à leur utilisation (les conditions de validation de l'outil, son objectif, et ses limites doivent être connus) ;

Objectif : confirmer la réalité du trouble développemental.

Dans le domaine des troubles du graphisme et de la motricité, il faut ajouter aux tests graphiques une appréciation qualitative de la motricité globale et fine de la gêne de l'enfant dans la vie quotidienne/sociale.

2.2. Contextualiser le trouble

a) Contexte de troubles inscrits dans une autre pathologie : diagnostic différentiel

Objectif : mettre en évidence une pathologie dans laquelle le trouble est inscrit et qui nécessite le recours au spécialiste concerné :

- ORL, ophtalmologiste, orthoptiste en cas de pathologie sensorielle ou de troubles de la coordination oculomotrice.
- Neuropédiatre en cas de pathologie neurologique acquise
- Psychologue / Neuropsychologue en cas de suspicion de trouble global (doute sur efficacité intellectuelle)
- Pédiopsychiatre en cas de suspicion de trouble du développement de la personnalité, de trouble de l'humeur ou de trouble du spectre de l'autisme.
- Psychologue / pédiopsychiatre en cas souffrance psychologique de l'enfant.

b) Contexte développemental (TSLA) : diagnostic positif

Evaluations réalisées, en première intention, par le professionnel concerné (spécialiste du traitement cognitif de l'information) :

- **l'orthophoniste si trouble spécifique concernant la communication, le langage oral / écrit / la cognition mathématique**
- **par le psychomotricien et l'ergothérapeute si trouble isolé du graphisme en fin de grande section de maternelle / début de cours primaire.**

L'existence de tout autre trouble ou d'une situation complexe (cf. figure 5) nécessite d'orienter l'enfant vers une équipe de niveau 2.

Les évaluations doivent toujours être réalisées à l'aide de tests étalonnés pour l'âge de l'enfant. Les résultats quantitatifs, en précisant le test utilisé pour les différentes fonctions concernées, doivent être donnés précisément par rapport aux normes de la population de référence, assortis d'observations qualitatives précisant les altérations.

Un avis psychologique ou pédopsychiatrique doit être demandé en cas de souffrance psychologique associée.

Un avis orthoptique doit être demandé en cas de troubles visuels ou de l'oculomotricité associés.

En libéral, à l'exception des orthophonistes et des orthoptistes, les actes et prestations effectués par les paramédicaux et les psychologues ne sont pas pris en charge par l'Assurance-Maladie. Cette situation peut constituer une difficulté d'accès aux soins.

En 2017, une expérimentation est menée dans 3 régions (Ile de France, Pays de la Loire et Grand Est) portant sur le remboursement des consultations chez un psychologue clinicien en libéral pour les jeunes de 6 à 21 ans chez lesquels un médecin, notamment médecin généraliste, médecin scolaire, pédiatre ou un psychologue scolaire, a évalué une souffrance psychique (dans la limite de 10 séances, encadrées par deux séances de bilan)..

Les spécificités des bilans spécialisés sont décrites en **Annexe 2**.

2.3. Elaboration d'une synthèse médicale

- Résumant :
 - o **La conclusion diagnostique du rééducateur**
 - o **la gêne prédominante pour l'enfant conduisant au projet thérapeutique et aux adaptations**
 - o **l'existence d'une éventuelle situation de précarité nécessitant l'intervention d'un assistant de travail social.**
 - o **les points à suivre** (évolution de l'enfant : évolution des troubles, retentissement de ces derniers sur le plan psychosocial et psychologique, besoin d'adaptations pédagogiques)
- Communiquée aux parents et, avec leur accord, à l'ensemble des professionnels de santé impliqués.

3. Prise en charge thérapeutique

Dans cette situation simple, la prise en charge thérapeutique nécessite une coordination simple mais indispensable entre le référent de la prise en charge (avec l'accord de la famille : médecin de l'enfant, ou par délégation, le rééducateur), le rééducateur si une rééducation est nécessaire, et les intervenants de l'école. En cas de nécessité de recours à un niveau 2, ce référent participe à la coordination de proximité en collaboration avec le coordonnateur des soins de niveau 2.

3.1. L'accompagnement de l'enfant et des parents

La coordination se construit avec la famille et l'enfant clairement informés. Les parents sont informés des points forts qui déterminent le devenir de l'enfant ainsi que de la nature des difficultés, de leurs conséquences éventuelles, des aides proposées (soins, adaptation à l'école et à la maison).

Les informations qui argumentent le projet thérapeutique sont partagées avec les professionnels concernés par messagerie sécurisée.

Le lien avec l'école doit être fort et constant. L'enseignant doit être informé des difficultés de l'élève, de la rééducation dont il bénéficie, des conséquences sur la vie scolaire afin de l'aider dans son approche pédagogique. Réciproquement,

l'enseignant assure un retour d'information vers les professionnels de santé quant à l'efficacité des soins La réunion d'équipe éducative est alors le lieu institutionnel habituel de ce lien entre rééducateurs et enseignants.

Le référent doit s'assurer de la bonne réalisation du projet thérapeutique et fixer la date du suivi.

