

## Exemples de synthèses

**Par le docteur Lucien Castagnera, Hôpital Pellegrin**  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (Chu) de Bordeaux

### **SYNTHÈSE CONCERNANT T., 12 ANS, TROUBLE DU LANGAGE ORAL ET TROUBLE DES APPRENTISSAGES**

T. est né le 12/07/1993, il a donc maintenant 12 ans et 4 mois et il se pose le problème de la prise en charge des problèmes dont il est affecté.

Les antécédents médicaux de T. ne font rien apparaître de particulier.

Scolarisé depuis l'âge de 3 ans à l'école de N..., T. présente des troubles graves du langage oral qui, handicapant sa communication, provoquent des réactions de type asocial. Il poursuit sa scolarité dans la commune, bénéficie d'un maintien en grande section de maternelle puis d'une adaptation scolaire tenant compte de ses difficultés spécifiques.

En 1999, la famille contacte le CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE INFANTILE (Cmpi) de N..., et il est proposé à T. une prise en charge uniquement psychothérapeutique. Celle-ci a été abandonnée au terme de la seconde année.

Le bilan scolaire situe T. à un niveau de lecture de COURS ÉLÉMENTAIRE DE PREMIÈRE ANNÉE (Ce1) et de production d'écrit impossible à situer. Son niveau scolaire est celui d'un enfant de 7 ans : il y a donc 5 écarts-types d'écart par rapport à un enfant de son âge, soit 5 ans de retard.

Deux bilans psychologiques ont été pratiqués au cours de la scolarité de T. :

- ◆ En 1999 est pratiqué un test KAUFMAN ASSESSMENT BATTERY FOR CHILDREN (K.abc) ; il apparaît une grande distorsion (30 points) entre les processus mentaux de traitement de l'information au profit du traitement simultané, ainsi qu'une importante déficience mnésique et une certaine labilité attentionnelle. La non-intégration des processus évoque un trouble cognitif grave. La perturbation du langage oral handicapant fortement la communication et la relation.
- ◆ En 2001 est passé un WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN (Wisc III) ; 20 points signent le déficit verbal par rapport aux performances, sans déficience intellectuelle. Le

profil ARITHMETIC, CODING, INFORMATION, DIGIT-SPAN (Acid) (1.7.2.5) laisse penser à un trouble sévère de la langue orale et écrite.

Un bilan orthophonique a été pratiqué au CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (Chu) de N... Ce bilan fait apparaître :

- ◆ Un trouble sévère du langage oral (dysphasie de type expressive), qui se traduit par une expression perturbée par des troubles d'encodage phonologiques, des éléments dysyntaxiques sur un langage pauvre et réduit lexicalement et grammaticalement.
- ◆ Un trouble sévère des apprentissages portant sur la lecture, l'écriture et le calcul (comme dans la majorité des cas qui accompagnent une dysphasie). Le trouble de la lecture (dyslexie) est essentiellement phonologique et la dysorthographe est mixte.
- ◆ Une labilité attentionnelle et une mémoire de travail peu efficiente (déficits d'ailleurs fréquemment associés au trouble du langage oral).

Une consultation pratiquée le 03/11/2001 chez T. par le docteur N... N... (praticien hospitalier dans le service de n...) fait apparaître, en plus, des troubles de la discrimination auditive et des problèmes de compréhension syntaxique et confirme le trouble portant sur la mémoire immédiate. La dysphasie rentre dans le cadre des dysphasies de type phonologique syntaxique. Les capacités de calcul sont préservées, mais ne peuvent être effectives du fait du problème de compréhension des énoncés.

Au total, T. présente un trouble sévère du langage oral qui n'a pu être rééduqué, et qui s'accompagne d'un trouble sévère des apprentissages nommés aussi *troubles des acquisitions scolaires*. On sait que chez les enfants dysphasiques ces troubles sont quasi constants et sont souvent associés à un trouble déficitaire de l'attention.

Une prise en charge plus adaptée est indispensable, mais faute de structure adéquate on peut proposer à

T. un modèle de prise en charge qui s'intègre dans le cadre d'un PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (Pai) et comportant :

- ◆ Un enseignement individualisé quotidien (matin ou après-midi), d'autant justifié par la présence d'un déficit attentionnel et d'un trouble de la mémoire immédiate. Cet enseignement doit se baser sur des méthodes pédagogiques adaptées aux enfants dysphasiques. L'objectif d'un tel enseignement est que l'enfant puisse rattraper son retard à terme, l'expérience montrant que ceci ne peut se faire dans le cadre scolaire habituel.
- ◆ Une rééducation orthophonique intensive quotidienne.
- ◆ Une rééducation neuropsychologique serait un complément indispensable à la rééducation orthophonique.

Ce type de prise en charge pourrait avoir lieu dans le cadre du dispositif mis en place au collège N..., au profit d'enfants atteints de troubles neuropsychologiques.

Il doit être aussi envisagé un complément d'investigation médicale avec :

- ◆ un ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAMME (Eeg), qui, s'il ne fait rien apparaître, pourrait conduire à la prescription de S... pour améliorer les problèmes de mémoire et d'attention ;
- ◆ une IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (Irm) ;
- ◆ l'ÉPREUVE DE COMPRÉHENSION ET D'ORGANISATION SÉMANTICO-SYNTAXIQUE (Ecosse) afin de quantifier son âge de développement syntaxique.

Cependant, ces investigations doivent constituer des compléments d'information et ne pas retarder la prise en charge en cours.

## SYNTHÈSE CONCERNANT P. - 10 ANS, TROUBLE DU LANGAGE ORAL

P. est né le 07/10/1994, il a maintenant 10 ans et 1 mois, et est jumeau de S. Il est né à terme avec un poids de naissance de 2 Kg 300.

Ses antécédents médicaux font apparaître une possible souffrance périnatale avec un *score d'Apgar* bas (5 à une minute, puis 10 à 5 minutes) sur une naissance par siège, un retard de croissance intra-utérin et une hypoglycémie néonatale. Il a été hospitalisé pendant quelques jours à l'hôpital de N... pour surveillance.

P. a bénéficié d'une adenoïdectomie puis de la pose d'aérateurs tympaniques en 2002. L'audiogramme pratiqué en 2003 était normal.

Scolarisé dès l'âge de 3 ans en même temps que son frère jumeau, P. présente alors une quasi-absence de langage, une incapacité à se nommer. En l'absence de possibilité immédiate de mise en place de soins par la famille, une aide est assurée par le RÉSEAU D'AIDE SPÉCIALISÉ AUX ÉLÈVES EN DIFFICULTÉ (Rased) de l'école. Ce n'est qu'en 1998 qu'une prise en charge orthophonique s'installe, mais elle ne peut être suivie régulièrement en raison de graves difficultés familiales.

Maintenu une année supplémentaire en école maternelle, P. est orienté en fin de COURS PRÉPARATOIRE (Cp), à la rentrée 2001, en classe de perfectionnement à N...

Cependant, P. ne fait pas l'acquisition de la lecture malgré la reprise de l'orthophonie à un rythme bi-hebdomadaire durant l'année 2001-2002. Actuellement, son niveau scolaire le situe en-deçà du Cp faisant un retard scolaire déjà de près de 5 ans (5 écarts-types).

Un bilan psychologique (WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN — Wisc III) a été pratiqué en mai 2002 : il fait apparaître une distorsion de 30 points au détriment du verbal, sans déficience intellectuelle. Le profil ARITHMETIC, CODING, INFORMATION, DIGIT-SPAN (Acid) (1.6.3.6) signe bien un trouble cognitif grave avec déficit mnésique ainsi qu'attentionnel.

Un bilan orthophonique a été pratiqué au CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (Chu) de N... Ce bilan fait apparaître :

- ◆ une parole très perturbée tant en spontané qu'en répétition avec un trouble d'encodage phonologique important ;
- ◆ un déficit expressif sur les plans phonologiques, lexical et syntaxique ;
- ◆ des compétences limitées en mémoire verbale à court terme et déficitaires en mémoire de travail en modalité verbale ;
- ◆ un langage écrit quasi inexistant.

Une consultation pratiquée le 03/11/2004 par le docteur N... N... (praticien hospitalier dans le service de n...) fait apparaître chez P. un trouble du langage oral s'intégrant dans le cadre des dysphasies de type phonologique syntaxique avec trouble de la compréhension chez un enfant né hypotrophique avec une suspicion clinique d'anomalies électriques à confirmer par un ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAMME (Eeg). La tendance inattentive est confirmée et le trouble de la mémoire immédiate aussi.

En conclusion, P. présente un trouble sévère du langage oral. Ce trouble n'a pas été rééduqué, et il s'accompagne d'un trouble sévère des apprentissages nommés aussi trouble des acquisitions scolaires et portant sur la lecture, l'écriture et le calcul. On sait que chez les enfants dysphasiques, ces derniers sont

quasi constants et très souvent associés à un trouble déficitaire de l'attention.

Ces troubles ont dès maintenant une répercussion sur la personnalité de P.

Une prise en charge plus adaptée est indispensable mais, faute de structure adéquate, on peut proposer un modèle de prise en charge qui s'intègre dans le cadre d'un PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (Pai) et comportant :

- ◆ Un enseignement individualisé quotidien (matin ou après-midi), d'autant justifié par la présence d'un déficit attentionnel et d'un trouble de la mémoire immédiate. Cet enseignement doit se baser sur des méthodes pédagogiques adaptées aux enfants dysphasiques. L'objectif d'un tel enseignement est que l'enfant puisse rattraper son retard à terme, l'expérience montrant que ceci ne peut se faire dans le cadre scolaire habituel.
- ◆ Une rééducation orthophonique intensive quotidienne.
- ◆ Une rééducation neuropsychologique serait un complément indispensable à la rééducation orthophonique.

Ce dispositif pourrait être mis en place à l'école primaire de N... où est scolarisé P..., avec l'intervention quotidienne d'un orthophoniste spécialiste de ce trouble et celle d'un enseignant qui permettrait l'individualisation nécessaire à l'acquisition des savoirs et au « rattrapage » du retard qui ne peut que se creuser dans le cas d'une prise en charge ordinaire.

Il doit être aussi envisagé un complément d'investigation médicale avec :

- ◆ Un Eeg de veille, qui, s'il fait apparaître des anomalies, devra être traité ; dans le cas contraire, un Eeg de sommeil est indiqué pour confirmer ou infirmer toute anomalie électrique.
- ◆ Une IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (Irm).
- ◆ Un bilan OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE (Orl).

Cependant, ces investigations doivent apparaître comme des compléments d'information et ne doivent pas retarder la prise en charge en cours.

## SYNTHÈSE CONCERNANT N., 10 ANS, TROUBLE DU LANGAGE ORAL

N. est le jumeau de M. Il est né le 07/10/1994 et il a maintenant 10 ans et 1 mois. Il ne semble pas avoir présenté les mêmes souffrances néonatales que son frère. Il est né à terme avec un poids de naissance de 2 Kg 800, donc hypotrophique.

Scolarisé à l'âge de 3 ans à la maternelle de N..., N. est arrivé sans langage et ne pouvait pas se nommer. En 1995, il a bénéficié d'une prise en charge au CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE INFANTILE (Cmpi) de N..., en psychomotricité. Celle-ci s'est poursuivie pendant deux années puis a été interrompue.

Après un maintien en grande section de maternelle, N. n'a pu faire l'acquisition de la lecture dès le COURS PRÉPARATOIRE (Cp), la poursuite de sa scolarité a fait l'objet d'aménagements, et actuellement il continue l'apprentissage de la lecture tout en étant en COURS ÉLÉMENTAIRE DE PREMIÈRE ANNÉE (Ce1). Cependant, le niveau actuel tant à l'oral qu'à l'écrit ne peut pas permettre le passage au cycle 3 : la lecture est lente et la transcription est gênée par la méconnaissance des correspondances phonie-graphies complexes. La transcription phonétique est toutefois généralement respectée. Son rythme d'apprentissage est lent et il a besoin d'un accompagnement constant. Son niveau scolaire réel le situe à un niveau de lecture de milieu de Cp, soit à au moins 4 écarts-types de la moyenne.

Un bilan psychologique (KAUFMAN ASSESSMENT BATTERY FOR CHILDREN — K.abc) pratiqué récemment fait apparaître une distorsion de 31 points entre processus

mentaux, au détriment des processus séquentiels. La mémoire immédiate est handicapée en modalité verbale, la compréhension verbale ne permet pas toujours la résolution des tâches, malgré un investissement réel. Un déficit de l'attention est aussi à noter. La non-intégration des processus de traitement de l'information entraîne un dysfonctionnement cognitif important.

Un bilan orthophonique chez N. a été pratiqué au CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (Chu) de N... en mars 2004. Ce bilan fait apparaître :

- ◆ des performances limitées en discrimination auditivo-phonémique ;
- ◆ une compréhension syntaxique perturbée ;
- ◆ un langage à tendance agrammaticale qui évolue vers la production d'éléments dysyntaxiques ;
- ◆ une mémorisation déficiente.

Une consultation pratiquée le 03/11/2004 par le docteur N... N... (praticien hospitalier dans le service de n...) fait apparaître que N. présente un trouble du langage oral s'intégrant dans le cadre des dysphasies de type sémantique syntaxique et confirme les troubles de la mémoire immédiate.

En conclusion, N. présente un trouble sévère du langage oral portant sur l'expression et la compréhension (dysphasie de type mixte expressive et réceptive) avec un trouble d'encodage phonologique, une pauvreté lexicale, une compréhension insuffisante

tributaire des faiblesses attentionnelles et des faiblesses d'analyse perceptive ainsi qu'une expression manquant de cohésion et d'informativité. Les compétences cognitives sont fragiles et nécessitent un aménagement scolaire parallèlement à un soin spécifique.

Une prise en charge plus adaptée de N. est indispensable mais, faute de structure adéquate, on peut proposer un modèle de prise en charge qui s'intègre dans le cadre d'un PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (Pai) et comportant :

- ◆ Un enseignement individualisé quotidien (matin ou après-midi), d'autant justifié par la présence d'un déficit attentionnel et d'un trouble de la mémoire immédiate. Cet enseignement doit se baser sur des méthodes pédagogiques adaptées aux enfants dysphasiques. L'objectif d'un tel enseignement est que l'enfant puisse rattraper son retard à terme, l'expérience montrant que ceci ne peut se faire dans le cadre scolaire habituel.
- ◆ Une rééducation orthophonique intensive quotidienne.
- ◆ Une rééducation neuropsychologique serait un complément indispensable à la rééducation orthophonique.

Ce dispositif pourrait être le même que celui prévu pour M., à l'école primaire de N..., si une dérogation est obtenue, avec l'intervention d'un orthophoniste et celle d'un enseignant qui permettrait l'individualisation nécessaire à l'acquisition des savoirs et au « rattrapage » du retard qui ne peut que se creuser dans le cas d'une prise en charge ordinaire.

Il doit être aussi envisagé un complément d'investigation médicale avec :

- ◆ Un ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAMME (Eeg) de sommeil, d'autant que cet enfant a présenté des épisodes d'énurésie ; si cet Eeg ne fait rien apparaître, il y aurait indication à la prescription de S... pour améliorer les problèmes de mémoire et d'attention.
- ◆ Une IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (Irm).
- ◆ Un test WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN (Wisc III).

