

DIPLÔME UNIVERSITAIRE
« APPROCHE NEUROLOGIQUE, LINGUISTIQUE ET COGNITIVE DES
TROUBLES D'APPRENTISSAGE »

MAI 2007

LA DYSPHASIE
DU DEPISTAGE A LA PRISE EN CHARGE
SPECIALISEE, UNE DEMARCHE
PLURIDISCIPLINAIRE

ISABELLE BARRY
ORTHOPHONISTE

NATHALIE VANDENBULCKE
MEDECIN

INTRODUCTION

Lorsque nous nous sommes retrouvées face à ce mémoire, nous nous sommes demandées quel sujet pouvait nous rapprocher. L'une orthophoniste au Centre Référent des troubles du langage de Toulouse ; la seconde, médecin scolaire sur la région Grassoise.

Avions-nous quelque chose en commun outre le climat et la douceur de vivre ?

D'un point de vue neuropsychologique, nous nous sommes retrouvées autour d'un sujet tout aussi complexe que l'élaboration d'un vin ou la création d'un parfum : la dysphasie.

Ce trouble sévère du développement du langage touche 1% des enfants. En entravant les capacités de communication, elle est fréquemment source de souffrance psychologique et de mauvaise insertion sociale et scolaire.

L'épanouissement des enfants qui en sont atteints exige que soient entreprises précocement une démarche diagnostique rigoureuse et une rééducation orthophonique spécifique et intensive. Par ailleurs, leur intégration scolaire doit faire l'objet d'un partenariat étroit entre leurs familles et les rééducateurs d'une part, les équipes pédagogiques d'autre part.

Spécialiste de l'évaluation du langage, l'orthophoniste est aussi au cœur de la prise en charge rééducative.

Alliant connaissance médicale et connaissance du système scolaire, le médecin scolaire est le lien privilégié entre les différents acteurs du projet de vie à l'école de l'enfant dysphasique.

Dans ce mémoire, nous nous proposons donc de décrire la spécificité de nos approches respectives des enfants présentant un trouble spécifique et sévère du développement du langage oral.

Ainsi nous abordons dans un premier temps la spécificité du travail de l'orthophoniste à travers l'ouverture d'une classe pour enfants dysphasiques ; dans un second temps le rôle spécifique du médecin scolaire, à travers le parcours professionnel de l'un d'entre eux.

En conclusion nous insistons sur la complémentarité de nos approches au service de l'épanouissement personnel et scolaire des enfants atteints de troubles spécifiques du langage.

ITINERAIRE D'UN MEDECIN SCOLAIRE

La rédaction de ce mémoire est prétexte à exposer l'évolution de ma pratique médicale en matière de troubles des apprentissages et en particulier de Troubles Spécifiques du Langage, à travers l'évocation de mon expérience professionnelle et personnelle de ces pathologies.

Troubles des apprentissages et formation médicale initiale

Mon cursus universitaire initial de médecin généraliste ne comporte aucun enseignement théorique ou pratique, ni aucune sensibilisation aux troubles des apprentissages, à la cognition ou à la neuropsychologie développementale.

Troubles des apprentissages et médecine libérale

Après l'obtention de mon diplôme, j'exerce pendant trois ans une activité libérale en tant que médecin remplaçant dans différents cabinets de la région Toulousaine.

Les patients que je reçois sont essentiellement des sujets adultes qui consultent principalement dans le cadre du suivi d'une ou plusieurs maladies chroniques (diabète, hypertension, cancers...). Les consultations pédiatriques sont ponctuelles et très ciblées sur la prise en charge de pathologies aiguës (infections, traumatismes...).

Rarement je suis amenée à examiner des nourrissons, à l'occasion de la pratique des vaccinations inscrites au calendrier officiel ou des bilans de santé des 4^{ème}, 9^{ème} ou 24^{ème} mois. Ces bilans me permettent une évaluation systématique du développement psychomoteur et un dépistage des déficits sensoriels, mais force est de constater qu'à cette époque, ma pratique professionnelle est à mille lieues des troubles des apprentissages !

Et même si j'interroge parfois les enfants sur leur scolarité, j'élude rapidement toute évocation d'une quelconque difficulté : « En avez-vous discuter avec la maîtresse ? Qu'est-ce qu'elle en pense ? ». A n'en pas douter il s'agit de problématiques que l'enfant et sa famille doivent résoudre avec l'institution scolaire...

C'est en tout cas ce dont je suis convaincue jusqu'en août 2001 et mon recrutement par le Rectorat de l'Académie de la Réunion en tant que médecin contractuel de l'Education nationale.

Troubles des apprentissages et médecine scolaire

Le premier trimestre de l'année scolaire 2001-2002 est celui de la découverte d'un secteur géographique d'intervention et de nouvelles fonctions.

- **Un métier nouveau, des missions nouvelles**

Les missions des médecins de l'Education nationale sont définies par la circulaire n°91-148 du 24 juin 1991 relative aux « Missions et fonctionnement du Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves ».