3.2. La mise en œuvre d'une rééducation

a) Modalités de mise en œuvre

La rééducation se met en place selon la gêne constatée. Les indications de rééducation sont fonction de l'âge de l'enfant, de la **nature et de l'intensité du trouble**. Selon le trouble et en référence aux âges clés développementaux :

▪ **Trouble spécifique du langage oral : Orthophonie**

- avant 4 – 5 ans : en cas d'inintelligibilité et/ou d'agrammatisme ou de trouble de la compréhension
- après 5 ans : si le bilan confirme l'existence ou la persistance d'un trouble spécifique du langage oral

▪ **Trouble spécifique du langage écrit : Orthophonie**

Les interventions pédagogiques différenciées rigoureuses, en petit groupe à besoins similaires, ciblées, intensives, répondant aux critères rigoureux de la littérature (Expertise INSERM, CNESEO) sont indispensables. Elles le sont particulièrement dans les environnements scolaires précaires où les difficultés sont fréquentes. Elles concernent la connaissance des lettres, la conscience phonologique dès la grande section de maternelle, les interventions sur le décodage en CP. Leur réalisation est le meilleur garant d'indications de l'orthophonie objectives avec une égalité de chance pour tout enfant.

Les indications de l'orthophonie sont alors :

- au CP une amélioration insuffisante avec cette pédagogie différenciée, l'absence de décodage au cours du 2^{ème} trimestre, surtout en présence d'antécédents personnels ou familiaux de trouble du langage oral,
- Dès le CE1 si le décodage et/ou l'encodage restent imprécis, lent, et les effets de la réponse pédagogique insuffisants

▪ **Trouble spécifique de la cognition mathématique : Orthophonie**

La même démarche d'interventions pédagogiques en fin de grande section et CP s'impose sur la construction du nombre et le calcul.

En cas de difficultés persistantes, une évaluation répondant aux connaissances cognitives actuelles dans ce domaine définira l'indication d'une rééducation.

▪ **Trouble du graphisme isolé :**

Ils justifient des interventions pédagogiques différenciées dès la fin de maternelle.

Rééducation en psychomotricité ou en ergothérapie sont indiquées dès 7 ans

Une rééducation orthoptique pourra être indiquée en cas de troubles de l'oculomotricité associés.

b) Suivi de l'enfant après rééducation

Le suivi des progrès de l'enfant est mené en recueillant l'avis de l'ensemble des intervenants confrontés à l'évaluation comparative du trouble.

► Évaluation de l'enfant après rééducation

Objectif :

1. Évaluer l'adhésion de l'enfant et de sa famille
2. Apprécier quantitativement et qualitativement l'évolution de l'enfant.

L'évaluation est réalisée 6 à 12 mois après le début de la rééducation, avec les mêmes tests que ceux utilisés lors de l'évaluation initiale (ou tests similaires), en tenant compte d'un éventuel effet test retest, et précisant les scores par rapport à la population de référence, l'évolution des altérations qualitatives et l'amélioration fonctionnelle.

L'évaluation porte sur les objectifs de la rééducation :

- développer, dans la mesure du possible, les compétences déficitaires
- favoriser le recours aux compétences préservées, et valoriser leur utilisation
- développer si besoin les processus de compensation, ainsi que les moyens de la compensation.
- favoriser un lien entre la rééducation et la pédagogie (information de l'enseignant par le médecin ou le psychologue de l'Education Nationale et/ou par les parents).

➤ Evolutions possibles

- **Diminution importante des troubles** : décider alors d'une date d'arrêt de la rééducation assortie d'un suivi à 3 mois (persistance des acquis dans le temps ou apparition d'autres manifestations nécessitant d'autres axes de prise en charge ;
- **absence d'évolution notable ou objectivation au cours de la rééducation de troubles associés initialement non repérés, pouvant participer à la lenteur de l'évolution** (en particulier émotionnels et/ou comportementaux) : orientation vers une équipe de niveau II.
- **situation intermédiaire** : continuer la rééducation (en revoyant les axes en fonction de l'évolution quantitative et qualitative des troubles avec), proposer une nouvelle évaluation rapide afin d'apprécier si les objectifs attendus se rapprochent ou si l'on revient à la situation précédente. **Orientation vers une équipe de niveau II** en cas de troubles demeurant importants, n'évoluant pas suffisamment.

➤ Critères d'arrêt de la rééducation

- **Critère d'arrêt** : atteinte des objectifs (par ex pour le langage écrit : amélioration suffisante de la précision et vitesse de lecture /orthographe pour permettre la compréhension d'un texte lu du niveau de l'enfant, écriture lisible, dans des conditions confortables.)
- **En cas de troubles sévères récupérant moins**, les critères d'arrêt ne sont pas définis. L'objectif n'est pas toujours de faire disparaître les troubles mais de permettre à l'enfant d'accéder aux apprentissages, à l'autonomie à la participation sociale.

Mise en place d'adaptations pédagogiques

Elles sont menées en parallèle de la prise en charge médicale.