Ces investigations doivent apparaître comme des compléments d'information et ne doivent pas retarder la prise en charge préconisée.

## SYNTHÈSE CONCERNANT M., 6 ANS, TROUBLE DU LANGAGE ORAL ET DÉFICIT ATTENTIONNEL

M. est née le 14/07/1998, elle est donc âgée de 6 ans et 4 mois. Elle est née à terme avec un poids de 2 Kg 300. C'est la dernière enfant de la fratrie et elle présente des troubles du langage oral semblables à ceux de ses frères.

Scolarisée depuis l'âge de 2 ans à l'école maternelle de N..., M. a pu bénéficier de l'aide du RÉSEAU D'AIDE SPÉCIALISÉ AUX ÉLÈVES EN DIFFICULTÉ (Rased) dès son entrée à l'école. Aucun soin spécifique n'a pu être mis en place faute de disponibilité au CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE INFANTILE (Cmpi) de N... et, en raison de l'impossibilité des parents, à assumer d'autres accompagnements.

Scolarisée en grande section, M. est adaptée bien que très réactive, souvent agitée et parfois dans le refus. Cependant, elle met en place les compétences attendues, bien que son langage soit souvent incompréhensible en raison de troubles d'articulation et de manque d'organisation du discours.

Un bilan psychologique (KAUFMAN ASSESSMENT BATTERY FOR CHILDREN — K.abc) pratiqué très dernièrement, en juin 2004, fait apparaître une distorsion de 31 points entre processus mentaux, au détriment des processus séquentiels. La mémoire immédiate est handicapée en modalité verbale. La fatigabilité cognitive entraîne une chute de l'attention. Les difficultés lexicales sont majeures et s'accompagnent parfois d'un manque de mot. Le fonctionnement cognitif est han-

dicapé par le manque d'intégration des processus de traitement de l'information.

Un bilan orthophonique a été pratiqué au CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (Chu) de N... en mars 2004. Ce bilan fait apparaître :

- ◆ une pauvreté lexicale (niveau de 3 ans) ;
- ◆ un retard de parole avec un langage agrammatique, une expression très fragmentée (absence de liens syntaxiques), une informativité réduite ;
- ◆ une rétention mnésique exclusivement globale.

Une consultation pratiquée le 03/11/2004 par le docteur N... N... (praticien hospitalier dans le service de n...) fait apparaître que M. présente un trouble du langage oral sévère portant sur l'articulation, la syntaxe et le vocabulaire alors que les acquisitions graphiques sont correctes. Il fait aussi apparaître un problème de TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION (Tda) prédominant et un trouble de la mémoire immédiate contemporaine.

En conclusion, M. présente un Tda et un trouble du langage oral plus qu'un simple retard du fait de la persistance de ses difficultés. Ce trouble nécessite un aménagement de la scolarité et la mise en place urgente d'une rééducation orthophonique intensive.

Une prise en charge adaptée est donc indispensable mais, faute de structure adéquate, on peut proposer un modèle de prise en charge comportant :

- ◆ Un enseignement individualisé quotidien (matin ou après-midi) répondant aux besoins dûs au déficit attentionnel et au trouble de la mémoire immédiate. Cet enseignement doit se baser sur des méthodes pédagogiques adaptées aux enfants dysphasiques et inattentifs. L'objectif d'un tel enseignement est que l'enfant puisse rentrer dans les apprentissages et éviter de créer un retard qui ne peut que se creuser, faute de prise en charge adaptée.
- ◆ Une rééducation orthophonique intensive quasi-quotidienne.
- ◆ Une rééducation neuropsychologique serait un complément indispensable à la rééducation orthophonique.

Ce dispositif pourrait être le même que celui prévu pour les deux frères de M., à l'école primaire de N..., si une dérogation est obtenue pour elle aussi, avec l'intervention d'un orthophoniste spécialiste de ce trouble et celle d'un enseignant qui permettrait l'individualisation nécessaire à l'acquisition de la lecture.

Il doit être aussi envisagé un complément d'investigation médicale avec :

- ◆ UN ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAMME (Eeg) ;
- ◆ UNE IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (Irm) ;
- ◆ Un test WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN (Wisc III).

Cependant, ces investigations doivent apparaître comme des compléments d'information et ne doivent pas retarder la prise en charge préconisée.

En conclusion, les troubles sévères du langage dans cette fratrie, avec antécédents maternels, interpelle sur leur composante familiale (ce qui n'enlève rien à l'importance des perturbations dont souffre chaque enfant), d'autant qu'il existe des antécédents familiaux (mère et sœur de la mère).

Étant données la sévérité des troubles linguistiques de chacun de ces enfants et l'absolue nécessité d'une prise en charge urgente, intensive et individuelle pour chacun d'entre eux, il apparaît indispensable d'aider les parents à répondre aux besoins éducatifs et pédagogiques de leurs enfants.

Pour cela, des prises en charge ont été mises en place mais des mesures autres doivent être prises :

L. a rejoint le dispositif adapté aux troubles neuropsychologiques du collège N... Il bénéficie d'une prise en charge orthopédagogique plus adaptée, mais ne peut bénéficier d'une rééducation neuropsychologique faute de professionnel. Cependant, le prêt d'un logiciel de rééducation est envisagé, en attendant son achat.

Le trouble de M. rentre dans le cadre des déficiences importante du langage et de la parole et il y a nécessité de permettre le financement de la scolarité, des frais de transports et de restauration (environ 150 euros par mois).

Ces frais pourraient être couverts par l'attribution d'une ALLOCATION D'ÉDUCATION SPÉCIALE (Aes) avec au minimum un complément de catégorie 1.

M., O. et P. bénéficient actuellement de la mise en place d'un dispositif spécifique à l'école primaire de N..., faisant intervenir quotidiennement un orthophoniste. La mise à disposition d'un enseignant permettrait l'individualisation nécessaire de l'enseignement pour chaque enfant.

De même que pour leur grand frère L., les deux jumeaux présentent des déficiences importantes du langage et de la parole et des troubles sévères des apprentissages portant sur le langage écrit et le calcul. M. présente un Tda et une déficience importante du langage et de la parole. Les troubles du langage écrit ne se sont pas encore manifestés, car elle vient à peine d'intégrer le COURS PRÉPARATOIRE (Cp).

De la même façon, il y a nécessité de permettre le financement de la scolarité, des frais de transports et de restauration.

Une ALLOCATION D'ÉDUCATION SPÉCIALE (Aes) nécessite d'être attribuée avec un complément au minimum de catégorie 1, car ces enfants entraînent des dépenses d'un montant non négligeable et nécessitent l'aide quotidienne et continue d'une tierce personne.

La situation particulière de ces quatre enfants au sein d'une même famille, dont trois sont déjà en situation d'échec scolaire patent, doit nous inciter à concevoir une prise en charge tout à fait particulière, en tenant compte du fait qu'aucune réponse ne peut être trouvée dans les structures existantes.

L'attribution d'Aes avec complément est indispensable pour chaque enfant pour autoriser une telle prise en charge. Elle est, par ailleurs, d'autant plus justifiée que ces enfants n'ont pas l'autonomie correspondant à celle des enfants de leur âge, nécessitant, hors école, la présence de manière continue de leur mère.

## **SYNTHÈSE CONCERNANT A., 8 ANS, ÉPILEPSIE, TROUBLE DU LANGAGE ORAL, TROUBLE DES APPRENTISSAGES**

A. est un enfant de 8 ans 8 mois qui pose le problème de la prise en charge médico-éducative de troubles neurologiques dont il est affecté.

A. présente un trouble de langage oral sévère s'intégrant dans le cadre d'une épilepsie traitée, actuellement stabilisée et suivie par le docteur N... N....

Si l'épilepsie d'A. est maintenant équilibrée, le trouble de langage oral (dysphasie) que présente cet enfant n'a pu être rééduqué jusqu'en 2002 du fait de la situation géographique de la famille, résidant alors en N..., par défaut de professionnels compétents en matière de troubles langagiers.

A. a été scolarisé en COURS PRÉPARATOIRE (Cp) en France en 2002, cependant que débutait une rééducation orthophonique

Différents bilans furent pratiqués dès 2001, l'enfant ayant alors 7 ans.

Le premier bilan orthophonique révélait alors un déficit langagier massif.

Un deuxième bilan orthophonique fut réalisé dans un cadre hospitalier au CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (Chu) de N..., alors que l'enfant avait 8 ans. Ce bilan révélait une grande labilité attentionnelle (souvent associée aux troubles du langage), un stock lexical qui le situait à un âge de 5 ans 3 mois, un déficit majeur d'encodage phonologique et syntaxique le situant à un niveau de moins de 3 ans pour le versant expressif. L'étude du versant réceptif le situait à un niveau supérieur mais difficile à apprécier, l'enfant n'ayant pu rester suffisamment « attentif » lors de la passation de ce test. Le graphisme est significativement affecté.

L'enfant consulta le docteur N... N... (service de n...), spécialiste reconnu. L'enfant présente un trouble du langage oral à prédominance expressive avec un agrammatisme, cependant que la compréhension est meilleure. La compréhension syntaxique (ÉPREUVE DE COMPRÉHENSION ET D'ORGANISATION SÉMANTICO-SYNTAXIQUE — Ecosse) le situe à un âge de 6 ½ ans. À cela, s'associe un trouble de la mémoire immédiate importante, la mémorisation étant nettement meilleure en lecture et la compréhension d'un texte simple étant acquise.

Au total, A. présente une dysphasie de type expressif qui le handicape fortement pour poursuivre sa scola-

rité puisqu'il présente un trouble des apprentissages nommé aussi *trouble des acquisitions scolaires*. Ces troubles des apprentissages concernent les troubles de l'acquisition de la lecture, de l'acquisition de l'arithmétique, de l'expression écrite, de l'acquisition de l'orthographe, ou les troubles mixtes touchant le calcul et la lecture ou l'orthographe.

Pour mémoire, chez les enfants dysphasiques, les troubles d'apprentissage du langage écrit sont quasi-constants. Par ailleurs, les troubles du langage de type expressif sont souvent associés à un trouble déficitaire de l'attention, ou à un trouble de l'acquisition de la coordination.

Une prise en charge médico-pédagogique la plus adaptée qui soit apparaît indispensable, l'objectif étant que A. puisse réintégrer une classe ordinaire le plus vite possible. Faute de structures adéquates, on peut proposer un modèle de prise en charge comportant :

- ◆ Un enseignement individualisé quotidien le matin ou l'après midi, d'autant plus que l'enfant est déficitaire attentionnel, qu'il présente un trouble de la mémoire immédiate et qu'il ne pourrait profiter pleinement d'un enseignement dans une classe, même à petit effectif, pour l'instant. L'objectif d'un tel enseignement est que l'enfant puisse rattraper son retard à terme, l'expérience montrant que ceci ne peut être effectif dans le cadre scolaire dans lequel l'enfant évolue. Cet enseignement devrait se baser sur des méthodes pédagogiques adaptées aux enfants dysphasiques. Cette particularité de prise en charge serait bénéfique si elle se pratiquait dans l'école qu'a intégré A.
- ◆ Une rééducation orthophonique intensive est indispensable quotidiennement, voire bi-quotidiennement comme cela se pratique dans quelques très rares endroits.
- ◆ Une rééducation neuropsychologique serait un complément indispensable à la rééducation orthophonique mais les professionnels libéraux n'existent pas dans notre département.

Ce type de prise en charge implique que les différents professionnels gravitant autour de l'enfant travaillent en partenariat et que le savoir soit partagé au mieux, pour le bien de l'enfant.

## SYNTHÈSE CONCERNANT J., 8 ANS, DÉFICITAIRE ATTENTIONNEL AVEC HYPERACTIVITÉ

J. est né le 27/05/1995, il a donc maintenant 8 ans et demi, et se pose le problème de la prise en charge des problèmes dont il est affecté.

Ses antécédents médicaux ne font rien apparaître de particulier : l'enfant est né à terme avec un poids de 3 kg 170, la marche est acquise normalement, il n'y a pas de problème de langage oral en dehors d'un problème articulo-phonatoire. On relève tout de même :

- ◆ des troubles du sommeil débutant vers l'âge de 18 mois (endormissement tardif, réveils nocturnes dépendant des stress diurnes) et qui persistent ;
- ◆ un problème de vision des couleurs vers l'âge de 1 ½ ans et qui s'est amendé vers 3 ans ;
- ◆ une énurésie jusqu'à l'âge de 2 ½ ans.

L'enfant rentre en maternelle à l'âge de 2 ½ ans et il est d'emblée considéré comme « turbulent », violent, agressif envers les autres. Il nécessite de façon quasi-permanente la présence de l'enseignante. En 3<sup>ème</sup> année de maternelle, l'enseignant alerte la mère de l'enfant considérant que l'enfant ne « rentre » pas dans les apprentissages et propose une prise en charge orthophonique, psychomotrice et psychothérapique. J. sera pris en charge au CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE (Cmp) du CENTRE HOSPITALIER (Ch) de N... où il bénéficiera d'une rééducation orthophonique (une par semaine), psychomotrice (une par semaine) et psychothérapique (une par semaine). Des problèmes familiaux viennent se greffer (comportement du père dangereux pour sa famille, divorce en cours) et le psychiatre du Cmp considère que le problème de l'enfant est d'ordre psycho-affectif.

À la rentrée 2001-2002, J. passe en COURS PRÉPARATOIRE (Cp) et l'instituteur note que l'enfant nécessite une présence continue, qu'il est très inattentif et turbulent. Ces effets s'amendent lorsque l'enfant est à la tâche devant un ordinateur. L'équipe de l'école propose une réunion avec les professionnels du Cmp, mais ces derniers refusent.

En fin de Cp, J. est en situation d'échec patente : lecture, écriture et calcul ne sont pas du tout acquis, et un redoublement est proposé. Parallèlement, le psychiatre du Cmp propose une orientation vers une structure « spécialisée » et demande à la mère de faire pratiquer un bilan psychologique. Ce bilan, pratiqué en secteur libéral et non remboursé, coûte 130 euros à la mère et conclut à une intelligence préservée, l'enfant n'étant « pas prêt pour les acquisitions ». À la lecture rapide du WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN (Wisc III) pratiqué à l'âge de 7 ans, on note un QUOTIENT INTELLECTUEL VERBAL (Qiv) à 78, un QUOTIENT INTELLECTUEL DE PERFORMANCES (Qip) à 105 et un QUOTIENT INTELLECTUEL GÉNÉRAL (Qig) à 89. Le problème est verbal avec un écart de 27 points, par rapport à la

performance qui se situe au-delà de la normale moyenne. L'attention se porte sur le Qiv où la compréhension est excellente, mais où les autres subtests sont entre moins 1 et moins 2 écarts-type. On note que l'arithmétique est déficitaire, mais peut aisément se comprendre par un déficit de la mémoire immédiate. Il n'y a pas de problème visuo-spatial.