L'objectif de leurs interventions est l'épanouissement au sein de l'école de tous les enfants dans le respect de leurs compétences et la prise en compte de leurs besoins éducatifs, pédagogiques et rééducatifs. L'identification de ces besoins spécifiques doit être le résultat d'une évaluation dont l'efficacité requière une connaissance multidimensionnelle des milieux de la santé, de l'enseignement, du tissu socio-économique du secteur géographique d'intervention ; ainsi que des élèves et de leur environnement familial.

Cette démarche de santé publique doit permettre aux médecins scolaires de promouvoir la santé physique et mentale de tous les enfants scolarisés sur son secteur d'intervention en identifiant leurs besoins de santé et en prenant en compte les différentes pathologies et facteurs de risques révélés par l'analyse des situations épidémiologiques locales.

Une attention particulière est portée aux « élèves vulnérables » :

- les enfants issus des catégories socio-professionnelles les plus défavorisées
- les enfants porteurs de handicap(s)
- ceux qui, pour des « raisons personnelles, familiales, sociales ou culturelles, sont en difficulté »
- les élèves des établissements des zones rurales sous-médicalisées, des zones sensibles et des zones d'éducation prioritaire telles qu'elles sont définies dans la circulaire n°90-028 du 1^{er} février 1990 du Ministère de l'Education nationale.

En pratique, les médecins scolaires réalisent quotidiennement ces missions au travers de bilans de santé qui comportent : outre le dépistage de troubles sensoriels (surdité, baisse d'acuité visuelle) susceptibles de gêner les acquisitions de l'enfant ; la vérification du respect du calendrier vaccinal tel qu'il est défini par les instances officielles ; l'évaluation du

développement global de l'enfant (croissance staturo-pondérale, développement psychomoteur et cognitif) ; et enfin l'examen clinique qui apprécie l'état général de santé.

Au décours de ces bilans, le repérage des enfants en difficultés ou en situation de handicaps permet leur orientation précoce vers les structures diagnostiques et de prise en charge thérapeutique spécialisées (consultations médicales, rééducations en particulier) ; pour une adaptation scolaire optimale.

- **Un métier nouveau, des pathologies nouvelles : les troubles d'apprentissages**

C'est pourquoi, très rapidement après mon arrivée dans le service de santé scolaire de la Réunion, je suis sollicitée par les équipes pédagogiques des établissements scolaires de mon secteur d'intervention pour des enfants en « difficultés scolaires » ou ayant des « troubles du comportement ».

Il m'est notamment demandé de me prononcer sur la nécessité de bilans médicaux et/ou paramédicaux complémentaires ; ainsi que sur la poursuite de la scolarité (maintien en circuit ordinaire, orientation vers des dispositifs d'adaptation ou d'intégration scolaire, orientation vers le secteur médico-éducatif par exemple).

Or, les premières réunions de CCPE (Commission de Circonscription du Premier Degré) auxquelles je siège me laissent un goût amer. J'écoute attentivement l'enseignant décliner les difficultés et les compétences des élèves ; la psychologue scolaire livrer ses évaluations - notamment les obscurs Qiv, Qip et autres subtests - ; et relever l'hétérogénéité de quelques profils psychométriques. Mais la plupart du temps, j'assiste, sans y participer activement, aux débats sur les aménagements à préconiser pour la scolarité future, faute d'avoir identifié avec précision les troubles et saisi leur origine primitivement intrinsèque.

Pourtant, je perçois chez ces enfants une incapacité réelle à réaliser certaines tâches cognitives et une souffrance psychologique manifeste. Je suis convaincue que les difficultés s'imposent à eux ; qu'ils les subissent plutôt qu'ils ne les créent par manque de motivation ou d'efforts.

La nécessité de me former aux troubles des apprentissages m'apparaît donc comme une évidence pour appréhender dans sa globalité le développement des enfants, accroître

l'efficacité de mes bilans de santé et la qualité de mon conseil aux familles et aux équipes pédagogiques.

- **Les troubles du langage : des outils de dépistage et des interlocuteurs privilégiés**

J'enrichis alors mes bilans d'une évaluation standardisée des fonctions langagières grâce aux outils de dépistage B.S.E.D.S. (Bilan de Santé et de Développement pour la Scolarité) et O.DE.DYS (Outil de Dépistage des Dyslexies) pour lesquels une formation est organisée à Saint-Denis par Monsieur le Docteur ZORMAN en fin d'année 2002.

Par les analyses quantitatives des scores et qualitatives des résultats aux différentes épreuves de ces batteries de tests, je situe désormais objectivement les compétences des élèves par rapport à une population témoin du même âge et/ou du même niveau scolaire.

Parallèlement, je sollicite l'avis de deux spécialistes « locaux » des troubles des apprentissages : Monsieur le Docteur REYNAUD, pédiatre libéral, titulaire du Diplôme universitaire de l'hôpital Necker ; et Monsieur le Docteur BURLLOT, attaché au Service de Rééducation Fonctionnelle Infantile (S.R.F.I.) de l'Hôpital d'enfants de Saint-Denis et responsable de la mise en place du Centre de Référence des Troubles du Langage de la Réunion.