A la suite d'un Programme Personnalisé de Réussite Educative (PPRE), si les difficultés scolaires durables sont la conséquence d'un trouble des apprentissages, l'équipe éducative se réunit afin de mettre en place rapidement les adaptations nécessaires au travers d'un **Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP)**, après que le médecin de l'EN ait confirmé le(s) trouble(s) et analysé pour l'équipe pédagogique les points d'appui et les conséquences du ou des troubles

En cas de **limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société, la famille peut saisir la MDPH** qui évaluera le besoin de mettre en place un projet personnalisé de scolarisation (PPS) et dira si les critères d'éligibilité sont remplis et si un droit peut être ouvert avant d'adresser la notification aux organismes payeurs.

Si besoin, orientation de l'enfant vers une équipe de niveau II

En cas de :

- Réponse non satisfaisante à la prise en charge de première intention
- Difficulté diagnostique
- Situation complexe : besoin de coordination (multiplicité des intervenants avec besoin de synthèse, de priorisation des prises en charge, définition d'objectifs partagés) en rapport avec une complexité (cognitive, psycho-affective, sociale...) :
 - Nécessité d'emblée d'un avis expert (TSLO réceptif ou mixte / trouble du geste ou de la coordination / TDAH)
 - Spécificité plus difficile à apprécier sur l'analyse de la symptomatologie.
 - Suspicion de déficit cognitif associé à des troubles émotionnels ou comportementaux,
 - Troubles impactant plusieurs acquisitions ou apprentissages

La prise en charge de Niveau II

1. Description du « niveau 2 » de diagnostic et de soins

Ce 2nd niveau de recours aux soins est pragmatiquement situé entre le Niveau 1, chargé du diagnostic et des soins de première intention dans les situations simples, et le Niveau 3 (centre de référence des troubles du langage et des apprentissages). Il répond à un cahier des charges précis de centre de compétence :

- Il sert de ressource au niveau 1 (aide à la montée en compétence du niveau 1) et de « filtre » au CRTLA avec lesquels il assure un lien
- Il réalise des bilans spécialisés avec une équipe formée aux troubles spécifiques du langage et des apprentissages dans ses différents aspects
- Il répond à des demandes complexes d'accès difficiles en ville (bilans neuropsychologique, d'ergothérapie et/ou de psychomotricité, évaluation détaillée des troubles du nombre ou du calcul, si besoin en lien avec les MDPH pour les besoins de compensations)
- Il coordonne les différents acteurs, puis élabore une synthèse pluridisciplinaire, support d'un projet de soins adapté et concerté, restitué aux familles qui sont ainsi guidées
- Il assure le suivi de l'évolution des enfants et de leurs troubles
- Il limite le nomadisme médical des familles en les accompagnant dans un parcours de soins structuré.

Il peut prendre la forme d'une structure formelle ou informelle spécialisée pluridisciplinaire et coordonnée, publique ou privée.

2. La coordination des soins en structure participant au « niveau 2 »

2.1. Profils des professionnels assurant la coordination de niveau 2 :

○ **Coordinateur de soins**

- Professionnel de santé ayant dans ce cadre des missions spécifiques de coordination en dehors de ses missions cliniques habituelles.
- Mission d'expert avec compétences spécifiques dans le domaine des TSA.
- Mission d'organisation et d'animation des concertations.
- Mission de rédaction de la synthèse médicale
- Mission ressource face aux besoins de la situation :
 - Orientation vers d'autres professionnels ressource identifiés sur le bassin de population de vie de l'enfant – cartographie
 - Lien avec les autres structures de niveau 2 partenaires dans le parcours de santé mais aussi avec les structures de niveau 3
 - Évaluation de la situation de handicap et aide au montage des demandes d'intervention de la MDPH

○ **Référent**

- Professionnel de santé de proximité acteur du parcours de soins (actes de rééducation ou de suivi en cours)
- Rôle d'interface entre l'équipe soignante, la famille et l'école par son contact régulier avec l'enfant et ses parents
- Il participe à la coordination de proximité en lien avec le coordinateur de soins
- Il rencontre la famille, l'équipe pédagogique et élabore avec elles les adaptations possibles en regard des besoins de l'enfant et en accord avec lui
- il est alors porte-parole de l'équipe pluriprofessionnelle qui s'est concertée en amont pour élaborer le projet thérapeutique

Les missions de coordinateur de soins et de référent peuvent être réalisées par une seule et même personne selon les structures.

2.2. Actions incontournables mises en œuvre en Niveau 2

Ces actions concernent 3 étapes successives : évaluation, proposition thérapeutique et suivi concertés au sein d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée et coordonnée. Selon les besoins, l'évaluation seule peut être réalisée.

Cible : enfant ne répondant pas à une rééducation de première intention bien conduite et/ou enfant ayant un trouble complexe avec une hypothèse diagnostique incertaine

Objectifs :

- Poser ou confirmer un diagnostic pluridisciplinaire
- réduire l'impact des troubles en mettant en place une rééducation adaptée et en précisant les éléments d'accessibilité et de compensations nécessaires.