À la rentrée 2002-2003, J. redouble le Cp dans une autre école, en internat. Son dossier est analysé par la COMMISSION DÉPARTEMENTALE D'ÉDUCATION SPÉCIALE (Cdes), qui conseille une orientation vers une structure « spécialisée » précisant à la mère qu'il n'y aura pas de place. Un autre psychiatre est contacté et il propose une orientation vers l'école communale plus le placement en foyer familial de la sauvegarde de l'enfance à N... pour l'éloigner du milieu familial en raison du comportement du père, jugé dangereux. Avis est demandé au juge qui va dans ce sens. À ce moment, il n'y a plus de rééducation orthophonique, ni psychomotrice.

En milieu d'année 2003, J. rejoint donc une autre école la journée, puis intègre le foyer familial le soir. Il est actuellement en COURS ÉLÉMENTAIRE DE PREMIÈRE ANNÉE (Ce1).

Une consultation a été pratiquée le 04/11/2003 par le docteur N... N... (praticien hospitalier dans le service de n... de l'hôpital N...). On note chez cet enfant un TROUBLE DÉFICITAIRE ATTENTIONNEL évident AVEC HYPERACTIVITÉ (Da/Hi), qui semble avoir diminué depuis un an, mais qui reste tout de même encore assez importante, attestée par son comportement pré- et post-évaluation.

La mémoire immédiate est nettement déficitaire avec un empan à peine à 3 pour les chiffres à l'endroit.

Le langage oral est altéré et il faudra vérifier le niveau de compréhension syntaxique par un test de compréhension syntaxique (*ÉPREUVE DE COMPRÉHENSION ET D'ORGANISATION SÉMANTICO-SYNTAXIQUE — Écosse*), de sorte à quantifier son âge de développement syntaxique. De même, il faudra évaluer sa conscience phonologique.

Le niveau de lecture est celui d'un enfant en début de Cp, ce qui fait apparaître un écart de 2,5 écarts-types.

Une évaluation neuropsychologique a été pratiquée en suivant. Le questionnaire de Connors qui avait été pré-rempli est à plus de 75 (78 pour l'enseignant, 81 pour la mère), il est hautement significatif d'un DA/HI, et il est corrélé avec les critères de la quatrième version du DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (Dsm IV) (74-79 pour l'enseignant,

79-81 pour la mère). Il fait apparaître une inattention hautement significative et une hyperactivité et impulsivité modérées. Des tests d'attention sélective, d'impulsivité et d'attention soutenue ont été pratiqués. Au plan du fonctionnement intellectuel général, la différence de 27 points entre le QUOTIENT INTELLECTUEL VERBAL (Qiv) (78, limite) et le QUOTIENT INTELLECTUEL DE PERFORMANCES (Qip) (105, normal-moyen) est statistiquement significative à  $p = 0,05$  et reflète le trouble du langage oral initial toujours en partie présent (trouble de la parole, trouble de la réalisation, trouble de la compréhension de structures syntaxiques complexes sans trouble réel de la compréhension générale du langage simple), s'étant poursuivi par un trouble sévère du langage écrit (atteinte dyslexique mixte et dysorthographe), entraînant un déficit de la compréhension en lecture.

Au total, J. présente un trouble sévère du langage oral et du langage écrit conduisant à un trouble sévère des apprentissages. Ces troubles sont associés à un Da/Hi. Ce Da/Hi d'intensité relativement importante (avec  $Da > Hi$ ) est accompagné d'un trouble d'opposition et d'un trouble anxieux à composante obsessionnelle, trouble anxieux générant, comme classique, une certaine labilité émotionnelle. Enfin, la situation dans laquelle il se trouve n'est pas adéquate.

Une prise en charge plus adaptée est indispensable mais, faute de structure adéquate, on peut proposer un modèle de prise en charge qui s'intègre dans le cadre d'un PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (Pai) et comportant :

- ◆ Un aménagement pédagogique avec enseignement individualisé quotidien le matin, d'autant justifié par la présence d'un déficit attentionnel et d'un trouble de la mémoire immédiate. Cet enseignement doit se baser sur des méthodes pédagogiques adaptées. L'objectif d'un tel enseignement est que l'enfant puisse rattraper son retard à terme, l'ex-

## Annexe : bilan neurologique de J.

Nous avons vu le jeune J. dans le cadre d'une consultation organisée par le docteur N... N... conjointement avec le docteur O... O...

Les éléments neuropsychologiques amenés ici sont donc destinés à l'élaboration d'une synthèse préparée par le docteur. O... O...

Compte tenu des éléments d'information initiale, les données utilisées proviennent du *Wisc III* et du bilan orthophonique à disposition, des éléments biographiques et des échelles et tests suivants : *échelle de Connors enseignant/parent*, *Mesulam*, *Bells'test*, *ANIMAL CONTINUOUS PERFORMANCE TEST (Acpt)* et *TRAIL MAKING TEST (Tmt)*.

périence montrant que ceci ne peut se faire dans le cadre scolaire habituel.

- ◆ Une rééducation orthophonique intensive quotidienne.
- ◆ Une rééducation cognitive des troubles attentionnels, pharmacologique après ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAMME (Eeg) et avis médical. On pourrait faire appel à l'utilisation de l'ordinateur et de logiciels adaptés, d'autant que J. a un goût prononcé pour l'utilisation de matériel informatique, comme beaucoup de ces enfants.
- ◆ Une intervention psychothérapeutique étant donné les facteurs de fragilisation existant.

Par ailleurs, une demande d'exonération du ticket modérateur ayant été obtenue dans le cadre des AFFECTIONS LONGUE DURÉE (Ald) hors liste, une demande d'ALLOCATION D'ÉDUCATION SPÉCIALE (Aes) avec complément de catégorie 2 doit être effectuée. En effet, J. présente une affection sévère, source d'un handicap qui exige de par son état le recours à des soins spécifiques et qui retentit sévèrement sur sa socialisation. Il nécessite l'aide quotidienne et continue d'une tierce personne, et sa mère a dû diminuer son activité professionnelle de 50 % pour assurer la continuité de la prise en charge de son fils qui, par ailleurs, est coûteuse en frais de déplacements.

Des compléments d'investigation ont été pratiqués (Eeg, IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE — Irm) qui sont normaux, et autorisent la prescription d'un traitement adapté pour améliorer les problèmes de mémoire, d'attention et d'hyperactivité et, en conséquence, permettent une scolarisation en milieu ordinaire beaucoup plus facile.

Un bilan orthophonique complet dont un test de compréhension syntaxique (*ÉPREUVE DE COMPRÉHENSION ET D'ORGANISATION SÉMANTICO-SYNTAXIQUE — Ecosse*) a été demandé de sorte à quantifier son âge de développement syntaxique et guider la rééducation.

Au plan du fonctionnement intellectuel général, la différence de 27 points entre le Qiv (78, limite) et le Qip (105, normal-moyen) est statistiquement significative à  $p = 0,05$  et reflète le trouble du langage oral initial toujours en partie présent (trouble de la parole, trouble de la réalisation, trouble de la compréhension de structures syntaxiques complexes sans trouble réel de la compréhension générale du langage simple), s'étant poursuivi par un trouble sévère du langage écrit (atteinte dyslexique mixte et dysorthographe) entraînant un déficit de la compréhension en lecture.

L'échelle de Conners est révélatrice d'un Da/Hi : les sous-échelles spécifiques (B, C, H, I, K, L et M) sont significatives d'un tel trouble mixte tant dans l'évaluation parentale qu'enseignante. En milieu scolaire, la dimension Hi (comprise entre 66 et 70 en score T) est toutefois plus modérée que la dimension Da (score T > 70), cette dernière étant évaluée de façon identique en milieu scolaire et parental.

Ce Da et son intensité sont confirmés tant en modalité visuelle qu'auditive : en modalité visuelle, le *Mesulam* et le *Bells'test* révèlent une dégradation progressive au long des cinq tâches de l'attention soutenue et de l'attention sélective avec persistance d'une désorganisation du balayage visuel et manifestation d'impulsivité se traduisant soit par des erreurs d'impulsion quand le temps de réalisation de la tâche n'est ni trop rapide, ni trop lent, soit par des temps de réalisation très rapide avec un nombre d'erreurs statistiquement significatif. En modalité auditive, la passation de l'Acpt montre la même problématique au niveau de l'attention soutenue et de l'attention sélective, problématique également relevée par le bilan orthophonique et à l'origine vraisemblable des difficultés de fixation/rétention, de mémorisation, se manifestant dans le trouble de la parole relevé dans ce bilan orthophonique. Ce trouble attentionnel en modalité auditive s'est manifesté par des temps de réaction fréquemment « retardement » et par des erreurs d'omission comme de commissions, ces dernières ayant été déjà notées en modalité visuelle. Le HI accompagnant le DA en est, bien sûr, partie prenante.

Étant donnée la frontalité du Da/Hi, nous ne sommes pas surpris qu'au Tmt, de façon tout à fait caractéristique, l'épreuve de correspondance séquentielle ordonnée chiffres/lettres ait été échouée : les premiers termes de la forme adulte de

ce test utilisé étant identiques à ceux de la forme adaptée enfant-adolescent, nous avons pu constater que J. ne dépassait pas les trois premières correspondances. Ce résultat corrobore les difficultés d'organisation et de planification déjà relevées au *Mesulam* et au *Bells'test* (notons que les enfants présentant un DA démontrent presque tous un balayage visuel désorganisé et chaotique).

Par ailleurs, ce trouble s'accompagne des habituels problèmes affectivo-relationnels que les sous-échelles F du Conners *enseignant/parent* évaluent significativement élevés. Un trouble d'opposition apparaît en comorbidité, mais d'intensité plus marquée au sein de la famille qu'en milieu scolaire. Également en comorbidité, il est à noter qu'un trouble anxieux avec défenses obsessionnelles accompagné d'une certaine labilité émotionnelle est évalué d'intensité très significative par le milieu scolaire et limite par la famille, qui met plus l'accent sur l'aspect défensif obsessionnel tout en relevant également des plaintes somatiques significativement élevées.

En conclusion, J. présente un Da/Hi d'intensité relativement importante (avec Da > Hi), accompagné d'un trouble d'opposition et d'un trouble anxieux à composante obsessionnelle, trouble anxieux gênant, comme classique, une certaine labilité émotionnelle.

Une intervention multimodale s'impose à notre sens : orthophonique, rééducation cognitive des troubles attentionnels, pharmacologique après Eeg et avis médical, psychothérapeutique, étant donnés les facteurs de fragilisation existants, guidance parentale et aménagements pédagogiques.

## SYNTHÈSE CONCERNANT C., 10 ANS, DÉFICITAIRE ATTENTIONNEL AVEC HYPERACTIVITÉ

C. est né le 22/07/1994. C'est un enfant de 10 ans 7 mois et 11 jours qui pose le problème de la prise en charge médico-éducative de troubles neurologiques dont il est affecté.

C. est un enfant né à terme avec un poids de naissance de 3 Kg 650 avec une taille de 50 cm et un périmètre crânien de 34 cm. Il tient sa tête à 3 mois, acquiert la position assise à 11 mois, marche à 16 mois. Il fait une convulsion hyperthermique à un an avec un ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAMME (Eeg) témoignant d'un *ralentissement temporel gauche* ainsi que des *éléments pointus*, et l'enfant ne sera pas traité. D'autres crises semblent apparaître un mois après et par la suite, sans cause apparente. L'Eeg, pratiqué à l'âge de 1 an et 3 mois révélait des anomalies temporales gauches plus paroxystiques que sur le premier tracé nécessitant un traitement par S... Une nouvelle crise généralisée survient ensuite à l'âge de 2 ans 11

mois lors d'une hyperthermie sur otite. Un Eeg de sieste pratiqué montrait la *persistance d'une activité paroxystique le plus souvent à type de pointes prédominant dans les régions bi-temporales apparaissant beaucoup moins marquées que sur le tracé précédent*, soit à l'âge de 2 ans 9 mois. Le traitement prescrit est modifié et comporte alors du T...

À côté des problèmes d'épilepsie de cet enfant, la maman s'inquiète des problèmes de coordination de son fils et surtout du langage. À l'âge de 3 ans, C. ne fait pas de phrases, ne nomme pas les images...

L'enfant consulte alors le docteur N... N... au CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (Chu) de N..., il a alors 3 ans et 3 mois. Ce praticien propose d'arrêter le traitement tout en préconisant une surveillance de l'Eeg avec un enregistrement polygraphique de sommeil toute une nuit de façon à *comptabiliser ces anoma-*

lies paroxystiques et de savoir si elles rentrent dans le cadre de ce que l'on voit dans les épilepsies à pointes ondes continues dans le sommeil, de l'ordre de 80 % du sommeil, ou si elles sont moins importantes. D'autres investigations sont pratiquées ; les tests génétiques sont normaux, le scanner révèle tout au plus une discrète asymétrie avec hypodensité un peu plus marquée en occipital gauche.

En deuxième lieu, il est proposé une prise en charge pluridisciplinaire dans un CENTRE D'ACTION MÉDICO-SOCIALE PRÉCOCE (Camps) ou équivalent avec, entre autres, une rééducation psychomotrice.

Depuis cette époque, C. n'a pas présenté de nouvelle crise convulsive.

C. est ensuite pris en charge au CENTRE MÉDICO-PSYCHOPÉDAGOGIQUE (Cmpp) de N... pour un problème considéré comme d'ordre psychomoteur. Il a alors 3 ½ ans. Il bénéficie de séances de psychomotricité, une fois par semaine, pendant trois ans, de l'âge de 3 ½ ans à l'âge de 6 ½ ans. Devant un problème de langage détecté à l'école, il va aussi bénéficier d'une rééducation orthophonique, une fois par semaine, pendant 5 ans, de l'âge de 4 ans et 3 mois à l'âge de 9 ans et 3 mois. C. présentant des « crises de colère », il sera, sur avis d'un pédopsychiatre consulté, évalué à l'hôpital N... pendant une semaine, puis non pris en charge, le pédopsychiatre consulté ne voyant pas la nécessité d'une psychothérapie.

C. sera réévalué à l'âge de 4 ans et 8 mois au Chu de N... pour pratiquer un Eeg et une appréciation de ses capacités cognitives. L'Eeg révèle que les anomalies paroxystiques ne rentrent pas dans le cadre des pointes ondes continues dans le sommeil. Le bilan orthophonique révèle un trouble du langage oral touchant à la fois l'expression et la réception avec un niveau de dénomination à - 6 écarts-types et de compréhension à - 4 écarts-types, témoignant de *troubles plus globaux*. Il est aussi noté des difficultés dans le domaine visuo-constructif et il est conclu que le trouble du développement de cet enfant est en rapport avec une affection expliquant à la fois l'épilepsie et le trouble du développement.

Un nouvel Eeg pratiqué à l'âge de 6 ½ ans est quasiment normal.

C. consulte ensuite à l'hôpital N... à l'âge de 7 ans 8 mois. Il est noté que, à son domicile, C. est impulsif, coléreux, supporte mal la frustration. L'examen psychologique révèle un enfant de bon contact mais anxieux puis, quand il est rassuré, coopérant et souriant. Son efficacité intellectuelle globale le situe dans la zone de déficience cognitive moyenne sans dissociation interscalaire significative. Il est dommage que nous ne possédions pas le détail du test. Il est noté un retard graphique important. L'examen du langage révèle un trouble articulo-phonatoire, un stock lexical d'un enfant de 6 ans, un niveau de compré-

hension syntaxique d'un enfant de 5 ½ ans (soit - 2 écarts-types), des séquelles de retard de parole et un trouble phonologique à la répétition. La rétention verbale immédiate est faible (5 ans). Il est noté un trouble du langage écrit. Sur un plan psychomoteur, le retard est global avec surtout des difficultés plus marquées dans le domaine du graphisme et de l'organisation spatiale (niveau 3-3 ½ ans). Il n'y a pas de trouble de la personnalité et son retard cognitif est considéré comme moyen.