Pour chaque enfant que je leur adresse, je rédige un courrier de synthèse reprenant les circonstances de mon bilan, les plaintes des enfants, de leur famille et des enseignants, les éléments de mon évaluation clinique et cognitive. Je formule enfin les hypothèses diagnostiques qui me paraissent pertinentes et les éventuelles prises en charge éducatives, rééducatives et pédagogiques déjà en place. Leurs avis critiques et les compléments d'investigation qu'ils préconisent sont un atout pour l'élaboration de connaissances des troubles des apprentissages et la construction de stratégies de dépistage.

De plus, en accord avec les familles, la psychologue scolaire formée à la neuropsychologie joint à mon courrier de synthèse les résultats de son évaluation clinique et psychométrique. Notre étroite collaboration participe à la cohérence de la prise en compte des difficultés des enfants et de leur suivi au sein de l'institution scolaire.

L'apport positif de cette démarche est immédiat dans ma pratique quotidienne des troubles du langage écrit. Dorénavant, je motive les demandes de bilan orthophonique des enfants de grande section de maternelle dont les compétences phonologiques sont inexistantes ou insuffisantes ; et celles des élèves de cycle 3 (CE2, CM1, CM2) « en difficultés de lecture ». Je peux échanger de manière constructive avec les orthophonistes libéraux, professionnels spécialistes du langage. En outre, la présence de ces partenaires experts lors des réunions d'équipes éducatives, est une aide précieuse pour informer le corps enseignant sur la nature des troubles, leurs multiples expressions cliniques et les aménagements pédagogiques spécifiques indispensables à la réussite scolaire des enfants concernés. Conjointement, nous insistons notamment sur le fait qu'il s'agit d'enfants efficaces ayant les mêmes capacités d'apprentissages que leurs camarades mais pour lesquels les modalités d'apprendre doivent être différentes pour éviter échec scolaire et illettrisme.

En revanche, pendant mes cinq années d'exercice réunionnais, ma compréhension des troubles du langage oral est durablement entravée par la conjugaison de forts particularismes locaux et de fausses croyances médicales.

- **Troubles du langage oral : particularismes locaux et fausses croyances**

De tous les particularismes locaux, l'originalité linguistique de la Réunion est sans aucun doute celui que j'identifie dès mon arrivée sur l'île. C'est aussi sans conteste celui qui gêne le plus mes débuts de « toubib z'oreil ».

En effet, comme pour la majorité des Réunionnais, la langue maternelle des « marmailles » scolarisés dans les établissements de mon secteur est le créole, sorte de patois chantant dans lequel les mots sont avalés, les liaisons accentuées, la grammaire simplifiée.

Né de la nécessaire communication entre les grands propriétaires européens, et leur main-d'œuvre servile d'origine Africaine, Indienne et Malgache ; le créole réunionnais est un véritable creuset de langues dont la base lexicale est le français. Au fil des siècles et de leur utilisation imparfaite, les termes empruntés aux lexiques des différentes communautés originelles ont subi de multiples transformations (phonétiques pour l'essentiel) jusqu'à devenir souvent méconnaissables aux regards des termes originaux.

La plupart des Réunionnais utilisant le créole comme langue première et référente d'une identité, n'apprennent le français qu'à leur entrée à l'école, et le vivent comme une langue étrangère.

Mes premiers mois en tant que médecin scolaire, pour comprendre et être comprise, je suis donc accompagnée de la secrétaire du Centre Médico-Scolaire ou d'un membre du personnel de l'école dans laquelle j'interviens, pour qu'ils me servent d'interprète. Progressivement, la connaissance d'expressions courantes me permet d'établir un dialogue sans intermédiaire qui facilite mes échanges avec les enfants et leurs familles.

Pourtant, malgré l'identification de ces contraintes linguistiques et leur intégration à ma pratique quotidienne, mon expérience réunionnaise des troubles du langage oral est quasi inexistante. La principale raison en est ma conception erronée de ces troubles qui les place obligatoirement comme des troubles secondaires à une surdité, à des lésions neurologiques (séquelles d'anoxie périnatale, de traumatismes, d'infections...) ou des pathologies psychiatriques (psychoses et déficiences mentales).

La coïncidence de deux  v nements fait éclater cette fausse croyance. En effet, une dysphasie est suspectée chez un enfant de mon cercle familial très proche, tandis que j'assiste à la formation que Madame le Docteur Catherine BILLARD dispense à l'Université de Saint-Denis dans le cadre du Diplôme Universitaire de Neuropsychologie et du module consacré aux troubles des apprentissages. Je prends alors conscience, de manière brutale et douloureuse, de l'ampleur des Troubles Spécifiques du Langage, de leurs conséquences néfastes qui se prolongent bien au-delà du cadre de l' cole, et surtout de mes responsabilités de médecin dans le dépistage précoce de ces troubles.