Méthode : démarche d'évaluation permettant l'analyse des symptômes, la compréhension des processus cognitifs à l'origine des troubles de l'enfant considéré, et le cheminement vers un diagnostic.

a) Evaluation

L'évaluation est précédée par **l'examen de la demande et l'analyse et la synthèse des informations préalables**. Ces éléments comportent :

- Le recueil des difficultés concernant le développement des acquisitions, et des apprentissages au niveau scolaire afin de préciser les besoins et les objectifs à atteindre.
- L'analyse anamnestique à partir de l'interrogatoire, l'analyse des bilans médicaux et/ou paramédicaux déjà réalisés, des éléments scolaires, des réponses à différents questionnaires proposés,
- L'examen clinique de l'enfant
- L'élaboration finale d'une fiche synthétique d'analyse de la situation

L'évaluation s'appuie sur des référentiels neuropsychologiques partagés dont l'objectif est:

- 1. de mettre en évidence le(s) trouble(s) cognitif(s) spécifique(s) explicatif(s) des troubles spécifiques des apprentissages : **diagnostic ou hypothèses diagnostiques**
- 2. d'apprécier la sévérité, l'intensité et la persistance des atteintes justifiant d'un éventuel **besoin de compensation**

Dans le cadre des TSLA, le **bilan psychométrique** vise à apprécier et comprendre le fonctionnement cognitif de l'enfant par une échelle étalonnée et standardisée (de type échelle de Weschler) qui confirmera les compétences globales de raisonnement de l'enfant, appréciera les difficultés mais aussi les points d'appui, et viendra compléter les observations et les évaluations de la famille et des autres professionnels. Il vise à éliminer le diagnostic d'une déficience plus profonde des processus de pensée qui orienterait différemment les prises en charge et les propositions de compensation scolaire.

Le bilan psychométrique est réalisé par un psychologue (psychologue de l'Éducation Nationale, psychologue libéral, ou sein d'une équipe de niveau 2). Lorsque ce bilan indispensable est effectué en libéral et en dehors d'un réseau de soins, il n'est pas pris en charge par l'Assurance-Maladie.

Le bilan cognitif donne lieu à un compte-rendu où figure une analyse des résultats chiffrés et une conclusion qui est explicitée aux parents..

La **synthèse** élaborée suite à l'évaluation et à la concertation pluridisciplinaire permet:

- de décrire un état actuel du diagnostic, et d'objectiver le(s) trouble prédominant(s)
- de proposer des « aides » tant sur le plan de la prise en charge que des adaptations permettant de limiter l'inaccessibilité de certaines activités scolaires ou sociales, notamment pour les troubles sévères du langage oral et les troubles praxiques. Les préconisations d'aides sont nécessaires et personnalisées, ajustées au contexte et à la faisabilité.

Un compte rendu de synthèse est remis aux parents qui peuvent le remettre à l'enseignant s'ils le souhaitent. Il est adressé avec l'accord des parents au médecin d'éducation nationale afin qu'il puisse prendre connaissance des difficultés de l'enfant et ainsi élaborer au mieux un plan d'aide en fonction des préconisations.

b) Élaboration du projet thérapeutique

Le **projet thérapeutique** est élaboré entre les professionnels de santé sous la responsabilité du coordonnateur, et expliqué aux parents et à l'enfant qui donnent leur accord.

Il a pour objectif de mettre en œuvre :

1. le plan de soins comportant :

- Un axe rééducatif (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie,)

- Un axe psychologique
- Un axe médical (si besoin et si traitement médicamenteux d'un éventuel TDAH)

2. Le plan d'aides (aménagement scolaires et familiaux)

avec mise en perspective du parcours de soins : les objectifs à atteindre, les actions pour y parvenir, les réévaluations régulières à prévoir, les interrogations, les problèmes à travailler plus tard.

Le **projet thérapeutique** est présenté à l'enfant et à sa famille et donne lieu à la **rédaction d'un projet individuel**.

Ce document écrit comporte des actions priorisées, déclinées dans le temps, avec des objectifs clairs et atteignables, utiles, privilégiant dans un 1^{er} temps l'intensité de l'intervention sur le(s) trouble(s) gênant le plus l'enfant

Il présente :

- la problématique de l'enfant : classe fréquentée, scolarité antérieure, quelle(s) est (sont) la(les) plainte(s) à l'école, en famille ?
- les hypothèses diagnostiques avant l'évaluation et/ou le résumé des actions déjà entreprises
- le profil cognitif de l'enfant suite à l'évaluation pluridisciplinaire : c'est l'enfant qui est décrit dans le projet individuel, et non pas la somme des « constatations des professionnels »
- le lien entre ce profil et les constatations scolaires actuelles
- des éléments de prospective pédagogique afin d'initier une réflexion sur l'adéquation des aides aux capacités de l'élève
- les propositions d'aides (aménagement scolaires et familiaux, axes rééducatifs)
- l'échéancier des rencontres à venir nécessaires pour échanger autour des préconisations et poser les bases d'une collaboration
- une conclusion met en relation les résultats de l'évaluation, les propositions et le positionnement de la famille : document écrit, discuté par la famille et l'équipe pluridisciplinaire de niveau 2 lors d'une réunion à laquelle participe la famille et l'enfant (en fonction de son âge, de son souhait d'y participer -ou non -).

L'objectif est de transmettre à la famille des éléments utiles et communicables aux différents acteurs (enseignants, aide humaine en milieu scolaire, médecin et psychologue scolaire, médecin de l'enfant, autres professionnels) et instances (MDPH...)

c) Suivi

Ce suivi est l'occasion d'une concertation programmée des professionnels de santé en présence d'un coordinateur et/ou d'un référent. Il permet d'éprouver le projet à la réalité de l'enfant et de son contexte.