Ce bilan a été effectué alors que C. a 7 ans 8 mois et alors qu'il a bénéficié d'une rééducation psychomotrice pendant 3 ans (de 3 ½ ans à 6 ½ ans) et d'une rééducation orthophonique depuis l'âge de 4 ans 3 mois, soit depuis plus de 3 ans.

C. entre en maternelle à l'âge de 3 ans, puis son parcours scolaire satisfaisant, semble-t-il jusqu'en dernière année de maternelle (1999-2000) où l'école constate que l'enfant « ne suit pas » et propose à la mère de l'orienter vers une CLASSE D'INTÉGRATION SCOLAIRE (Clis) où l'enfant cohabiterait avec 6 enfants trisomiques et 3 enfants « comme » C. La mère refuse, et l'enfant redouble la grande section de maternelle dans une école privée (2000-2001).

C. effectue ensuite son cursus scolaire en classe de perfectionnement, où il se trouve encore actuellement, soit 3 ½ ans.

C. est un enfant sympathique et coopérant. Il a bénéficié de différentes investigations récentes en 2002 qui révèlent :

- ♦ La lecture des subtests du WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN (Wisc III) révèlent un profil hétérogène qui viennent infirmer ce qui avait été noté précédemment, l'examinatrice se basant uniquement sur la note globale du test et écrivant que l'efficacité intellectuelle globale le situait *dans la zone de déficience cognitive moyenne*.
- ♦ L'interprétation des subtests révèle que l'intelligence de C. est préservée avec de bons processus d'abstraction et de bonnes capacités d'adaptation. Il a du bon sens, une intelligence pratique bien développée, une bonne intelligence visuelle, une logique concrète et un bon raisonnement.

Les *points faibles* concernent un manque de contrôle visuo-moteur et une mauvaise représentation spatiale, des traces d'immaturité perceptive, un défaut de méthode et d'organisation et une mauvaise mise en jeu de l'organisation spatiale de l'image de son corps.

Les *points très faibles* concernent la mémoire immédiate, la mémoire à long terme, les acquis d'ordre culturels dont scolaires, le savoir scolaire, un déficit de mémoire visuelle, de capacité de concentration et d'aptitude perceptivo-motrice, une absence des

connaissances mathématiques de base et une grande difficulté à opérer mentalement, des difficultés graphiques et de perception du temps.

- ◆ Le bilan orthophonique révèle que C. présente un trouble sévère mixte du langage oral portant sur la compréhension et l'expression associé à un trouble sévère du langage écrit et du calcul. Un trouble de la coordination motrice persiste, évident cliniquement et qui affecte aussi la sphère bucco-faciale.
- ◆ Un bilan neuropsychologique pratiqué récemment révèle que C. présente un trouble mixte DÉFICIT ATTENTIONNEL/HYPERACTIVITÉ-IMPULSIVITÉ (Da/Hi). S'y associe un trouble important d'opposition d'intensité maximale en milieu scolaire et hautement significative au sein de la famille. Bien entendu, l'ensemble de ces troubles génère des problèmes affectivo-relationnels très marqués. De plus, comme il est d'observation classique, des affects de la série anxio-dépressive apparaissent en effets secondaires et nécessitent une prise en charge psychothérapique.

Ainsi, les points faibles et très faibles révélés par le bilan psychométrique s'expliquent parfaitement, car ils s'intègrent dans le cadre des conséquences des troubles langagiers, des troubles visuo-spatiaux et des troubles déficitaires attentionnels que présente C. L'ensemble des troubles ont, certes, été longuement rééduqués mais de façon très insuffisamment intensive et pas de façon totalement adaptée. Ces troubles sont tels que l'enseignement proposé n'a pu être efficace et que C. présente actuellement un retard scolaire de 3 1/2 ans.

C. souffre actuellement de sa situation d'échec et actuellement, une pression est exercée par la psychologue scolaire pour orienter cet enfant vers une Clis tout en indiquant, par ailleurs, que la famille doit se préparer à l'orientation vers un centre spécialisé.

Au total, C. est un enfant intelligent qui présente un trouble du langage oral et écrit associé à un trouble de la coordination motrice plus un Da/Hi. Ces troubles instrumentaux, sévères et complexes, sont tels qu'ils entraînent une situation d'échec scolaire patente : âgé de 10 ans et 7 mois, C. a un âge scolaire réel d'un enfant de 7 ans situant son retard scolaire actuel de 3 1/2 ans (- 3,5 écarts-types). Son niveau scolaire actuel est celui d'un enfant de début de COURS

ÉLÉMENTAIRE DE PREMIÈRE ANNÉE (Ce1) pour la lecture et de début de COURS PRÉPARATOIRE (Cp) pour le calcul.

Les troubles instrumentaux que présente C. s'intègrent parfaitement dans le cadre de la circulaire n°2002-024 du 31/01/2002 et concernant la *mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit* où l'on peut lire au chapitre *définitions : les troubles spécifiques du langage oral et écrit (dysphasies, dyslexies) qui font l'objet de cette circulaire sont à situer dans l'ensemble plus vaste des troubles spécifiques des apprentissages qui comportent aussi les dyscalculies (troubles des fonctions logico-mathématiques), les dyspraxies (troubles de l'acquisition de la coordination) et les troubles attentionnels avec ou sans hyperactivité.*

La prise en charge actuelle est inadaptée et l'orientation vers une Clis ou vers un centre « spécialisé » n'apparaît pas adaptée et ne ferait que pérenniser cette situation. Il y a lieu de proposer une prise en charge spécifique médico-pédagogique la plus adaptée qui soit à l'enfant similaire à celle qui a été conduite dans des cas similaires, avec des résultats probants.

Cette prise en charge se ferait dans le cadre d'un PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (Pai), l'objectif étant que l'enfant puisse rattraper son retard, puisse rentrer dans les apprentissages jusqu'au maximum de ses possibilités. On peut donc proposer un modèle de prise en charge comportant :

- ◆ Un enseignement individualisé, d'autant justifié par les troubles de concentration et de mémoire présentés par C. L'objectif d'un tel enseignement est que l'enfant puisse rattraper son retard à terme, l'expérience montrant que ceci ne peut être effectif dans le cadre scolaire dans lequel l'enfant évolue. Cet enseignement devrait se baser sur des méthodes pédagogiques adaptées aux troubles qu'il présente en partenariat avec l'orthophoniste qui rééduque cet enfant. Cette particularité de prise en charge serait bénéfique si elle se pratiquait dans l'école. Des enseignants retraités pourraient remplir cette fonction.
- ◆ Une rééducation orthophonique intensive est indispensable quotidiennement jusqu'à acquisition d'un niveau de compétences de son âge réel.
- ◆ Un soutien psychothérapique.

## SYNTHÈSE CONCERNANT B., 11 ANS, DÉFICIT ATTENTIONNEL, TROUBLE DES APPRENTISSAGES

B. est un enfant de 11 ans et 6 mois qui pose le problème de la prise en charge médico-éducative d'un trouble des apprentissages. Ses « difficultés » portent sur la lecture, l'écriture, l'orthographe et le calcul faisant qu'il doit être considéré comme présentant un *trouble des apprentissages non spécifié* (F 81.9 selon la dixième version de la CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES ET DES PROBLÈMES DE SANTÉ CONNEXES — Cim 10 — , 315.9 selon la quatrième version du *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS* — Dsm IV).

B est né à terme le 04/07/1993 et pesait 3 Kg 190. Il a marché à un an et, l'on note un problème de retard de langage dès l'école maternelle qu'il intègre à l'âge de 2 ans et 2 mois. Vers l'âge de 3 1/2 ans, le langage se compose de mots uniquement cependant que les phrases structurées apparaissent vers 4 ans. Dans les antécédents familiaux, on retrouve la notion de dysorthographe chez le père et chez le frère du père.

B. se présentait comme un enfant à tendance « hyperactive », mais le psychologue scolaire n'en dit pas plus. L'enfant bénéficie d'une psychothérapie pendant 2 à 3 ans, sans effet sur le langage ni les apprentissages. Dans son parcours, on note qu'il accomplit 4 années de maternelle, qu'il débute une rééducation orthophonique en fin de COURS ÉLÉMENTAIRE DE DEUXIÈME ANNÉE (Ce2) à raison de deux séances par semaine, puis qu'il arrive sans redoubler jusqu'au COURS MOYEN DE DEUXIÈME ANNÉE (Cm2) qu'il redouble cette année. On relève aussi qu'en COURS PRÉPARATOIRE (Cp), l'enfant n'entrant pas dans la lecture, la maîtresse lui pinçait le cou « pour que ça rentre ». En COURS ÉLÉMENTAIRE DE PREMIÈRE ANNÉE (Ce1), le maître change d'attitude : il considère que l'enfant « veut le charmer, mais avec lui ça ne marche pas », que l'enfant « ne veut rien faire », et l'on apprend que l'enfant est giflé fréquemment le maître signifiant à la famille qu'il perdait son sang-froid. Ce même maître décide unilatéralement de « montrer » l'enfant à la psychologue scolaire. On relève, cependant, qu'en Ce2 un autre maître fait part de ses inquiétudes à la famille et aide efficacement l'enfant.

Différents bilans furent pratiqués dès 2003, B. ayant alors 10 ans :

- ◆ un bilan neuropsychologique révélait alors une dyslexie-dysorthographe-dyscalculie sévère, cependant que son intelligence est préservée et qu'il y a un trouble de la mémoire de travail ;
- ◆ un deuxième bilan orthophonique portant sur le langage écrit confirme la dyslexie-dysorthographe sévère au regard de ses potentialités intellectuelles de bonne qualité ;
- ◆ enfin, une consultation hors département auprès d'un médecin spécialiste de tels troubles révèle un retard de développement

du langage oral, des compétences intellectuelles préservées, un niveau de calcul et de lecture et d'orthographe de niveau Ce1 faible, les troubles observés rentrant dans le cadre des grandes dyslexies connues soit phonologiques soit visuo-attentionnelles. Un complément de bilan est proposé du type KAUFMAN ASSESSMENT BATTERY FOR CHILDREN — K.abc.

La conclusion apportée est celle de troubles complexes des apprentissages non liés à une déficience mentale qui touchent le langage écrit et le calcul. Il est noté ici des difficultés comportementales qui n'avaient été notées par ailleurs.

Au cours de l'année 2004 est mis en place un contrat d'ADAPTATION ET D'INTÉGRATION SCOLAIRE (Ais) avec enseignement individualisé deux matinées par semaine via un enseignant de l'ASSOCIATION POUR LE SOUTIEN DE L'ENSEIGNEMENT AUX ENFANTS MALADES (Assem). Une rééducation orthophonique est entreprise quatre fois par semaine au début, puis deux fois par semaine à partir du mois de novembre sous prétexte que B. était « saturé ». La famille parle de « rééducation non adaptée » et d'« ordre plutôt psychothérapique ».

À la rentrée scolaire de l'année 2004-2005, le contrat d'Ais n'est pas reconduit, l'école change de directeur, lequel propose d'emblée l'orientation vers une SECTION D'ENSEIGNEMENT GÉNÉRAL ET PROFESSIONNEL ADAPTÉ (Segpa) pour l'année suivante.

Une consultation pratiquée le 05/11/2005 par le docteur N... N... fait apparaître :

- ◆ Des séquelles de retard de langage oral.
- ◆ Un trouble déficitaire de l'attention et un trouble de la mémoire immédiate, son niveau de mémorisation étant celui d'un enfant de moins de 8 ans. Son intelligence est préservée (WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN — Wisc III —, Madame N..., psychologue scolaire) et ses potentialités sont réelles (QUOTIENT INTELLECTUEL DE PERFORMANCES — Qip — à 91) et le test confirme l'existence de troubles de l'attention-concentration sévère (mémoire des chiffres à 3 ce qui correspond à un l'âge d'un enfant de 6 ans 2 mois).
- ◆ Un trouble de la lecture qui est syllabique et lente sans problème de compréhension. La voie d'assemblage qui était déficitaire (qui reste à être confortée) est pratiquement acquise mais pas la voie d'adressage. La dyslexie, de phonologique, est devenue une dyslexie de surface.

- ◆ Un trouble du calcul authentifié lors de la passation du *Wisc III* avec une note en arithmétique à 3, soit un âge réel de 7 ans 6 mois.

Le niveau scolaire réel de B., qui a 11 ans et demi, le situe à un niveau de Ce1, au lieu de Ce1 « faible » comme lors de l'évaluation faite fin juillet 2003. Son retard scolaire est maintenant de 4 ans et on peut donc considérer qu'il n'a pratiquement réalisé aucun progrès au cours de l'année 2004.

Par ailleurs, il est noté que cet enfant manque de confiance en lui, est en souffrance avec une grande sensibilité à l'échec.

Ainsi, B. est un enfant intelligent aux capacités intellectuelles préservées qui est en situation d'échec scolaire patent par le fait d'un trouble sévère des apprentissages se manifestant par une dyslexie-dysorthographe-dyscalculie et le situant à un niveau scolaire d'enfants de 7 ans. À ces troubles du langage écrit et du calcul, s'associe un trouble déficitaire de l'attention et un trouble de la mémoire immédiate.

Les compétences de B. ont été évaluées par cinq professionnels médicaux et para-médicaux et pour lesquels les avis concordent.

L'orientation proposée par le directeur de l'école ne peut permettre d'améliorer les performances de B. qui sont nettement au-dessous du niveau escompté, compte tenu de son âge, de son niveau scolaire et de son niveau intellectuel puisque B. a un âge scolaire du niveau d'un enfant de 7 ans, soit plus de 4 ans d'écart par rapport à la moyenne (4 DS).

Une prise en charge médico-pédagogique la plus adaptée qui soit apparaît indispensable pour permettre à B. d'aller au maximum de ses apprentissages.

Une solution consisterait à d'intégrer une structure secondaire récemment créée et bien mieux adaptée aux problèmes qu'il présente, mais se pose le problème de la distance domicile-collège et des transports.

Une autre solution, pour l'an prochain, est de permettre son intégration dans un collège avec amé-

nagement de l'emploi du temps et enseignement individualisé pour les matières « essentielles » (français, mathématiques). Pour mémoire, il était mentionné par un médecin spécialiste qu'un enseignement individualisé aurait l'avantage de travailler sur des éléments précis, l'intégration en milieu ordinaire étant par ailleurs indispensable pour sa socialisation.

Pour l'année qui s'écoule, il faut poursuivre la rééducation orthophonique intensive entreprise il y a peu de temps, et tenter d'amener les enseignants à entreprendre un enseignement individuel le plus souvent possible, en lien avec l'orthophoniste.