Finalement, mon recrutement par le Rectorat de l'Académie de la Réunion, fait naître une vocation et oriente définitivement ma pratique professionnelle vers l'accompagnement des enfants dans leur scolarité.

Le retour en métropole : de nouvelles perspectives

Ainsi, depuis quelques mois, mon expérience se poursuit en tant que médecin territorial contractuel attaché à la mairie de la ville de Cannes ce qui me permet d'investir en temps

réel les enseignements tirés du Diplôme Universitaire « Troubles des apprentissages » organisé conjointement par la Faculté de Médecine de Marseille et l'association RESODYS.

En effet, cette formation est la base solide qu'il manquait à ma culture médicale dans le domaine des troubles des apprentissages, et plus particulièrement dans celui des Troubles Spécifiques du Langage.

Et même si « le beaucoup savoir apporte l'occasion de plus douter » comme le souligne Monsieur le Docteur HABIB, citant Montaigne ; ce Diplôme Universitaire m'a d'ores et déjà permis d'accroître l'efficacité des bilans de santé que je réalise quotidiennement ; de renforcer la cohérence de mes démarches de dépistage au moyen d'outils standardisés (EVAL MATER pour les enfants de petite section, ERTLA6 pour ceux de grande section) ; ainsi que d'optimiser l'orientation des familles d'élèves en difficulté vers les partenaires médicaux, paramédicaux, et pédagogiques spécialisés.

Pourtant, ce faisant, je suis confrontée tous les jours au manque de structures dévolues au bilan des enfants en difficulté d'apprentissage sur la région des Alpes Maritimes. Certes, l'ouverture du Centre de Référence des troubles du Langage de Nice, constitue une avancée dans ce domaine ; mais il n'existe pas encore de réseau comparable à RESODYS, permettant de disposer de ressources de proximité. En effet, l'éloignement géographique, les délais d'attente, les difficultés pour les familles à organiser et réaliser les examens demandés en pré-requis de l'obtention du premier rendez-vous, à savoir un bilan orthophonique et un bilan psychologique, sont autant d'obstacles pour encore la majorité d'entre elles. Gageons que dans les années à venir multiplication des moyens rimera avec optimisation de la prise en charge globale des troubles d'apprentissages.

CREATION D'UNE CLASSE D'ENFANTS
DYSPHASIQUES

La dysphasie et le retard de langage ne sont plus deux entités que l'on oppose aujourd'hui, l'une considérée comme un trouble structurel, sévère et durable, l'autre comme un trouble fonctionnel, modéré et transitoire. En effet, les travaux de recherche ont montré que ces troubles ont de nombreux points communs dont celui de perdurer dans le temps. C'est pourquoi, la terminologie de Trouble Spécifique du Langage Oral est aujourd'hui adoptée pour l'ensemble de ces troubles.

Néanmoins, les critères de sévérité et de déviances massives dans le développement du langage oral ne s'appliquent pas à tous ces troubles. Ce sont, bien sûr, les troubles les plus sévères qui posent le plus de problèmes de remédiation. Par la lenteur de leur évolution, ils entravent de façon durable la communication, les interactions sociales, les apprentissages scolaires tout au tant qu'ils touchent l'estime de soi et l'épanouissement personnel.

Le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des enfants présentant un TSL sont devenus une priorité nationale de santé publique après la parution en 2001 du rapport RINGARD et d'un plan d'action interministériel qui prévoit notamment la création de Centres de référence pour l'évaluation des troubles du langage. Plusieurs se sont ouverts un peu partout en France pour répondre à ce besoin.

A Toulouse, le Centre de Référence a ouvert en décembre 2001, au sein du service de neuropédiatrie du Professeur CARRIERE, sous la responsabilité du Docteur CHAIX. Initialement, la mission de l'équipe pluridisciplinaire était de répondre aux besoins d'évaluation diagnostique des troubles (langage, attention et motricité). Cette équipe était constituée de deux neuropédiatres, deux orthophonistes, deux psychomotriciennes, un psychologue et une secrétaire.

Très rapidement, les médecins ont souhaité élargir le champ d'action du centre de référence en ouvrant une classe pour enfants dysphasiques sous la forme d'un partenariat entre le service de neuropédiatrie et l'école de l'hôpital dont la directrice était fortement intéressée par le projet.

C'est dans le cadre de ce projet que j'ai été recrutée en 2002. L'intégration dans une structure de cet ordre ne pouvait qu'être très motivante car elle répondait à un double intérêt : travailler en équipe pluridisciplinaire d'une part, rééduquer des enfants présentant

des troubles très spécifiques selon des modalités impossibles à mettre en place en libéral d'autre part (intensité de prise en charge par exemple).