Si besoin, il donne lieu à une modification du projet thérapeutique (intervention d'autres professionnels) voire à une orientation vers le niveau 3.

L'évolution réelle de l'enfant, sur le plan scolaire et dans la vie sociale, et les préconisations qui en découlent sont colligées dans le Plan d'Accompagnement Personnalisé de l'élève permettant la continuité et le suivi des aménagements année après année, ou dans le Programme Personnalisé de Scolarisation en lien avec le dispositif MDPH éventuellement mis en place pour l'enfant.

Orientation de l'enfant vers le Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages

L'orientation de l'enfant d'un niveau 2 vers un CRTLA peut concerner les situations suivantes:

- troubles résistants malgré la ou les rééducation(s) après intervention du niveau 2
- Persistance d'un doute diagnostique,
- situation très complexe

Il n'existe pas de définition universelle de ce critère. Pour un territoire de santé donné, il dépend des particularités de chaque enfant, et des spécificités respectives du niveau 2 et du CRTLA concernés quant à la prise en charge de cet enfant. Dans le cadre de la collaboration fluide et de confiance de ces deux structures, l'équipe de niveau 2 et celle du CRTLA se concertent et décident laquelle sera la plus adaptée à la prise en charge de l'enfant. Dans certains cas, la prise en charge de l'enfant débutée en niveau 2 se poursuivra en niveau 3. Dans d'autres cas, elle sera après échanges entre ces deux niveaux maintenue en niveau 2. Ainsi, dans chaque région, la mise en place de ce parcours de soins pourra amener l'équipe de CRTLA à faire évoluer ses missions.

CONDITIONS A REUNIR POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PARCOURS

Conditions à réunir pour la prise en charge en « niveau 1 »

- Améliorer la formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels et en particulier des médecins de l'enfant (connaissance minimales de ces pathologies spécifiques, réalisation et interprétation d'un test de dépistage au moins du LO et du LE), et idéalement : interprétation des bilans réalisés par les différents rééducateurs et psychologues, connaissance de l'évolution attendue sous rééducation des enfants concernés et lien avec les enseignants chargés du repérage et des adaptations et aménagements pédagogiques).
- Reconnaissance institutionnelle de l'importance des consultations aux âges clés du développement comme c'est déjà le cas pour les consultations de 9 mois et de 24 mois, avec une reconnaissance et une valorisation des consultations à 3, 4, 5, 6 ans et en CE1.
- Valorisation financière de la coordination et des actes longs de consultation ;
- valorisation financière du travail en équipe en général, (temps de concertation, de synthèse, de réunions à l'école (Equipe de suivi de scolarisation ou Equipe éducative), accompagnement des familles).

Conditions à satisfaire pour une prise en charge de type « niveau 2 »

Un médecin responsable du projet de soins ayant :

- Suivi une formation permettant de le reconnaître comme « médecin spécialiste des troubles spécifiques du langage et des apprentissages ». Cette formation diplômante, lui permettant de connaître à la fois les fondements théoriques des troubles spécifiques des apprentissages ainsi que les diagnostics différentiels et leur évolution.
- Eu une expérience professionnelle dans ce domaine et souhaitant mettre régulièrement à jour ses connaissances
- La connaissance de l'ensemble des outils d'évaluation : de l'examen de première intention, des bilans spécifiques propres à chacun des professionnels de l'équipe, et de leurs enjeux
- La capacité à faire la synthèse médicale, à accompagner l'équipe dans la mise en place du projet de soin de l'enfant et dans le choix des priorités, à préciser les objectifs et les moyens à mettre en place.
- la volonté et/ou la possibilité matérielle de passer le temps nécessaire à cette analyse
- la motivation pour entrer dans ce processus

Une équipe pluriprofessionnelle spécialisée :

- dont chacun des membres, au-delà de sa qualification professionnelle initiale, s'est spécialisé dans les troubles du langage et des apprentissages et a acquis une expérience dans ce domaine.
- Devant inclure : psychologue spécialisé en neuropsychologie, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, orthoptiste, et si possible un enseignant. L'intrication entre le développement psychique et cognitif de l'enfant nécessite une collaboration réciproque entre les structures participant au niveau 2 et les pédopsychiatres et psychologues cliniciens - qu'ils soient inclus dans la structure ou sollicités en tant que ressource proche.
- en capacité de :
 - o Réaliser des bilans spécifiques, au moyen d'outils d'évaluation normés, avec un étalonnage récent.
 - o tirer parti des bilans de leurs confrères pour compléter leur pratique
 - o Préciser leurs objectifs, s'adaptant aux besoins évolutifs de l'enfant
 - o Préciser les moyens qu'ils vont mettre en place : pratiques rééducatives scientifiquement valides.
 - o L'évolution de l'enfant donnera lieu à des évaluations régulières (au moins une fois par an), afin de décider d'une prescription de renouvellement, d'une réorientation du projet thérapeutique, ou du non renouvellement de la prise en charge des enfants, ou de pause thérapeutique sans qu'il y ait de caractère définitif dans un sens ou dans l'autre.
 - o proposer un projet :
 - concerté et personnalisé, en accord avec la famille
 - articulant projet de soins, et projet de scolarisation
 - informant et accompagnant la famille,
 - accompagné de synthèses écrites adressées aux parents, au médecin, aux rééducateurs libéraux ou en institution
 - de travail en réseau avec d'autres professionnels libéraux ou structures dans la logique de maillage territorial