Pour l'an prochain, on peut proposer un modèle de prise en charge s'intégrant dans le cadre d'un PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (Pai) et comportant :

- ◆ Un enseignement individualisé quotidien (matin), d'autant justifié par la présence d'un déficit attentionnel et d'un trouble de la mémoire immédiate. L'objectif d'un tel enseignement est que l'enfant puisse rattraper son retard à terme, l'expérience montrant que ceci ne peut se faire dans le cadre scolaire habituel.
- ◆ Une rééducation orthophonique intensive quotidienne et tenant compte des éléments fournis par les différentes évaluations dont la plus récente.
- ◆ Une rééducation neuropsychologique serait un complément indispensable à la rééducation orthophonique.

Il doit être aussi envisagé un complément d'investigation médicale avec un ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAMME (Eeg), qui, s'il ne fait rien apparaître, pourrait conduire à la prescription de S... pour améliorer les problèmes de mémoire et d'attention.

Enfin, il est procédé à une demande d'ALLOCATION D'ÉDUCATION SPÉCIALE (Aes) avec un complément de catégorie 1 du fait de la nécessité de la présence d'une tierce personne de façon discontinue. En effet, B. n'a pas acquis une autonomie suffisante pour les nécessités de la vie quotidienne par rapport à un enfant de son âge et fait l'objet de frais d'éducation supplémentaires non négligeables actuellement supportés par la famille et qui n'apparaîtraient pas si l'enfant était autonome.

## SYNTHÈSE CONCERNANT L., 15 ANS, DYSLEXIE-DYSORTHOGRAPHIE, DYSPRAXIE

L. est un jeune homme de 15 ans, actuellement en seconde, qui pose le problème de la prise en charge médico-éducative de troubles dont il est affecté.

L. a présenté une anoxie passagère liée à une strangulation par circulaire du cordon à la naissance, ayant motivé une prise en charge en service de réanimation pendant 3 mois.

En conséquence, le développement de L. s'est fait difficilement avec une marche tardive (2 ans), un langage apparaissant à 2 ans et les premières phrases vers 5 ans.

L. a bénéficié pendant un an d'une rééducation orthophonique à l'âge de 6 ans.

L. est à noter la survenue d'un épisode convulsif vers l'âge de 6 ans et la présence d'une otite chronique depuis la naissance mais qui ne semble pas affecter l'audition.

L. a bénéficié de différentes évaluations dont un test psychométrique et une consultation auprès du docteur N... N..., récemment. De ces évaluations, il ressort différents éléments :

- ◆ Il présente un QUOTIENT INTELLECTUEL (Qi) tout à fait satisfaisant (107) mais on note une que le QUOTIENT INTELLECTUEL VERBAL (Qiv) de 118 est significativement supérieur au QUOTIENT INTELLECTUEL DE PERFORMANCES (Qip) de 98. Ce premier indice soulève l'hypothèse diagnostique d'une dyspraxie avec donc troubles visuo-spatiaux et qui est attestée par différentes épreuves relativement échouées . On relève une relative *lenteur* dans les épreuves manuelles, un manque de rapidité sur le plan de la coordination visuo-motrice et graphique, des difficultés d'orientation temporo-spatiale. et un déficit attentionnel associé ;
- ◆ Il présente un trouble de la mémoire immédiate.
- ◆ Il présente un trouble de la lecture et de l'écriture s'intégrant dans le cadre d'une dys-

### Bilan neuropsychologique de L.

J'ai vu L. (né le 15/05/1989) à la demande du docteur N... N..., afin de compléter les évaluations neuropsychologiques déjà effectuées. Compte tenu des éléments à disposition, je me suis centré sur les fonctions attentionnelles dans leur dimension *intensité* et *sélectivité*, sur les fonctions mnésiques (empan mnésique visuel et mémoire verbale/sémantique en modalité visuelle), sur la vitesse perceptuelle visuelle, l'orthographe de mots ainsi que sur un certain nombre d'habiletés visuo-spatiales.

Les outils utilisés ont été les tests informatisés de performance initiale de la batterie logicielle *Rééduc* de M. Pepin, *PhD*, et M. Loranger, *PhD*, Université Laval à Québec.

Les résultats obtenus révèlent de bonnes capacités en attention soutenue (100 %), mais une attention partagée (78 %), une attention sélective et une attention sélective visuo-spatiale (57 %) méritant une intervention rééducative. Le déficit attentionnel relevé lors des précédents bilans porte donc essentiellement sur cette dimension sélectivité des processus attentionnels.

Au plan mnésique, l'empan mnésique visuel est à 96 % et la mémoire verbale visuelle à 94 %. Ces résultats contrastant avec le trouble de la mémoire immédiate relevé lors d'un précédent bilan, il conviendrait de vérifier si l'évaluation de cette mé-

lexie-dysorthographe qui accompagne ici des troubles dyspraxiques. La compréhension du texte lu est altérée alors que ses capacités de compréhension et de résolution mentales sont efficaces.

L. doit faire de notables efforts de concentration et une application supérieurement à la moyenne pour accomplir les tâches qui lui sont demandées malgré son intelligence et son humour. Sa lenteur le pénalise fortement.

Tout cela s'intègre dans le cadre de l'affection dont il est atteint et qu'il a compensé en partie, mais au prix d'efforts importants.

Un mode de prise en charge adapté devrait lui permettre de l'aider à compenser ses difficultés et différentes propositions pourraient être faites pour l'année prochaine. Mais, avant cela, d'autres évaluations doivent être faites :

- ◆ un ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAMME (Eeg) standard ;
- ◆ une IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (Irm) avec séquences en *T1* et *T2* ;
- ◆ un bilan neuropsychologique.

moire immédiate n'était pas en modalité auditive, type subtest mémoire de chiffres du WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN REVISED (Wisc R). Ce serait alors la modalité auditive qui serait problématique. Il n'y aurait d'ailleurs rien de surprenant de ce point de vue là, étant donnés les problèmes connus d'encodage phonologique présentés par les dyslexiques.

La vitesse perceptuelle visuelle est à 57 %, confirmant la lenteur générale relevée par ailleurs. Une rééducation serait ici aussi souhaitable.

Du côté des habiletés visuo-spatiales, il faut noter des difficultés dans les relations spatiales (78 %) avec orientation spatiale (94 %) et indépendance de champ (100 %) préservées. La reconnaissance de forme est à 87 %, mais au prix d'une grande lenteur de réalisation de chaque item. Ce dernier test mobilisant essentiellement, par la nature de sa tâche, l'analyse des relations spatiales entre des traits formant un réseau géométrique, ce sont bien les difficultés relevées dans ce dernier domaine qui ont été responsables de la grande lenteur d'exécution. Mais la bonne performance montre aussi combien L. peut compenser ses faiblesses et finir par réussir pour peu qu'on lui en laisse le temps.

L'orthographe de mots enfin donne un 84 % tout à fait honorable avec beaucoup d'hésitations toutefois

témoignant d'une non-automaticité d'application des règles élémentaires d'orthographe de mots, ce qui n'est guère étonnant dans le contexte de sa dysorthographie en cours de rééducation.

En conclusion, au sein d'une dyslexie-dysorthographie à laquelle se trouve associée, comme souvent, une dyspraxie visuo-constructive, ainsi qu'une len-

teur de la vitesse de traitement de l'information visuelle, L. possède un certain nombre d'habiletés cognitives de base performantes sur lesquelles pourrait utilement s'appuyer une rééducation neuropsychologique des habiletés plus en retrait, laquelle rééducation nous apparaît nécessaire afin d'optimiser ces habiletés cognitives là.

## SYNTHÈSE D'A., 12 ANS, DÉFICIT ATTENTIONNEL ET HYPERACTIVITÉ

A. est un enfant né le 18/09/1993. Il a donc actuellement 12 ans et 6 mois, et il pose un problème médico-éducatif.

A. avait été diagnostiqué comme présentant un syndrome hyperkinétique majeur associé à un déficit attentionnel et des troubles de la coordination motrice (dyspraxie) dès l'âge de 4 1/2 ans au CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (Chu) de N... Il avait été prescrit de la S... et une rééducation psychomotrice pour améliorer le développement des activités praxiques, du graphisme et des activités constructives.

Le parcours scolaire d'A. comporte trois années en école maternelle, deux mois en classe ordinaire de COURS PRÉPARATOIRE (Cp) puis dans une classe d'adaptation, un début de COURS ÉLÉMENTAIRE DE PREMIÈRE ANNÉE (Ce1) dans la même école jusqu'en novembre 1999 où l'enfant rejoint l'INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE (Imp) type 8 de N... , en Belgique, jusqu'en mars 2004, date à laquelle la famille quitte le Nord de la France pour habiter à N...

Pour mémoire, il faut savoir que l'Imp belge de type 8 est l'équivalent d'une école-centre de soins destinée aux enfants présentant un trouble des apprentissages et dont le seul équivalent français se situe à Orpierre (Hautes Alpes), établissement-pilote. Dans ce type de structure, les classes sont à petit effectif, l'enseignement est adapté aux troubles que présentent les enfants, il est parfois individualisé. Des soins sont prodigués (rééducation orthophonique intensive, psychomotricité, psychothérapie...). L'objectif y est de permettre à l'enfant de réintégrer le milieu scolaire ordinaire.

A. va poursuivre sa scolarité à l'école primaire de N... Il est actuellement en COURS MOYEN DE DEUXIÈME ANNÉE (Cm2). Son niveau scolaire n'est pas celui d'un enfant de son âge. La lecture du livret d'évaluation du cycle 3 fait apparaître des points faibles pour l'évaluation faite en Cm2 :

- ◆ En français. Tous les items cités ont obtenu la note de 3 (*en cours d'acquisition*) et concernent la présentation d'un texte correctement (paragraphes, majuscules, minuscules), la connaissance des prépositions, conjonctions, adverbes, complément du verbe, attribut, épithète, complément de

nom, emploi du mode et du temps qui conviennent, conjugaison (présent, passé simple, passé composé), l'écriture de façon soignée *en respectant les normes de l'écriture et en améliorant sa vitesse*, la copie de texte en un temps donné et sans erreur, la ponctuation correcte, l'identification des phrases verbales et nominales, les différents éléments d'une phrase, les phrases construites par juxtaposition, coordination ou subordination, la reconnaissance des noms et des verbes. On constate que les notes obtenues aux items cités (3 = *en cours d'acquisition*) sont identiques à celles retrouvées en COURS ÉLÉMENTAIRE DE DEUXIÈME ANNÉE (Ce2), qu'il n'y a donc eu aucune amélioration.

- ◆ En mathématiques. Tous les items cités ont obtenu la note de 3 (*en cours d'acquisition*) et concernent la comparaison, le rangement, l'addition, la soustraction des nombres décimaux, la multiplication d'un nombre décimal par un nombre entier (même si A. reconnaît les chiffres), l'évaluation en ordre de grandeur, l'interprétation des tableaux, diagrammes, graphiques, la maîtrise du vocabulaire géométrique de base. Le losange n'est pas acquis (normalement acquis à 7 ans) et le triangle non plus. Sont aussi concernées les unités de masse, de durée et la mesure d'une durée. On constate que les notes obtenues aux items cités (3 = *en cours d'acquisition*) sont identiques à celles retrouvées en Ce2, qu'il n'y a donc eu aucune amélioration.
- ◆ Dans les autres matières. Tous les items cités ont obtenu la note de 3 (*en cours d'acquisition*) et concernent la réalisation d'activités corporelles et gestuelles, l'expérimentation des opérations plastiques simples, le respect du règlement collectif, l'exercice de ses responsabilités personnelles, l'organisation du travail, la gestion du temps et la présentation du travail avec rigueur, clarté et précision, corrige et améliore la qualité de ses productions. On constate que les notes obtenues aux items cités (3 = *en cours d'acquisition*) sont identiques à celles retrouvées en COURS ÉLÉMENTAIRE DE

DEUXIÈME ANNÉE (Ce2), qu'il n'y a donc eu aucune amélioration.

On lit par ailleurs qu'A. comprend parfaitement le texte qu'il lit, qu'il est capable de prélever des informations ponctuelles, choisit l'outil nécessaire à un but recherché et présente un avis personnel et argumenté sur ce qu'il a lu, réutilise en les structurant les connaissances acquises par l'étude des différents types de textes rencontrés en lecture pour écrire un récit complet, utilise tous types de discours et utilise à bon escient les divers registres de langage, expose une idée et prend part à un dialogue, est compétent en numération, possède une technique opératoire pour les nombres entiers (pas pour les nombres décimaux), peut utiliser des outils usuels pour construire quelques figures planes et quelques solides, fait preuve de créativité, de curiosité, recherche les informations, les analyse, les synthétise et les expose.

A. a bénéficié d'un bilan orthophonique et d'un test psychométrique (WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN — WISC III) :

- ◆ Il a une intelligence préservée, mais la passation du Wisc III a été jugée *invalidante* du fait de son déficit attentionnel sévère et de son hyperactivité très marquée. Il est noté que *le trouble au niveau des apprentissages est déjà bien installé* et que *la prise en charge actuelle ne semble pas suffisante, une orientation dans un établissement type INSTITUT DE RÉADAPTATION (Ir) semble tout à fait souhaitable*.
- ◆ Il a un niveau langagier (langage oral) d'un enfant de son âge. Il a un bon accès à la lecture, sa vitesse de lecture est celle d'un enfant de Cm2. La compréhension morphosyntaxique est cependant altérée, et c'est la voie d'assemblage (phonologique) qui est altérée pour la lecture, le situant à - 2 écarts-types en dessous de la moyenne. En dictée de texte, les scores obtenus le situent à - 2 écarts-types en dessous de la moyenne Cm2. Ses compétences en lecture sont nettement supérieures à celles en production écrite et, finalement, il a un trouble du langage écrit de type phonologique avec une conscience phonologique faible, de type lexical en production avec un trouble de l'accès au stock de formes orthographiques.
- ◆ Il a les compétences mnésiques d'un enfant de Cm2 mais il reste inattentif avec un score de - 1 écart-type par rapport à la moyenne Cm2.

Au total, A. est pénalisé par :

- ◆ le problème de comportement lié à son hyperactivité ;
- ◆ un trouble mixte du langage écrit et un trouble du calcul.

Cette synthèse révèle, à l'évidence, que cet enfant ne présente pas de déficience intellectuelle. Sans vouloir « médicaliser » le problème scolaire d' A. en retard scolaire évident, se pose le problème de son orientation.

Monsieur N..., inspecteur de l'éducation nationale, et la commission qu'il représente, pensent qu'A. n'a pas sa place à l'école, qu'il doit être orienté en Ir, du fait de son trouble du comportement.

À l'heure où se dessine une politique d'intégration d'*enfants handicapés* et où il est recommandé de mettre en place des PROJETS D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (Pai) pour les enfants affectés par un trouble spécifique, en particulier du langage écrit (cf. Patrice Couteret, *Réadaptation*, n° 486, janvier 2002, p. 34-37), il n'apparaît pas justifié d'orienter A. en Ir pour plusieurs raisons :

- ◆ Il ne présente pas un trouble du comportement isolé. Il s'agit d'un problème de comportement lié à l'affection dont il souffre.
- ◆ Il présente aussi un trouble des apprentissages nécessitant une rééducation orthophonique intensive associée à un enseignement individualisé à temps partiel pour les matières faibles de sorte à ce qu'il rattrape son retard scolaire. Il n'est pas possible de proposer une telle prise en charge en Ir.
- ◆ Les enfants et adolescents intégrés en Ir représentent une population plutôt hétérogène, et A. aurait de fortes chances de ne tirer aucun bénéfice d'une telle institutionnalisation. À l'inverse, il risquerait de faire comme les enfants qui intègrent ces structures c'est-à-dire « copier les pathologies avoisinantes », si l'on en croit ce que rapportait le directeur d'un Ir.