Cette activité me permettait également de prolonger mon expérience, dans l'évaluation et la rééducation d'enfants présentant un TSL, acquise au sein du service de pédopsychiatrie des Professeurs DUGAS et MOUREN SIMEONI à l'hôpital Robert DEBRE (Paris) pendant neuf ans. Des réunions de travail se sont alors engagées entre les médecins, la psychomotricienne et moi-même afin de construire un projet cohérent autour de cette classe que nous avons ensuite présenté à la directrice de l'école de l'hôpital afin de le finaliser.

Il est évident que cette place qui nous a été donnée dans la réflexion, l'organisation, la modélisation de la classe n'a fait que renforcer notre investissement tout comme cela a permis de créer une dynamique, une complicité, au sein de la « mini-équipe » de la classe. Y interviennent une neuropédiatre, une orthophoniste mi-temps, une psychomotricienne sur deux matinées et un enseignant spécialisé maître E.

Les objectifs de la classe

La classe s'est ouverte en septembre 2004 avec un objectif très précis : renforcer l'acquisition du langage écrit chez les enfants présentant une dysphasie.

Notre volonté est de privilégier sur cette classe des enfants présentant un TSL sévère, ancienne dysphasie, scolarisés en cycle 2, afin de leur éviter l'échec scolaire en favorisant l'apprentissage précoce du langage écrit par une prise en charge rééducative intense et individualisée. Cette dernière est envisagée sur une période de une à deux années maximum avec pour objectif final une ré-intégration à temps plein en école ordinaire.

Le recrutement des enfants

Le recrutement des enfants est interne au centre de référence afin d'assurer un diagnostic empreint de la rigueur de l'évaluation réalisée par une équipe pluridisciplinaire formée à la neuropsychologie.

Compte tenu de la contrainte du mi-temps d'orthophonie, le nombre d'enfants admis dans la classe est limité à quatre ou cinq afin que chacun puisse bénéficier de quatre séances de rééducation orthophonique par semaine.

En effet, l'objectif de la classe est d'intervenir de façon intensive mais circonscrite dans le temps auprès des enfants afin qu'ils progressent suffisamment pour ne plus être en échec scolaire à l'école. Le projet est proposé, rappelons-le, pour un à deux ans maximum. Cela

rend aussi nécessaire une certaine proximité entre le lieu d'habitation, celui de la scolarisation de l'enfant et l'hôpital où la classe est implantée. C'est pourquoi, les enfants résident tous sur Toulouse ou sa proche banlieue.

Le fonctionnement

Nous avons choisi de maintenir ces enfants scolarisés l'après-midi dans leur école de quartier afin de ne pas les couper de leurs pairs d'une part, de faciliter leur ré-intégration progressive d'autre part.

Cette scolarité mi-temps le matin sur l'hôpital des enfants permet d'aborder les apprentissages fondamentaux en situation quasi individuelle tout en maintenant les activités d'éveil et sportives avec leurs pairs l'après-midi. Les activités scolaires, telles que les sorties, les voyages, les spectacles (...) initiées au sein de l'école ordinaire sont prises en compte afin que les enfants y participent même s'ils doivent pour cela ne pas venir (très) ponctuellement sur la classe. Refuser un fonctionnement rigide au profit d'un fonctionnement adaptatif nous facilite les relations avec les écoles extérieures et renforce l'adhésion des enfants au projet car ils ne sont pas exclus des activités de leur classe en venant à l'hôpital.

L'un des nombreux atouts de cette classe est la souplesse que nous souhaitons conserver quant à la ré-intégration progressive des enfants en milieu ordinaire. Chacun d'entre eux retourne progressivement dans sa classe, une matinée après l'autre, en fonction de ses progrès, de sa confiance en lui, et non en fonction des limites d'une année scolaire.

Cette ré-intégration progressive nous a conduit à recevoir jusqu'à six enfants en « temps partiel ». La motivation de l'équipe a ainsi permis de fréquentes « ré-organisations » afin de recevoir en cours d'année, et parfois en urgence, des enfants en grande difficulté.

Afin de conserver le maximum d'objectivité dans l'évaluation des compétences scolaires de nos enfants, ils participent aux évaluations nationales réalisées en début d'année (CE1, CE2) au même titre que les autres élèves de leur classe. Ces évaluations sont réalisées soit dans leur école de quartier auprès d'un enseignant spécialisé, soit dans la classe de langage mais dans les conditions initiales identiques (temps...). Les consignes sont en revanche peut-être mieux expliquées et/ou plus longtemps.

Les liens avec l'école se font par le biais des équipes éducatives mais aussi des échanges téléphoniques ou par mail. Un PPS est toujours rédigé pour nos enfants même si l'intégration dans notre classe ne relève pas d'une décision de la MDPH dans la mesure où elle est

identifiée comme une classe ordinaire faisant partie d'une école ordinaire, certes située sur l'hôpital des enfants, mais non comme une classe spécialisée (cf CLIS, IME...).

Les enfants sont là suffisamment longtemps pour créer des liens entre eux mais aussi avec nous. Cette complicité se ressent entre les enfants avec une entraide qui émerge entre les anciens et les nouveaux, les forts en maths et les moins forts, les compétents en informatique et les novices...La classe leur offre un espace de réussite et de reconnaissance dont tous savent se saisir.