Conditions à réunir pour la mise en œuvre effective d'un « niveau 2 »

- Formation théorique et pratique des médecins en vue d'acquérir les compétences nécessaires dans le domaine des TSLA. Cette compétence sera complétée d'une formation à la coordination des équipes pluridisciplinaires pour élaborer le diagnostic, qu'elles soient libérales ou institutionnelles
- Formation des autres professionnels des équipes de niveau 2
- Faire évoluer dans la mesure du possible les conditions de prescription des traitements médicamenteux des troubles de l'attention afin d'en améliorer l'accès.
- Accès à un outil informatique d'échange (messagerie sécurisée de santé) et de partage des informations (Dossier médical partagé de l'enfant pour les 3 régimes d'Assurance-Maladie)
- Diagnostic territorial en vue d'évaluer l'adéquation de l'offre aux besoins (offre globale de proximité organisée, adaptée aussi aux environnements précaires, intégrée et visible en vue de l'accès à l'expertise au plus près du domicile et du lieu de scolarisation de l'enfant et mobilisable dans un délai raisonnable)
- Mise à disposition par l'ARS d'un annuaire ou d'un répertoire opérationnel de ressources dans les territoires de santé.
- Favoriser, en lien avec les ARS, des protocoles de coopérations sur chaque territoire entre le secteur sanitaire et le secteur médicosocial
- Mise en œuvre de financements d'accompagnement des professionnels en projet de création de niveaux 2 répondant à un besoin.
- Mise en place des financements permettant l'accès aux soins diagnostiques et rééducatifs des enfants concernés, indépendamment du cadre administratif de rattachement de la structure

Conditions à réunir pour l'ensemble du parcours

- Améliorer la formation initiale et continue des enseignants sur :
 - le repérage des difficultés,
 - la mise en place de remédiations, d'aménagements en lien avec les difficultés repérées : en effet si les interventions pédagogiques dont l'efficacité a été prouvée ne sont pas correctement mises en place, alors tout le processus de diagnostic peut être biaisé,
 - la connaissance des troubles spécifiques des apprentissages et les aménagements à proposer en fonction du trouble de l'élève.
- Clarifier la notion de handicap : la situation de handicap d'un enfant existe indépendamment de sa reconnaissance par la MDPH, et justifie la mise en œuvre d'adaptations, ou d'aides. Certaines réponses à des besoins en rapport avec cette situation de handicap ne pourront être mises en œuvre qu'après évaluation et décision de la MDPH.
- Recensement des études d'efficacité des entraînements (stimulation langagière, entraînements au déchiffrement et de la conscience phonologique, à la fluidité de lecture, l'orthographe lexicale et grammaticale, la motricité fine, la calligraphie, le nombre et le calcul)
- Mise à jour concernant la qualité, l'objectif, la validation et les limites des différents outils :
 - d'examen de première intention des fonctions cognitives
 - des bilans spécifiques permettant le diagnostic
- Mission d'élaboration de référentiels de bonne pratique, et d'outils facilitant leur implémentation
- Promotion de protocoles de recherches visant à évaluer le bénéfice des stratégies rééducatives, et de la définition des critères d'arrêt

Annexe 1 : Signes d'alerte

Leur présence nécessite une consultation et examen outil normé par un professionnel de santé

▪ Troubles du langage oral

Vigilance accrue si présence de facteurs aggravants : antécédents familiaux, prématurité....

Quand s'inquiéter?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
AVANT 3 ANS		
À 18 mois	aucun mot signifiant	<ul style="list-style-type: none"> - D'emblée éliminer un doute sur l'audition - Eliminer un trouble de la communication non verbale
À 24 mois	<ul style="list-style-type: none"> - langage très pauvre - pas d'association de mots - n'a pas l'air de bien comprendre alors qu'il communique bien (regard, gestes...) - compréhension altérée - 	<ul style="list-style-type: none"> - examen clinique, audition - Eliminer un trouble de communication verbal et non verbal : absence de jeu de faire semblant ou d'imitation, de pointage protodéclaratif, de partage attentionnel pouvant représenter une alerte vers un trouble du spectre de l'Autisme
A 3 ANS ET APRES si plainte isolée sur le langage oral		
3ans – 4 ans et demi	<p>Si critère de sévérité</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de langage intelligible pour des étrangers (les parents ou la fratrie peuvent parfois comprendre) - pas de phrase constituée (verbe, complément ou sujet- verbe) - compréhension altérée 	<ul style="list-style-type: none"> - Examen - Diagnostic différentiel (audition/communication) - et bilan orthophonique (+/_ autres)
4 ans et demi – 5 ans	Si langage insuffisant mais sans signe de gravité	<ul style="list-style-type: none"> - réponse pédagogique préventive - guidance parentale - suivi 6 mois - bilan orthophonique si pas de progrès ou trouble persistant du langage à 5 ans

▪ Troubles du langage écrit

Vigilance accrue si présence de facteurs aggravants : antécédents familiaux, prématurité....