Un Pai en collège apparaît la meilleure solution pour l'année prochaine, et c'est aussi le souhait de la mère de l'enfant. A. est un enfant « malade », dont les problèmes rentrent tout à fait dans le cadre de la circulaire du 7 février 2002 qui concerne la *mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit*. Si on s'en réfère à la définition des troubles, il est écrit : *les troubles spécifiques du langage oral et écrit (dysphasies, dyslexies) qui font l'objet de cette circulaire sont à situer dans l'ensemble plus vaste des troubles spécifiques des apprentissages qui comportent aussi les dyscalculies (troubles des fonctions logico-mathématiques), les dyspraxies (troubles de l'acquisition de la coordination) et les troubles attentionnels avec ou sans hyperactivité...*

On peut proposer que soit mis en place un Pai dans lequel soient prévus :

- ◆ une rééducation orthophonique quotidienne pendant le temps scolaire ;

- ◆ un aménagement de l'emploi du temps avec enseignement individualisé à temps partiel qui pourrait être prodigué par un enseignant bénévole pour les maths et le français ;

- ◆ l'aide d'un auxiliaire de vie scolaire.

## SYNTHÈSE CONCERNANT F., 10 ANS, DYSPHASIE MNÉSIQUE

F est un enfant de 10 ½ ans, né le 11/10/1990, qui pose le problème de la prise en charge médico-éducative de troubles dont il est affecté.

Voici son parcours :

**1°.** Scolarisé en maternelle, F. est considéré comme *autiste* par un enseignant, ceci n'étant pas confirmé par le psychologue scolaire. En troisième année de maternelle sont notés des écarts de langage et des problèmes de comportement. La COMMISSION DE CIRCONSCRIPTION DE L'ENSEIGNEMENT PRÉ-SCOLAIRE ET ÉLÉMENTAIRE (Ccpe) se réunit en fin d'année, le 10/06/1996, et décide d'un maintien en maternelle car, s'il est noté que cet enfant est *en évolution*, il est écrit que *son niveau de compétences, son immaturité et son manque de confiance en soi ne permettent pas d'envisager pour lui une classe de COURS PRÉPARATOIRE (Cp) sans un risque réel d'échec*. Par ailleurs, il est proposé *une aide sur le plan psychologique jugée indispensable*. On peut s'interroger ici sur l'indication d'une aide psychologique.

La maman refuse le redoublement et F. passe en Cp. Il est alors considéré comme en situation d'échec scolaire dès le premier trimestre et il est orienté en classe d'adaptation au début du deuxième trimestre (notification de la Ccpe du 14/01/1997), cependant que le maintien d'une prise en charge au CENTRE MÉDICO-PSYCHO-PÉDAGOGIQUE (Cmpp) de N... est préconisé. Cette prise en charge ne comporte qu'une séance hebdomadaire de psychomotricité et l'indication d'une rééducation orthophonique n'est pas retenue. L'enfant a alors 6 ans et 3 mois.

**2°.** À l'âge de 7 ans, l'enfant a consulté à l'hôpital N... et a été évalué pendant une quinzaine de jours. Il est précisé que F. présente un trouble du développement du langage oral et écrit, le terme de *dysphasie* est évoqué, et il est précisé qu'une rééducation orthophonique est indispensable, la rééducation psychomotrice étant utile dans un deuxième temps.

Le Cmpp refusant cette recommandation, la maman exclut l'enfant de cette structure et fait pratiquer cette rééducation en secteur libéral.

Il est toujours en classe d'adaptation mais les difficultés d'adaptation en classe étant trop importantes et les progrès trop minces pour une réintégration en circuit normal, une orientation en CLASSE D'INTÉGRATION SPÉCIALISÉE (Clis) est proposée lors d'une réunion de la Ccpe d'avril 1998, F. ayant alors 7 ½ ans.

Un bilan orthophonique pratiqué à cette date suspecte un trouble structurel, une dysphasie de type lexical-syntaxique. Un avis est demandé au docteur N... N..., spécialiste de tels troubles.

Une nouvelle réunion de la Ccpe en mai 1998 décide le maintien de l'enfant en classe d'adaptation jusqu'au premier trimestre suivant inclus où elle reconsidérera sa position. Par ailleurs, une prise en charge en psychomotricité est préconisée comme l'a conseillé l'hôpital N... et l'enfant va donc bénéficier de 20 séances.

**3°.** La consultation auprès du docteur N... N... a lieu le 04/07/1998. Le diagnostic apporté confirme le trouble du langage oral de type lexical-syntaxique ou *dysphasie mnésique* expliquant le caractère massif du trouble des apprentissages, et apporte des éléments de rééducation. Par ailleurs, ce praticien souhaite revoir l'enfant dans 6 mois, demande *d'ores et déjà* la réunion de la Ccpe, fait état du *regret de la famille de ne pas avoir été conviée aux précédentes réunions*, et indique que *le placement en Clis ne semble pas adéquat compte tenu de la normalité du quotient non verbal*.

**4°.** La Ccpe se réunit en décembre 1998 et propose une autre école. La maman intègre alors F. dans une école privée, en classe de perfectionnement, où il semble « suivi » et où, du moins, les enseignants sont plus « à l'écoute ».

**5°.** Une ALLOCATION D'ÉDUCATION SPÉCIALE (Aes) est demandé par la famille auprès de la COMMISSION DÉPARTEMENTALE D'ÉDUCATION SPÉCIALE (Cdes) du N... en juin 1999, F. ayant alors 9 ans 8 mois.

La notification de la Cdes précise que *après étude approfondie de son dossier, et en référence au guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, l'équipe technique de la Cdes a évalué le taux d'incapacité de votre enfant inférieur à 50 %*. Il est précisé ensuite *en application de la législation en vigueur, la commission plénière, réunie le 7 juin 1999 a estimé que votre enfant ne remplissait pas les conditions nécessaires à l'ouverture des droits à l'Aes et en conséquence a notifié un refus d'attribution de l'Aes*.

**6°.** Un test psychométrique pratiqué en l'an 2000 confirme l'écart entre QUOTIENT INTELLECTUEL VERBAL (Qiv) et QUOTIENT INTELLECTUEL DE PERFORMANCES (Qip), permet de confirmer que l'enfant n'est pas déficient intellectuel (ce qui est évident, même en l'absence

d'un tel test) et permet surtout de relever de notables potentialités au niveau de l'intelligence pure dans les capacités attentionnelles, mais surtout en ce qui concerne ses capacités de compréhension verbale. La rééducation orthophonique semble lui avoir été bénéfique malgré le peu de séances proposées.

Au total, F. présente une dysphasie mnésique suffisamment sévère pour compromettre ses apprentissages. En effet, alors qu'il est âgé de 10 ans, son niveau de lecture, d'écriture et de calcul est celui d'un enfant de début de Cp malgré 5 années de scolarisation en classe d'adaptation. Son retard scolaire est donc de 5 écarts-types et s'est creusé d'année en année malgré les progrès constants enregistrés après 2 1/2 ans de rééducation orthophonique à raison de deux séances hebdomadaires. À ce sujet, une fréquence de rééducation plus soutenue serait encore plus bénéfique, surtout si elle s'appuyait sur une méthode pédagogique adaptée, ce qui n'est pas le cas.

Concernant les notification de la Cdes, il est à noter que l'enfant n'a jamais été examiné par un médecin de quelque commission que ce soit. Son évaluation a été faite « sur dossier », sachant que l'équipe technique de la Cdes n'avait pas en sa possession les éléments diagnostiques fournis après consultation du Docteur N... N...

Si elle avait possédé ces éléments il est probable qu'elle aurait considéré que le trouble affectant l'en-

fant rentre dans le cadre de *troubles importants de l'acquisition du langage oral et écrit perturbant notablement les apprentissages et retentissant sur la socialisation*, comme le précise le guide barème, évaluant ainsi le taux d'incapacité de l'enfant à plus de 50 %.

Enfin, il faut préciser que la dysphasie rentre dans le cadre des handicaps rares (arrêté du 02/08/2000 relatif à la définition du handicap rare), dont la *prise en charge nécessite la mise en oeuvre de protocoles particuliers*.

De la même façon, une Aes devrait être attribuée avec un complément au minimum de catégorie 4, l'enfant nécessitant la présence d'une tierce personne de façon discontinue. La maman a du quitter son emploi et remplit cette fonction, car F. ne possède pas l'autonomie d'un enfant de son âge.

Concernant la prise en charge de F., il est nécessaire et urgent de réduire l'écart entre son âge scolaire et son âge réel. On peut recommander une rééducation orthophonique quotidienne dans le cadre scolaire. Une telle prise en charge, l'expérience l'a montré, aura des effets significatifs sur ses apprentissages. Il faut autoriser un enseignement individualisé le plus adapté qui soit le matin, l'enfant rejoignant sa classe l'après-midi pour sa socialisation. Ce type de prise en charge nécessite la mise en place d'un PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (Pai).

## **SYNTHÈSE CONCERNANT K., 7 ANS, ÉPILEPSIE, TROUBLES INSTRUMENTAUX**

K. est née le 23/02/1995. C'est une enfant de 7 ans et 10 jours qui pose le problème de la prise en charge médico-éducative de troubles neurologiques dont elle est affectée.

C'est une enfant prématurée (35 semaines), jumelle d'A., avec un poids de naissance de 2 Kg 80 avec taille de 44,5 cm et un périmètre crânien de 32 cm. Elle fut hospitalisée pendant 22 jours en néonatalogie, présenta une détresse respiratoire initiale, mais l'évolution fut bonne. Son développement psychomoteur apparaît normal par la suite. Elle ne rencontre pas de problèmes de vision ni d'audition.

K. est entrée en maternelle à 2 1/2 ans, puis son parcours scolaire semble satisfaisant, jusqu'en dernière année de maternelle (2000-2001), où l'école constate quelques problèmes et demande à la mère de faire pratiquer un bilan orthophonique. Entrée en COURS PRÉPARATOIRE (Cp) pour l'année scolaire 2001-2002, l'école conseille là encore, d'approfondir le bilan de K., ce qui est fait.

K. a bénéficié d'une évaluation clinique et de différentes investigations (bilan orthophonique, test

WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN — Wisc III —, ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAMME — Eeg).

K. présente un trouble du langage oral et écrit. Il est noté un trouble du langage oral avec une conscience phonologique peu développée, une faiblesse syntaxique et un trouble articulatoire. Le stock lexical est bon. Elle présente aussi un trouble de la lecture, typique d'anciens prématurés hypotrophiques.

L'intelligence de K. est préservée, elle a du bon sens, est capable d'abstraction logique et de conceptualisation, possède un raisonnement logico-mathématique correct et est capable d'opérer mentalement. Son esprit d'observation et sa perception de la réalité sont bons, elle possède une bonne discrimination visuelle. La mémoire à court terme n'est pas altérée si les données sont peu nombreuses.

Les points faibles concernent l'organisation spatiale de l'image de son corps, l'analyse, la synthèse et la structuration de l'espace géométrique, son aptitude à coordonner la perception de l'espace et la graphomotricité. Les notions *devant*, *derrière* sont confondues. Sa mémoire à long terme est défaillante et son aptitude à intégrer les informations culturelles, dont

scolaires, est très insuffisante. Ce dernier point est expliqué par les éléments fournis par les bilans qu'elle a pratiqué.

Elle présente aussi une épilepsie à paroxysmes rolandiques, d'expression clinique (quelques « absences » avaient été notées par l'orthophoniste pendant un bilan) et électrique avec un foyer unilatéral gauche. Elle est actuellement traitée par S..., qui semble avoir amélioré la situation puisqu'à un Eeg de contrôle pratiqué deux mois plus tard ne permet pas de retrouver les pointes observées auparavant.

Au total, K. est une enfant intelligente qui présente des troubles instrumentaux conduisant à un trouble des apprentissages avec un âge scolaire réel d'une enfant de 6 ans situant son retard scolaire actuel de 1 an (- 1 écart-type).

Une prise en charge médico-pédagogique adaptée apparaît indispensable dans le cadre d'un PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (Pai), l'objectif étant que l'enfant puisse rattraper son retard, ne pas accumuler un retard supplémentaire et suivre un cursus sco-

laire normal. On peut donc proposer un modèle de prise en charge comportant :

- ◆ Des investigations complémentaires, dont un bilan neuropsychologique qui fournira des éléments d'appréciation de la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives, et de mieux guider la rééducation orthophonique.
- ◆ Un enseignement individualisé au début. L'objectif d'un tel enseignement est que l'enfant puisse rattraper son retard à terme, l'expérience montrant que ceci ne peut être effectif dans le cadre scolaire dans lequel l'enfant évolue. Cet enseignement devrait se baser sur des méthodes pédagogiques adaptées aux troubles que présente K., en partenariat avec l'orthophoniste qui rééduque cette enfant. Cette particularité de prise en charge serait encore plus bénéfique si elle se pratiquait dans l'école.
- ◆ Une rééducation orthophonique intensive est indispensable quotidiennement jusqu'à acquisition d'un niveau de compétences de son âge réel.

### SYNTHÈSE CONCERNANT G., 13 ANS, TROUBLE DU LANGAGE ORAL, DYSLEXIE, DYSORTHOGRAPHIE

G., né le 19/051988, est âgé de 13 ans 2 mois.

G. était en échec scolaire patent et l'orientation proposée par l'éducation nationale n'aurait pas permis d'améliorer ses performances qui sont nettement au-dessous du niveau escompté, compte tenu de son âge, de son niveau scolaire et de son niveau intellectuel, puisque G. avait en début d'année scolaire un âge scolaire du niveau d'un enfant de 7 ½ ans, soit plus de 4 ans d'écart par rapport à la moyenne.

Il présente un *trouble sévère des apprentissages* (selon la quatrième version du DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS — Dsm IV — ou *trouble spécifique des acquisitions scolaires* selon la dixième version de la CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES ET DES PROBLÈMES DE SANTÉ CONNEXES — Cim 10). Ses « difficultés » portent sur la lecture, l'écriture, l'orthographe et le calcul faisant qu'il doit être considéré comme présentant un *trouble des apprentissages non spécifié* (315.9 selon le Dsm IV, F 81.9 selon la Cim 10). En effet, à la lecture des différents tests pratiqués, on retient d'une première évaluation (WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN — Wisc III, bilan orthophonique) :

- ◆ Que son intelligence n'est pas altérée avec une homogénéité QUOTIENT INTELLECTUEL VERBAL (Qiv)/QUOTIENT INTELLECTUEL DE PERFORMANCES (Qip), que ses capacités de raisonnement et de compréhension sont correctes, avec des acquisitions scolaires faibles. On note un déficit de la mémoire immédiate et à long terme et un trouble d'ordre visuo-constructif.

- ◆ Qu'il présente une dyslexie-dysorthographe sévère confirmée par la suite par un autre bilan orthophonique.