Cette classe n'étant qu'un passage dans la scolarité de l'enfant, nous maintenons des liens forts avec l'extérieur (enseignant de la classe ordinaire, rééducateurs libéraux) tout autant qu'avec les parents.

Le fonctionnement de l'équipe

Le fonctionnement de l'équipe, peut-être parce qu'elle était réduite, a été simple les deux premières années. La discussion et la concertation étaient permanentes puisque enseignant et rééducateurs se rencontraient à chaque fois qu'un de ces derniers venait chercher un enfant pour sa rééducation individuelle, puis le ramenait, dans la classe. Une réunion hebdomadaire, entre enseignant, psychomotricienne et orthophoniste, permettait de faire le point sur les avancées, les difficultés, les stratégies employées pour chaque enfant afin que chacun s'en saisisse et en facilite la généralisation.

Des réunions plus ponctuelles avec les médecins permettaient de re-discuter des orientations rééducatives, des stratégies adoptées, des avancées mais aussi des difficultés rencontrées.

En tant que CHU, nous accueillons aussi en stage de formation des étudiants en orthophonie, en psychomotricité, des enseignants-stagiaires, des étudiants des écoles d'ingénierie de Toulouse mais aussi des étudiants venant en France grâce à ERASMUS, de Tchéquie par exemple. Tous ont beaucoup apporté au dynamisme de la classe sans jamais entraver la progression de chacun des enfants.

Plus que le petit nombre d'intervenants dans la classe, c'est la cohésion et l'adhésion de chacun à un projet et à une conception des troubles qui s'est en fait révélée déterminante.

Cette année 2006/07, nous faisons équipe avec une enseignante qui reconnaît mal l'origine neuropsychologique des troubles et n'adhère donc pas au projet de la classe. Nous n'avons ainsi pas pu généraliser dans le lieu de la classe toutes les stratégies nécessaires au trouble de l'attention que présente, cette année, chacun de nos enfants ayant un TSL. Il en est de

même pour le contrat « comportemental » mis en place pour l'un d'entre eux ayant des troubles du comportement...qui ne s'expriment plus en rééducation.

Cette difficulté que nous rencontrons cette année rend compte des difficultés que l'on retrouve régulièrement dans les relations entre le monde médical et le monde enseignant à une époque où, malheureusement, deux écoles de pensée diamétralement opposées s'affrontent encore pour expliquer et prendre en charge les troubles du langage.

Ces troubles sont les seules maladies, handicaps, qui se révèlent à l'école. Alors que toutes les autres maladies sont reconnues comme étant du ressort médical, les TSL et troubles du langage écrit appartiennent encore à la pensée magique de l'enseignant qui en fera, à sa guise, une interprétation très libre dont la responsabilité des parents n'est jamais très loin.

Si nous avons la chance sur l'hôpital d'être soutenus par les neuropédiatres qui supervisent la classe, il n'en est pas de même lorsque les enfants sont pris en charge en libéral.

L'intérêt du dépistage puis du suivi de l'enfant par le médecin scolaire est alors très important.

Les liens avec les parents

Ces derniers sont sollicités pour accompagner leur enfant le matin, dans la mesure du possible, même si l'ALD leur donne droit à un trajet aller/retour par VSL. Cela nous permet de rencontrer les familles tous les jours tout en n'imposant pas un coût de prise en charge trop élevé à la sécurité sociale.

Par ailleurs, nous rencontrons les familles de façon plus formelle avant chaque période de vacances scolaires, soit toutes les 5 à 7 semaines. Notre ligne téléphonique leur est toujours ouverte, y compris pour nos anciens patients.

Lors des deux premières années, l'enseignant attaché à la classe proposait de nombreux projets extra-scolaires où les familles (parents, frères et sœurs) se retrouvaient. Ainsi, nombre de sorties, de voyages (le Futuroscope, le gouffre de Padirac en petit train, expositions, arbres de Noël, création d'un journal, intervention dans le journal de l'hôpital avec les enfants...) permettaient aux parents de se retrouver et d'échanger, comme cela aurait pu se faire de façon plus conventionnelle dans un groupe de parents mais, peut-être davantage, de dédramatiser le handicap de leurs enfants en côtoyant des enfants à la pathologie plus lourde. Plus simplement, cela permettait aux enfants et à leurs familles de partager des moments sympathiques dont les troubles du langage n'étaient pas le centre d'intérêt principal.

Les liens avec les professionnels libéraux

Les rééducateurs qui avaient jusqu'à présent en charge les enfants, en libéral ou en structure, sont invités à venir découvrir la classe, à passer une matinée avec nous puis reçoivent les comptes-rendus de rééducation et d'évaluation bi-annuels. A la fin de la prise en charge au sein de la classe, il est ainsi plus facile de reprendre avec les mêmes praticiens la prise en charge libérale initiale de l'enfant.