Quand s'inquiéter?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
2 ^{ème} trimestre du CP	<p>Critère de sévérité</p> <ul style="list-style-type: none"> - persistance d'un trouble du langage oral - ne fait pas le lien entre le(s) signe(s) écrit (graphème(s)) et le son qu'il symbolise (phonème) et vice versa - ne rentre pas dans la lecture des syllabes simples ou fait de nombreuses erreurs <p>Trouble moins sévère</p>	<p>évaluation pour rééducation orthophonique si nécessaire</p> <p>mettre en œuvre une intervention pédagogique préventive (entraînement)</p>
3 ^{ème} trimestre de CP	<p>Difficultés persistantes au 3^{ème} trimestre, surtout si pas ou peu de progrès avec l'intervention pédagogique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toute plainte scolaire : <ul style="list-style-type: none"> - Lecture anormalement lente ou imprécise ou n'amenant pas à une compréhension du message écrit - Ecriture illisible avec des erreurs phonétiques fréquentes • tout refus de lire/aller à l'école ou autre plainte somatique 	<p>évaluation orthophonique pour rééducation</p> <p>pratiquer un test normé de lecture (vitesse, précision, compréhension) et d'orthographe correspondant à la classe suivie par l'enfant</p>
CE1	<p>Si le déficit est modéré et/ou ne touche qu'une seule compétence</p> <p>Toute persistance du déficit d'une de ces compétences après 3 mois de réponse pédagogique, aide aux devoirs, famille</p>	<p>réponse pédagogique 3-6 mois et revoir</p> <p>évaluation orthophonique pour rééducation</p>
Enfant plus grand: 8 ans	<p>Scores insuffisants à un test étalonné lecture et orthographe</p> <p>Enfant en difficultés : échec vis-à-vis de la lecture, erreurs de déchiffrement ou lenteur de la lecture, difficultés pour retenir les mots d'usage courant, les principales règles d'accord, segmenter les mots.</p> <p>Déchiffrage lent, laborieux, gêné par des erreurs entre des lettres et/ou des groupes de lettres.</p>	<p>Pratiquer un test étalonné</p>
11/12 ans	<p>Difficultés de lecture, lenteur +++ entravant parfois l'accès au sens, troubles de l'orthographe.</p>	<p>Compenser le trouble</p>

- Troubles du calcul

Prêter une attention particulière en cas de trouble du langage oral/langage écrit ou des praxies associés.

Quand s'inquiéter?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
Grande section de Maternelle	<p>L'enfant a des difficultés d'accès au symbole.</p> <p>L'enfant n'acquiert pas la chaîne numérique orale et fait beaucoup d'erreurs dans son comptage</p> <p>L'enfant a des difficultés à dénombrer une collection d'objets en pointant du doigt un ensemble d'éléments</p>	<p>réponse pédagogique +++ si le trouble est isolé (pas de trouble du langage oral qui nécessite un bilan orthophonique – ou un trouble du geste)</p>
Primaire	<p>Toute plainte sur le nombre ou le calcul, surtout si trouble associé du langage oral, langage écrit ou praxie, ou antécédents personnels</p>	<p>test de « dépistage » du niveau d'acquisition du nombre et du calcul ainsi que des conséquences sur la résolution de problèmes.</p>

- Troubles d'acquisition des coordinations et des praxies

Vigilance accrue si présence d'antécédents familiaux ou d'antécédents personnels de prématurité

Quand s'inquiéter?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
Dans la vie courante	<p>Désintérêt voire refus des jeux faisant appel à la construction, au dessin, qui sont malhabiles mais aussi les jeux moteurs : vélo, courses, jeux collectifs, sports, grimper sur les structures...</p> <p>Recherche de jeux symboliques, imaginaire riche qui se traduit par le langage : vivacité d'esprit à l'oral.</p> <p>Difficultés pour tous les gestes de la vie quotidienne : l'habillage, toilette, repas...</p>	<p>Les signes précédents doivent être recherchés et l'importance de leurs conséquences sur la vie de l'enfant appréciée</p>
En moyenne et grande section de maternelle	<p>Difficultés dans le graphisme : ne peut tracer un carré en fin de moyenne section ou un triangle en grande section.</p> <p>Dessin pauvre, mal structuré, contrastant avec la construction du récit qu'il en fait, la vivacité d'esprit.</p> <p>Ne se prépare pas seul pour aller en récréation (ie. attacher son manteau)</p> <p>Chutes fréquentes</p> <p>Aspect brouillon, maladroit, peu soigné du travail.</p>	<p>sauf si particulièrement sévères ou mal supportés, ces signes doivent amener à une adaptation (valoriser les côtés positifs) et à une aide pédagogique</p> <p>si les difficultés sont réelles et ne s'améliorent pas avec les aides pédagogiques : adresser en bilan spécialisé</p>
Fin CP-CE1	<p>Difficultés graphiques et calligraphiques (copie de figures, respect de la forme des lettres, lenteur)</p> <p>Difficultés pour tous les gestes de la vie quotidienne : l'habillage, toilette, repas...</p> <p>Difficultés d'organisation des affaires scolaires</p> <p>Mauvaise manipulation des outils : règle, ciseau, compas...</p> <p>Difficultés de repérage spatial ; tableau à double entrée, cartes de géographie</p>	<p>Mise en place de soutien pédagogiques ciblés sur les habiletés fragiles, d'adaptations (valoriser les côtés positifs) et de compensation</p> <p>Si la gêne pénalise les autres apprentissages (lisibilité de l'écriture, orthographe), adresser en bilan spécialisé</p>