Un complément d'évaluation neuropsychologique a été réalisé, portant sur :

- ◆ Sur le fonctionnement intellectuel général : l'intelligence est préservée (normal-moyen) et l'interprétation donnée précédemment sur un subtest (nature « limite » de l'état de l'enfant) est ici remise en cause, notifiant que la réponse obtenue relève d'une apraxie visuo-constructive.
- ◆ Sur le langage : séquelle de dysphasie phonologique-syntaxique ayant débouché sur une dyslexie mixte (avec atteinte de la conscience phonologique et des stratégies d'assemblage) et une dysorthographe sévère.
- ◆ Sur les fonctions attentionnelles et mnésiques : le déficit attentionnel est certes modéré mais interfère avec des possibilités d'apprentissages corrects ; l'attention sélective visuo-spatiale est beaucoup plus déficiente et compromet largement les mécanismes mis en jeu dans l'automatisation des processus de lecture. La mémoire immédiate visuelle et la mémoire de travail sont altérées de plus de 60 % La vitesse perceptive visuelle n'atteint que 57 % d'efficacité, corroborant les observations de *lenteur* des bilans précédents.
- ◆ Sur les habiletés visuo-spatiales : elles sont performantes, sauf pour la reconnaissance

des formes complexes, ce qui corrobore l'apraxie visuo-constructive relevée au Wisc III.

Ainsi, G. présente des séquelles de dysphasie de type expressif accompagné d'un trouble des apprentissages portant sur la lecture, l'écriture et le calcul et de troubles déficitaires attentionnels, surtout mnésiques, nécessitant une rééducation orthophonique intensive, mais aussi une rééducation neuropsychologique des fonctions attentionnelles et mnésiques pour optimiser ses possibilités évolutives dans les apprentissages scolaires.

G. est actuellement scolarisé au collège de N... en classe de 6<sup>ème</sup> où il bénéficie d'une prise en charge associant une rééducation orthophonique intensive dans le cadre scolaire, un aménagement de l'emploi du temps et un enseignement individualisé pour le

### Bilan neuropsychologique de G.

Ce bilan a été effectué à la demande du docteur N... N... du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (Chu) de N..., relayée par la famille, d'examens complémentaires destinés à évaluer les troubles attentionnels et mnésiques évoqués lors de précédents bilans.

Matériel utilisé :

- ◆ Bilans psychométrique et orthophonique effectués à l'hôpital de N... en avril 1999 .
- ◆ Bilan orthophonique effectué par Mme N... en mars-avril 2001 à N... orthophoniste intervenant actuellement auprès de G. ;
- ◆ Tests d'attention soutenue, attention sélective, attention spatiale, contrôle de l'impulsivité et organisation du balayage visuel de *Mesulam* et *Bell's test* ;
- ◆ Tests *ligne de base* permettant l'évaluation de l'efficacité initiale dans divers logiciels de rééducation neuropsychologique d'un certain nombre d'habiletés cognitives de base, issus de la batterie logicielle *Rééduc.*

### Résultats et interprétation

#### 1°. Fonctionnement intellectuel général.

À la lecture du bilan de Madame N... (psychologue), il apparaît que G. présente, au Wisc III, une homogénéité Qiv/Qip dans le normal-moyen, avec mention notable de capacités de raisonnement et de compréhension correctes.

Madame N... a émis, à partir de cette passation du Wisc III, l'hypothèse d'un déficit particulier de la mémoire à court terme et de la mémoire à long terme, ainsi que celle d'une apraxie visuo-constructive.

français et les mathématiques. Une rééducation neuropsychologique n'a pu être entreprise par défaut de professionnel.

G. bénéficie d'un taux d'incapacité de 50 % depuis le 17/09/999 avec une ALLOCATION D'ÉDUCATION SPÉCIALE (Aes) forfaitaire. Une demande de complément de catégorie 2, en cours, apparaît justifiée. En effet, cet enfant n'est pas autonome et ne peut assumer seul certaines tâches essentielles de la vie quotidienne normalement accomplies par un enfant de son âge, tel que se déplacer seul, s'orienter, rentrer au domicile à une heure précise, faire des « commissions »...

Il nécessite donc l'aide d'une tierce personne, en l'occurrence sa mère, de façon quasi-continue, celle-ci ne par ailleurs se mettre en quête d'un travail.

Il ne nous semble pas, toutefois, possible de retenir son hypothèse d'un état *borderline* que présenterait G., hypothèse élaborée à partir de la passation d'un *test de Rorschach*... Une apraxie visuo-constructive nous semble bien pouvoir rendre compte de la nature *limite* de certaines interprétations des formes de ces tâches d'encre... Les deux rencontres de cet adolescent lors de notre propre bilan ont été dans le sens de cette interprétation des résultats du *Rorschach* comme relevant de l'apraxie visuo-constructive.

#### 2°. Langage

Les bilans orthophoniques à disposition mettent en évidence :

- ◆ en langage oral, une situation de persistance de perturbations résiduelles de type phonologique-syntaxique ;
- ◆ en langage écrit, une dyslexie mixte avec notamment atteinte de la conscience phonologique et atteinte des stratégies d'assemblage par correspondance graphème-phonème venant perturber la lecture des mots irréguliers.

Cela participe bien sûr grandement à la genèse d'une dysorthographe très sévère.

#### 3°. Fonctions attentionnelles et mnésiques

Côté attentionnel, les épreuves administrées permettent de mettre en évidence des déficits modérés mais suffisants pour nécessiter leur rééducation dans la mesure où ils interfèrent négativement avec les possibilités d'apprentissage correct. Sont concernés les processus d'attention soutenue, attention sélective, attention partagée. L'attention sélective visuo-spatiale est, quant à elle, beaucoup plus déficiente, et G. ne peut actuellement compenser que très

difficilement le déficit de ce processus attentionnel particulièrement mis en jeu dans l'automatisation du processus de lecture.

Côté mnésique, l'empan mnésique visuel est notamment insuffisant compte tenu de l'âge de G. (63 %) et rejoint en mémoire immédiate visuelle et mémoire de travail un niveau d'efficacité insuffisant du même ordre.

La vitesse perceptive visuelle est également perturbée en n'atteignant que 57 % d'efficacité, ce qui corrobore les observations de lenteur des précédents bilans.

#### 4°. Habilités visuo-spatiales

Elles comptent, pour un certain nombre d'entre elles, parmi les plus performantes des habilités cognitives de base évaluées : indépendance de champ (95 %), orientation spatiale (81 %) et relations spatiales (72 %).

Seule, la reconnaissance de formes complexes, nécessitant une capacité de découpage analytique et de reconstruction, est problématique, corroborant l'apraxie visuo-constructive relevée au Wisc III.

#### Conclusions

G. présente un trouble, actuellement résiduel, du langage oral de type phonologique-syntaxique ayant débouché sur l'apparition d'une dyslexie mixte et d'une dysorthographe sévère, troubles neuropsychologiques accompagnés, comme souvent, de troubles déficitaires attentionnels et surtout mnésiques.

Nous ne saurions que recommander la poursuite de l'intervention orthophonique, dont il bénéficie actuellement, en la complétant d'une tout aussi nécessaire rééducation neuropsychologique des fonctions attentionnelles et mnésiques évoquées, si l'on veut que G. puisse maximiser ses possibilités évolutives dans les différents apprentissages scolaires relevant de besoins éducatifs spéciaux.

### SYNTHÈSE CONCERNANT P., 15 ANS, DYSPHASIE, DYSLEXIE

P., née le 19/02/1986, est une enfant de 15 ans et ne présente pas d'antécédents particuliers. Elle pose le problème de la prise en charge médico-éducative de troubles dont elle est affectée. Elle est actuellement déscolarisée, sans solution. Elle suit des cours *via* le CENTRE NATIONAL D'ENSEIGNEMENT À DISTANCE (Cned).

P. a présenté des difficultés d'apprentissage du langage écrit depuis le COURS PRÉPARATOIRE (Cp). Elle signale une grande gêne à comprendre les consignes orales, que ce soit dans le cadre scolaire ou non-scolaire et nécessite le recours systématique à un exemple pour reproduire la consigne. Ses difficultés actuelles portent sur la lecture, l'écriture et le calcul.

P. a bénéficié d'une rééducation orthophonique jusqu'en 6<sup>ème</sup>, mais les résultats obtenus, malgré plusieurs méthodes et commentaires, ne sont pas à la mesure du temps passé à la rééducation. Après avoir redoublé une 5<sup>ème</sup> normale, elle va présenter un état dépressif puis va être déscolarisée et suivre cette année les cours du Cned, niveau de 4<sup>ème</sup>.

P. a consulté plusieurs spécialistes médicaux et paramédicaux pour tenter de comprendre ce qui l'affectait. Les résultats des différents bilans pratiqués révèlent une jeune fille stable, coopérante et motivée et font état :

- ◆ D'excellentes capacités intellectuelles (QUOTIENT INTELLECTUEL VERBAL — QIV — à 128, QUOTIENT INTELLECTUEL DE PERFORMANCES — Qip — à 122).
- ◆ De l'absence de trouble expressif du langage oral mais d'un trouble de la lecture la situant

au niveau d'un enfant de 7 ans à la lecture sans signification (à voix haute), cependant qu'au test de lecture lexicale (silencieuse), elle obtient le niveau d'un enfant de 11 ans 9 mois alors qu'elle a 13 ans 9 mois à cette époque. L'exploration des voies de lecture montre que les deux voies sont peu efficaces (assemblage, adressage). La compréhension d'un texte lu la situe nettement en dessous de son âge mais le niveau de compréhension est supérieur au niveau de déchiffrage. À la transcription, P. se situe à - 3 écarts-types de la moyenne des élèves de COURS MOYEN DE DEUXIÈME ANNÉE (Cm2). Il est conclu en une dyslexie-dysorthographique phonologique massive avec un niveau de compréhension du langage écrit inférieur à son âge chronologique et à son âge mental.

- ◆ D'une problématique particulière chez cette enfant dans ses rapports avec les autres qui est celle que l'on rencontre chez les enfants précoces, ses capacités intellectuelles étant nettement au dessus de la moyenne. La nécessité d'un suivi psychiatrique est préconisé sans omettre qu'il existe un trouble authentique du langage écrit.
- ◆ D'une dyslexie-dysorthographie de surface avec difficultés dans le recodage phonologique
- ◆ D'une surdité verbale ou *agnosie auditivo-verbale* avec non-compréhension de phrases faisant intervenir des termes de relations spatiales. La lecture est très lente, trop syllabée et la reconnaissance de mots dans un

texte est impossible. La lecture silencieuse de phrases donne de nombreuses confusions de compréhension et le graphisme est altéré. Il est conclu à un dysfonctionnement linguistique nécessitant une rééducation neurolinguistique.

- ◆ De dysfonctionnements linguistiques rentrant dans le cadre de troubles de type aphasique et de troubles psychologiques réactionnels, même s'ils sont allés jusqu'au syndrome dépressif.

Au total, on retiendra que P. est une enfant intelligente avec de grandes potentialités intellectuelles mais qui se trouve en situation d'échec scolaire par le fait d'un trouble sévère des apprentissages touchant la lecture, l'écriture et le calcul. Elle présente des troubles complexes et rares. Il s'agit :

- ◆ D'une dysphasie sémantique-pragmatique, plus qu'une agnosie auditivo-verbale. En effet, ici l'expression est paradoxalement supérieure à la compréhension qui est subtilement déficitaire. C'est la compréhension des questions ouvertes qui est difficile, de même que celle des tâches nouvelles ou des situations inhabituelles.
- ◆ D'une dyslexie mixte combinant les éléments d'une dyslexie dysphonétique (ou *phonétique* ou *linguistique* ou *profonde* ou *phonologique*) à celle d'une dyslexie orthographique de surface (ou *dyséidétique* ou *morphémique* ou *d'analyse visuelle* ou *lexicale*), les deux voies de lecture étant atteintes (*voie d'assemblage* ou *phonologique* et *voie d'adressage* ou *lexicale*).

Chez P., la volonté d'apprendre et de réussir existe et la souffrance qu'elle exprime est la conséquence de la situation d'échec dans laquelle elle se trouve. Elle se dit prête à « passer » un CERTIFICAT D'APTITUDE PROFESSIONNELLE (Cap), mais avoue ne pas en avoir les compétences, ce qui apparaît évident d'après les bilans effectués et quelques soient les diagnostics apportés.

Le fait d'avoir jusque là apporté à ces problèmes la seule dimension psychologique n'a rien apporté et n'a pas fait progresser P. dans ses apprentissages. La rééducation entreprise actuellement semble, en peu de temps, produire des effets positifs.

Il se pose le problème de l'assiduité de P. à renvoyer ses devoirs au Cned. Elle a subi cette année une période dépressive, et elle n'était pas alors apte à faire ses devoirs. Un certificat médical de constatation a été envoyé au Cned, mais il n'en pas été tenu compte.

En effet, cette administration a dernièrement menacé la mère de P. de prendre des sanctions en demandant la suspension des prestations familiales et en déposant plainte auprès du procureur de la répu-

blique. Il faut savoir que la maman de P. vit seule, des *minima* sociaux.

Actuellement, les choses ont changé : P. est aujourd'hui prête à reprendre une scolarisation *via* le Cned, mais de niveau 5<sup>ème</sup> car le niveau de 4<sup>ème</sup> apparaît trop difficile.

### SYNTHÈSE CONCERNANT C., 9 ANS, TROUBLE DES APPRENTISSAGES SCOLAIRES

C. est un enfant de 9 ans, qui pose le problème de la prise en charge médico-éducative de troubles dont il est affecté. Il est actuellement en COURS ÉLÉMENTAIRE DE DEUXIÈME ANNÉE (Ce2).

C. a peut-être présenté à la naissance un petit problème d'hypoxie, sinon d'anoxie cérébrale, lié à un « cordon circulaire », mais qui n'a pas nécessité de réanimation.

Devant la présence de difficultés scolaires portant surtout sur l'écriture, C. a bénéficié de différents bilans (orthophonique, WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN REVISED — Wisc R, évaluation neurologique par le docteur N... N...) dont on retient :

- ◆ Que c'est un petit garçon sympathique et sociable, coopérant.
- ◆ Que ses potentialités intellectuelles sont supérieures à la normale (moyenne 128) mais où le QUOTIENT INTELLECTUEL VERBAL (Qiv) à 132 est nettement supérieur au QUOTIENT INTELLECTUEL DE PERFORMANCES (Qip) de 117, ce que l'on retrouve dans les dyspraxies sources de dysgraphies.
- ◆ Qu'il ne présente aucun problème de langage oral, ni de lecture.
- ◆ Qu'il présente un problème dans l'encodage écrit et dans le graphisme le situant à un niveau COURS ÉLÉMENTAIRE DE PREMIÈRE ANNÉE (Ce1-Ce2) en novembre 2000 avec une déviation de 1,5. L'orthographe lexical est plus atteint avec - 2 écarts-types. On note une corrélation entre les difficultés graphiques et les difficultés d'encodage écrit.
- ◆ Qu'il semble souffrir de cette situation qui le pénalise : sa lenteur à l'écrit fait qu'il ne peut « suivre », malgré ses efforts. Cet enfant peut écrire une ligne quand les autres enfants en écrivent au moins six.