Les limites du projet

Notre souhait initial était d'intégrer le plus possible des enfants de grande section de maternelle et de CP afin de pouvoir travailler spécifiquement avec eux l'acquisition de la lecture et éviter, ainsi, l'échec scolaire.

Malheureusement il était difficile de convaincre les parents de l'intérêt de la classe tant que leur enfant n'était pas confronté à l'échec d'apprentissage de la lecture.

La première année, en 2004/2005, nous n'avons eu qu'un seul enfant de 5 ans, Loïc. Il présentait un trouble de production phonologique très sévère puisqu'il ne s'exprimait qu'avec les voyelles. Nous avons aussi un enfant de 6 ans, Bryan, présentant une dysphasie réceptive qui nous avait été adressé par l'orthophoniste de l'IME dans lequel il avait été intégré en moyenne section de maternelle de par ses troubles du comportement.

Les autres enfants de cette première année, et ceux entrés au cours de la 2nde année, avaient soit redoublé le CP, soit redoublaient le CE1, et arrivaient ainsi dans la classe après deux années d'échec scolaire et un non apprentissage du langage écrit.

Au fur et à mesure de l'existence de la classe, la possibilité pour les parents d'enfants-candidats de discuter des résultats obtenus avec les enfants passés sur la classe, de visiter la classe, de nous rencontrer, d'en discuter avec les associations de parents où adhèrent certains parents d'anciens enfants de la classe (...) permet de lever doucement cette appréhension.

Depuis novembre 2006, la psychomotricienne et moi-même revoyons les enfants sortis de la classe les années précédentes pour un bilan d'évolution.

Il est, à l'heure actuelle, difficile d'avoir des données statistiques fiables sur l'évolution de ces enfants. Néanmoins, il apparaît que ce sont ceux qui ont été intégrés le plus précocement dans la classe, et qui ont le moins connus l'échec scolaire (entrée en grande section ou lors du redoublement du CP) qui s'en sortent le mieux.

Loïc est aujourd'hui en CE1. Il fait partie de la tête de classe, aidé en cela par de très bonnes capacités mathématiques, mais est aussi bon lecteur. Il lisait en novembre dernier (début de CE1) un tome de HARRY POTTER dont il pouvait parfaitement expliquer l'intrigue.

Le second, Bryan, est aujourd'hui en CE1 à temps plein avec des résultats honorables. La compréhension orale et écrite est encore insuffisante mais progresse régulièrement.

Les autres enfants, entrés dans leur troisième année de scolarité primaire n'ont pas la même évolution. Ils sont encore trop peu nombreux pour en tirer des généralités mais le profil est assez similaire. Ce sont des enfants qui ont acquis la lecture. Celle-ci reste lente, imparfaite dans les stratégies de déchiffrage, avec un accès au sens restreint par nombre de facteurs dont la faible mémoire de travail mais aussi leurs faibles connaissances générales. On note pour ceux ré-évalués un an après leur sortie, un recul dans leurs capacités de déchiffrage ; les deux stratégies de lecture sont moins performantes qu'elles ne l'étaient au moment de leur sortie.

Les capacités métaphonologiques se sont quasi – normalisées chez presque tous les enfants grâce à un entraînement spécifique dont nous parlerons dans une partie ultérieure.

Sur le plan du langage oral, tous ont énormément gagné en compréhension verbale. Le stock lexical passif reste souvent insuffisant mais tous sont dans la moyenne et/ou au dessus en compréhension morphosyntaxique (à l'épreuve de l'ECOSSE). En expression, le trouble phonologique reste discret, n'apparaissant souvent plus qu'en situation dirigée. L'encodage syntaxique comporte toujours des éléments de déviance (surtout en dirigé) mais, là encore, le langage oral peut recourir à un assez bon niveau d'élaboration en spontané chez les plus jeunes. Il n'a jamais été noté de difficultés pragmatiques primaires chez les enfants de la classe. En revanche, des difficultés pragmatiques secondaires au trouble de l'encodage nous ont poussées (la psychomotricienne et moi) à proposer un groupe d'interaction sociale/d'adaptation sociale à quelques enfants.

Les liens avec la recherche

En travaillant avec le Professeur CHAIX à l'hôpital des enfants, nous avons pu profiter d'un programme de recherche sur la rééducation des dyslexiques qu'il menait alors avec Jean-François DEMONET (INSERM).

Ce programme est basé sur un entraînement intensif portant sur :

- les capacités métaphonologiques (2 fois trois semaines)
- les capacités visuelles
- les capacités visuo-verbales

Tous les enfants de 8 ans ont pu bénéficier de cet entraînement et ont, grâce à lui, montré de réels progrès dans les domaines travaillés. Le plus saillant, peut-être, est la quasi normalisation des capacités métaphonologiques (BELEC, ODEDYS).

Exemple d'un cas clinique : Louis

- **Anamnèse**

Louis est né le 17/11/97 au terme d'une grossesse et d'un accouchement sans particularité. Il est le 2nd d'une fratrie de trois, sa sœur aînée et son frère cadet n'ont pas de trouble des apprentissages.