Annexe 2 : spécificités des bilans spécialisés des TSLA

(Adapté du guide de la CNSA - 2014)

➤ L'examen orthophonique

L'examen orthophonique précise le type de trouble du langage et/ou de la communication, ainsi que sa gravité, en évaluant à la fois les aspects : expressif (phonologie, vocabulaire, morphosyntaxe et récit), réceptif (perception et compréhension) et pragmatique (emploi du langage dans les interactions sociales et familiales).

Il consiste en :

- un entretien anamnestique avec l'enfant et ses parents
- La passation de tests étalonnés à analyser et à interpréter ;
- La pose d'un diagnostic orthophonique établissant un profil linguistique, un profil de lecture et/ou de la cognition mathématique.
- La proposition d'un projet thérapeutique précisant les indications et modalités du traitement orthophonique
- La rédaction obligatoire d'un compte-rendu du bilan, détaillé, argumenté, mentionnant les tests utilisés et leurs résultats, à adresser au médecin et remis aux parents.

➤ L'examen psychomoteur

L'évaluation psychomotrice explore les compétences de l'enfant ainsi que l'histoire de son développement dans les domaines suivants : les coordinations motrices globales / les aspects posturaux et toniques / les capacités d'équilibre dynamique et statique / les praxies : la motricité fine et la dextérité manuelle / la visuoconstruction / les compétences visuospatiales / la discrimination visuelle / la graphomotricité et l'écriture / l'attention et la maîtrise de l'impulsivité / les capacités de planification / le repérage spatiotemporel / la latéralisation.

Cette évaluation se fait par le biais d'un entretien anamnestique, d'observations et de mises en situations avec l'aide d'outils étalonnés et validés. La relation à l'autre ainsi que les capacités de communication non verbale et le comportement de l'enfant sont également pris en compte par le psychomotricien. Dans le parcours de soins des enfants présentant des TSLA, cette évaluation et ses conclusions sont précieuses que ce soit pour affiner un diagnostic de troubles psychomoteurs telle que le Trouble du Développement de la Coordination qui engendre outre une dysgraphie dans 80% des cas, de nombreuses difficultés d'apprentissages (mathématiques, géographie, lenteur générale et difficulté de planification) ou pour détecter les comorbidités statistiquement fréquentes entre les troubles psychomoteurs et les troubles du langage écrit ou oral. La prise en charge psychomotrice, entre rééducation et compensation permet à l'enfant de s'épanouir dans sa scolarité, qu'elle soit en première intention au niveau 1 ou dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire dans les autres niveaux.

➤ L'examen ergothérapeutique

Le bilan ergothérapeutique se compose habituellement d'un entretien avec l'enfant et ses parents, d'une évaluation avec des épreuves standardisées et de mises en situation dans des activités. L'évaluation porte sur le traitement de l'information et l'élaboration de réponses dans les domaines sensori-moteur et exécutif. Cette mesure quantitative des performances de l'enfant prend en compte les paramètres de précision et de rapidité. L'observation qualitative de l'enfant pendant la tâche permet de recueillir des informations essentielles pour comprendre les résultats obtenus (comportement moteur, adaptation à la tâche, processus cognitifs mis en jeu, attitude générale face à la tâche). Cette évaluation est réalisée selon les objectifs prédéfinis par le médecin prescripteur, avec différentes épreuves sollicitant, entre autres, les capacités et habiletés suivantes : exploration visuelle; analyse visuospatiale ; représentation spatiale mentale ; praxies constructives et graphiques ; planification motrice ; praxies gestuelles ; coordination visuomotrice et bilatérale des membres supérieurs ; dextérité fine et manuelle ; graphisme ou écriture manuelle ; utilisation des outils scolaire.

➤ L'examen psychologique

L'examen psychologique de l'enfant est une méthode d'exploration complète de son fonctionnement psychique. Il repose sur l'utilisation raisonnée d'outils d'exploration, dont l'entretien et des outils standardisés et normés qui mobilisent :

- les aspects cognitifs (langage, motricité, cognition spatiale, attention/concentration) et d'efficience intellectuelle,
- les composantes émotionnelles, relationnelles, le registre de l'imaginaire et de la personnalité.

Les résultats de l'examen psychologique et l'ensemble des informations utiles à la compréhension des besoins de l'enfant :

- doivent être interprétés et mis en perspective avec l'histoire du développement de l'enfant (anamnèse), les éléments relatifs à sa vie scolaire, ses conditions socio-environnementales, d'éventuels bilans effectués par d'autres professionnels
 - font l'objet d'un compte-rendu oral avec les responsables légaux de l'enfant et avec l'enfant lui-même (dans la mesure du possible) dans le cadre d'un entretien explicatif ;
 - font l'objet d'un compte-rendu de synthèse écrit destiné aux responsables légaux et respectant les principes éthiques, déontologiques et légaux existant.
-

HAS