Au total, C. présente un trouble de l'expression écrite et de l'orthographe le pénalisant fortement et empêchant une poursuite scolaire habituelle, malgré d'excellentes potentialités intellectuelles. Ce trouble s'intègre parfaitement dans le cadre de *troubles des apprentissages* selon la quatrième version du DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (Dsm IV) ou encore dans celui des *troubles spécifiques des acquisitions scolaire* selon la dixième version de la

Fort des éléments diagnostiques précédents, il apparaît qu'une prise en charge médico-pédagogique la plus adaptée qui soit est indispensable pour éviter que l'écart existant (1,5 à 2 écarts-types) ne continue à se creuser. L'objectif étant de le « remettre à niveau » pour une intégration scolaire complète ultérieure, on peut proposer un modèle de prise en

charge qui s'intégrerait dans le cadre d'un PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (Pai) ou d'un contrat d'ADAPTATION ET D'INTÉGRATION SCOLAIRE (Ais) et comportant :

- ◆ un enseignement individualisé quotidien le matin, d'autant que la maman est en contact avec un enseignant bénévole
- ◆ une rééducation orthophonique intensive quotidienne voire neurolinguistique comme le préconise le docteur N... N...

## SYNTHÈSE CONCERNANT R., 14 ANS, TROUBLE DES APPRENTISSAGES

R. est un enfant qui aura 14 ans le 28 mai 2001. Il est actuellement en 6<sup>ème</sup>.

R. n'a pas eu de problèmes de langage oral.

R. pose le problème de « difficultés scolaires » : les problèmes concernent la lecture depuis le COURS PRÉPARATOIRE (Cp) ; il redouble le COURS ÉLÉMENTAIRE DE PREMIÈRE ANNÉE (CE1), et la lecture n'a effectivement commencé à s'installer depuis le COURS MOYEN DE PREMIÈRE ANNÉE (Cm1).

Un passage en 6<sup>ème</sup> a été effectué « au bénéfice de l'âge » l'an dernier, mais R. redouble actuellement sa 6<sup>ème</sup>.

À la lecture des évaluations de ses compétences en COURS MOYEN DE DEUXIÈME ANNÉE (Cm2), on note que R. possède un bon vocabulaire, obtient de bonnes notes en récitation, comprend parfaitement ce qu'il lit, peut aisément transformer un récit, raconter une histoire ou la poursuivre. Le problème semble être le passage à l'écrit où les notes diminuent et deviennent médiocres et l'orthographe le pénalise largement puisqu'il stagne à zéro.

Concernant les mathématiques, la résolution de problèmes, l'addition, la soustraction et la multiplication ne semblent pas poser à R. de difficultés en Cm2 (notes de 11,5 à 15,7). En revanche, la proportionnalité et la division semblent plus délicat.

Le passage en 6<sup>ème</sup> s'effectue et on relève par trimestre les notes obtenues en orthographe-grammaire (6 ; 4,5 ; 3,3), en rédaction (11 ; 7,8 ; 10,4), en lecture (9,9 ; 7,1 ; 7,4), en récitation (14,5 ; 11,4 ; 8), en anglais (8,6 ; 5,4 ; 3,3), en histoire-géographie (10,2 ; 3,4 ; 2), en sciences de la vie et de la terre (6,8 ; 4 ; 5). Les notes obtenues en mathématiques sont respectivement : 8 ; 6,9 ; 6,1.

Les appréciations données sur le travail scolaire de R. font part d'un enfant qui *ne fait aucun effort, a d'énormes difficultés, manque de sérieux, manque de rigueur, manque d'attention, manque de travail et manque de concentration.*

Au fur et à mesure que l'année s'écoule, il est frappant de constater que R. présente de plus en plus de difficultés et voit parallèlement ses notes chuter.

R. redouble la 6<sup>ème</sup> et on se retrouve dans la même situation que l'année précédente bien qu'il semble avoir progressé en orthographe et en sciences de la vie et de la terre (11,5 ; 10,5), mais que le gain ne soit pas significatif en mathématiques (9,5 ; 7,8), en Français (12 ; 6,8) ou en histoire-géographie (8,5 ; 6,75).

Quelques éléments doivent être précisés, qui peuvent expliquer en partie les résultats de R. et le fait que ses acquis soient figés.

R. a bénéficié d'un bilan médical et para-médical qui font ressortir que cet enfant n'a pas de troubles relationnels ni de troubles du comportement, que son QUOTIENT INTELLECTUEL (Qi) est normal avec cependant un QUOTIENT INTELLECTUEL VERBAL (Qiv) « très hétérogène » faisant qu'il serait intéressant de se procurer les subtests du WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN REVISED (Wisc R). Le bilan orthophonique s'est concentré sur le trouble du langage oral et écrit.

On relève que R. possède de bonnes capacités perceptives, au niveau du vocabulaire, de l'accès au lexique, de l'expression syntaxique et de la compréhension orale. On relève un déficit de la mémoire de travail phonologique, un stock orthographique très lacunaire et une expression écrite spontanée très dysorthographique, une compréhension du langage écrit faible lorsque la lecture (silencieuse) est chronométrée et pouvant le situer à un niveau COURS ÉLÉMENTAIRE DE DEUXIÈME ANNÉE (Ce2)-Cm1, une grande lenteur de lecture pénalisante, mais une compréhension correcte du texte lu. Les mots rares ou irréguliers sont difficilement déchiffrables.

Le calcul n'a pas été évalué.

Les fonctions attentionnelles et exécutives ni les fonctions mnésiques n'ont pas été mesurées et un bilan neuropsychologique serait nécessaire pour confirmer ce qui est noté par ailleurs par les ensei-

gnants (manque de concentration , manque d'attention...).

R. est sans soutien à la maison depuis son entrée en 6<sup>ème</sup>. Il n'est plus du tout motivé cette année et « fait le minimum » et le temps passé pour effectuer le travail est normal d'après sa mère. Cependant, même quand il faisait des efforts, il accumulait un retard croissant au cours de l'année pour se sentir « dépassé » en fin d'année.

Ainsi, le bilan confirme ce que l'on pouvait soupçonner : il présente un trouble des apprentissages et ses acquis semblent figés. Il ne semble pas exister de dyscalculie et les mauvais résultats enregistrés en mathématiques sont probablement le fait de sa lenteur de lecture et de la compréhension du langage écrit,

lorsqu'un certain temps est imparti comme dans les épreuves d'évaluation.

Une rééducation orthophonique plus intensive ne pourrait qu'être bénéfique et l'enfant pourrait bénéficier de temps supplémentaire pour la passation des épreuves. Un tiers temps supplémentaire serait bénéfique.

Une prise en charge pédagogique adaptée apparaît indispensable avec aménagement de l'emploi du temps.

Enfin, un ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAMME (Eeg) standard devrait être pratiqué avant la prescription de S... en commençant par un comprimé puis en augmentant de 1/2 comprimé en fonction des effets produits.

### **SYNTHÈSE CONCERNANT J., 8 ANS, TROUBLE DES APPRENTISSAGES, TROUBLE DU COMPORTEMENT**

J. est né le 20/05/1993, il aura bientôt 8 ans, et il est scolarisé en COURS ÉLÉMENTAIRE DE PREMIÈRE ANNÉE (Ce1).

J. présente un trouble des apprentissages lié à un trouble spécifique du langage écrit malgré de très bonnes capacités intellectuelles. Il présente un profil cognitif hétérogène et certains troubles de l'attention.

J. présente des « troubles du comportement » qui sont à mettre en relation entre l'hétérogénéité de son profil cognitif (zones de précocité intellectuelle, zones de fragilité) et ses troubles d'apprentissage l'ayant amené à une situation d'échec scolaire. Il présente des difficultés psychologiques, tous les repères identificatoires n'étant pas encore constitués.

J. est déjà en situation d'échec scolaire qui se pérennise et qui a débuté en COURS PRÉPARATOIRE (Cp). Cette situation, à elle seule, est susceptible d'engendrer un trouble du comportement, comme il est habituel. L'enfant est capable d'application et de concentration, mais celle-ci est rendue difficile lorsqu'il est en groupe.

Une prise en charge adéquate n'est pas entreprise actuellement et J. est « suivi » dans un centre de guidance infantile qui ne lui apporte rien. Il ne bénéficie que d'une séance de rééducation orthophonique par semaine, alors qu'il présente de réels troubles des apprentissages qui ne peuvent être conçus comme d'ordre psychoaffectif.

Une prise en charge plus adéquate est nécessaire et pourrait comporter :

- ◆ Une rééducation orthophonique à raison de 4 voire 5 séances hebdomadaires. N... N... est prête à entreprendre ce programme. À cet effet, la prise en charge à 100 % est nécessaire et une lettre type a été remise au docteur N... N... pour cette demande.
- ◆ Un enseignement individualisé pour renforcer les apprentissages déficitaires portant sur le langage écrit, l'objectif étant de remettre J. au plus vite « à niveau » en faisant disparaître l'écart scolaire qui ne pourrait que se creuser. Cet enseignement individualisé est d'autant justifié que J. présente un trouble d'attention. Il bénéficierait donc d'une scolarisation partielle et bénéficierait des activités d'éveil
- ◆ Un partenariat étroit entre la directrice de l'école, les enseignants de l'école, l'enseignant « individuel », l'orthophoniste et le médecin scolaire.
- ◆ La mise en place un PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (Pai) qui faciliterait une telle prise en charge et les sorties de l'école
- ◆ La poursuite d'une psychothérapie en secteur libéral et le docteur N... N... pourrait être contacté.

Ce type de prise en charge devrait rapidement produire des effets positifs, permettre à cet enfant de sortir de sa situation d'échec et de voir disparaître les troubles du comportement. L'intensification de la rééducation orthophonique sera ensuite réduite quand J. aura acquis les compétences équivalentes à celles d'un enfant de son âge permettant d'envisager une scolarisation à temps complet.

### **SYNTHÈSE CONCERNANT W., 6 ANS, TROUBLE DU LANGAGE, DÉFICIT DE L'ATTENTION, HYPERACTIVITÉ**

W. est un enfant de 6 ans qui pose le problème de la prise en charge médico-éducative de troubles dont il est affecté.

Pour le docteur N... N... , pédopsychiatre et chef de service de l'UNITÉ MÉDICO-PÉDAGOGIQUE (Ump) où était et est encore suivi W., le diagnostic de dysphasie sévère était émis en 1998 alors que l'enfant avait presque 3 ans. Ce praticien note par ailleurs la présence de troubles attentionnels. Il n'est pas fait mention de troubles d'ordre psychiatriques.

Ce diagnostic était aussi fortement suspecté dans le service du professeur N... N... (CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE — Chu — de N...), alors que l'enfant avait 3 ½ ans et où il était fait mention de *dysphasie relative*, ce qui signifie que la dysphasie n'est pas le diagnostic principal mais est associé à d'autres troubles, comme très fréquemment.

Sur recommandations du docteur N... N..., différents bilans furent pratiqués chez W. au cours de l'année 2000, soit de l'âge de 4 ans 9 mois à l'âge de 5 ans 8 mois, par :

- ◆ le CENTRE D'ÉDUCATION SPÉCIALISÉ POUR DÉFICIENTS AUDITIFS (Cesda), en janvier 2000 ;
- ◆ le docteur N... N... (Chu de N...), en mars 2000 ;
- ◆ Madame N... N... , orthophoniste qui ré-éduque cet enfant en septembre 2000 ;
- ◆ le docteur N... N... , neurologue en décembre 2000.

De la synthèse des différents bilans pratiqués, on retient que W. n'est pas déficient intellectuel et qu'il a l'intelligence de son âge. On ne relève pas de dyspraxie associée et son graphisme était celui d'un enfant de son âge.

On note que tous les avis concordent, médicaux ou para-médicaux, du secteur libéral ou hospitalier.

Il s'agit donc bien d'une dysphasie assez sévère de type phonologique-syntaxique, qui est la plus fréquente, et où l'atteinte est mixte, touchant le versant expressif et réceptif. Par ailleurs, la compréhension est plus affectée qu'elle ne devrait être chez cet enfant, car W. présente aussi un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité et un trouble du comportement, troubles qui accompagnent souvent le trouble du langage oral, comme l'indique la quatrième version du DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (Dsm IV). Une épreuve thérapeutique avait faite à raison d'½ comprimé de S..., matin et midi : le trouble de l'attention s'améliorait et la rééducation orthophonique était plus efficace, mais la survenue d'effets secondaires (sommolence, notamment) ont fait arrêter ce traitement.

W. bénéficiait de deux séances de rééducations orthophoniques par semaine qui ont été portées à trois

séances depuis janvier 2001, ce qui a apporté des résultats significativement supérieurs. Il est noté ensuite que les troubles du comportement de W. tendent à s'amender au fur et à mesure qu'il progresse dans ses apprentissages, ce qui est connu et ce qui permet de proposer un type de prise en charge adapté, centré sur les apprentissages.

Enfin, W. se comporte de façon satisfaisante à l'école. Il bénéficie actuellement d'une prise en charge comprenant l'école le matin (le mardi, toute la journée) et fréquente l'Ump trois après-midi par semaine.

W. présente donc un *trouble sévère du langage oral associé à un trouble de l'attention/hyperactivité avec inattention prédominante et à un trouble des apprentissages (Dsm IV) ou trouble spécifique des acquisitions scolaires* selon la dixième version de la CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES ET DES PROBLÈMES DE SANTÉ CONNEXES (Cim 10) et qui porte actuellement sur la lecture.

Fort de ces éléments, il apparaît qu'une prise en charge médico-pédagogique la plus adaptée qui soit est indispensable. On peut proposer un plan de prise en charge comportant les éléments suivants :

- ◆ Un enseignement individualisé quotidien le matin ou l'après midi, d'autant plus que l'enfant est déficitaire attentionnel, et qu'il ne pourrait profiter d'un enseignement dans une classe, même à petit effectif, pour l'instant.
- ◆ Une rééducation orthophonique intensive quotidiennement, voire bi-quotidiennement (selon la durée des séances), comme cela se pratique dans quelques très rares endroits.
- ◆ Une rééducation neuropsychologique serait un complément indispensable à la rééducation orthophonique.

Ce type de prise en charge est nécessaire pour ne pas voir l'enfant accumuler un retard dans ses apprentissages. Ceci peut être effectué dans le cadre d'un PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (Pai) avec pour objectif, à terme, de rescolariser totalement cet enfant.

Par ailleurs, W. rentre parfaitement dans le cadre d'un taux d'incapacité supérieur à 50 %.

En outre, W. n'est pas autonome et nécessite l'aide d'une tierce personne de façon quasi-continue. La maman de l'enfant a dû abandonner une grande partie de son travail et ne travaille plus qu'à tiers-temps pour venir en aide son fils. Le souhait est exprimé qu'elle puisse reprendre une partie supplémentaire de son activité libérale pour subvenir aux besoins éducatifs spécifiques de son fils dans le cadre d'un enseignement individualisé qu'elle souhaite mettre quatre matinées par semaine.

Ainsi, un complément d'ALLOCATION D'ÉDUCATION SPÉCIALE (Aes) de catégorie 1 pourrait être alloué, au minimum, pour le financement du poste de la tierce personne.