En 2001, Louis, un enfant gaucher âgé de 4 ans et demi et scolarisé dans une classe de moyens-grands, consulte dans le service de neuropédiatrie car il présente des troubles du développement du langage oral et de la motricité qui nécessitent déjà des adaptations scolaires.

Sur le plan médical, l'audition est bonne et la vue corrigée par des lunettes.

Cette consultation donne lieu, en début de grande section, à une évaluation neuropsychologique et neuropédiatrique.

Des épisodes ressemblant à des absences avec une fixité du regard et une suspension de la conscience aboutissent à la passation de deux EEG de sommeil à 4 mois d'intervalle sans qu'aucun signe électrique soit enregistré. Un cycle glycémique et insulinique ne décèlent aucune anomalie. Par la suite, ces épisodes disparaissent lorsque les parents font attention à bien respecter le cycle d'alimentation et de sommeil. Cette attention reste importante et nécessaire encore aujourd'hui.

L'évaluation neuropsychologique objective parallèlement un trouble sévère du développement du langage oral de type mixte qui nécessite la poursuite de la rééducation orthophonique en place depuis un an.

Une dyspraxie est également diagnostiquée pour laquelle est conseillée une rééducation psychomotrice. Celle-ci est immédiatement mise en place par les parents.

L'évaluation des capacités cognitives met en avant une grande disparité dans les subtests verbaux avec, non pas des absences comme le décrit la maman, mais des moments où Louis semble ne pas comprendre ce qui lui est demandé. Le dénombrement n'est pas acquis tandis que le vocabulaire s'est développé malgré un trouble phonologique. Les subtests de l'échelle performance sont homogènes mais tous inférieurs à la norme.

QIV : 95

QIP : 64

En juillet 2004, Louis est revu pour un bilan d'évolution alors qu'il est âgé de 6 ans et 8 mois. Le trouble spécifique du langage oral, de type mixte, est confirmé sans apprentissage du langage écrit après une année de CP. Sur le plan psychomoteur, le trouble dyspraxique est toujours très présent et touche alors tant la motricité fine et globale, l'équilibre et les coordinations. Un trouble déficitaire de l'attention y est associé.

A cette époque, Louis est suivi de façon assez ponctuelle par un pédopsychiatre qui a décelé quelques éléments dépressifs après la séparation de ses parents.

En mars 2005, une nouvelle consultation a lieu avec la neuropédiatre. L'apprentissage du langage écrit ne dépasse pas quelques mots repérés globalement. Sa scolarité se déroule très mal dans son école de quartier où son trouble n'est pas du tout pris en compte. La maman développe une méfiance, voire une défiance, vis-à-vis de cette école, ce qui entrave parfois par la suite notre travail de lien avec le milieu enseignant en mettant toujours en doute la bonne volonté de l'enseignant et en sous-estimant les difficultés de son fils.

L'orientation en CLIS est alors proposée aux parents en même temps que l'opportunité d'entrer sur la classe de langage à la rentrée scolaire suivante.

- **L'entrée dans la classe**

En septembre 2005, Louis fait sa rentrée dans la classe alors qu'il ne sait pratiquement ni lire, ni écrire, ni compter. Malgré la bonne volonté et la rigueur du travail de sa rééducatrice, les apprentissages ne se sont pas fixés.

Louis arrive ravi à « l'école de l'hôpital », il s'entend tout de suite bien avec les autres enfants, a confiance en nous et investit tout ce qui lui est proposé. Cet investissement ne se dément pas à l'heure actuelle, après plus d'un an et demi de prise en charge intensive, et malgré les nombreux efforts qu'il a eu à fournir.

Le bilan orthophonique, réalisé à l'entrée dans la classe, met en avant des capacités réceptives très insuffisantes en compréhension verbale (lexicale et syntaxique). Sur le versant expressif, persistent un trouble des praxies bucco-faciales, un trouble phonologique, un trouble de l'évocation avec de nombreux temps de latence, une dyssyntaxie rendant l'encodage syntaxique très laborieux. La mémoire verbale immédiate et la mémoire de travail sont très faibles.

A l'écrit, les capacités métaphonologiques sont peu développées et ne permettent de manipuler que les unités syllabiques. L'utilisation du code écrit est réduite et très déviante.

- **Le comportement**

Le premier trimestre 2005 est extrêmement difficile car, de nature très anxieuse, Louis ne parvient pas à investir les stratégies que nous lui proposons et persévère sur ses stratégies déviantes. Le constat est le même en orthophonie et en psychomotricité.

En fait, nous nous apercevons, confortés en cela par un examen psychomoteur complet actualisé, que Louis présente toujours un trouble de l'attention associé à une impulsivité majeure, majorés par une réelle anxiété de performance et une conscience aiguë de ses troubles. La cohésion de l'équipe, la circulation des supports, utilisés en rééducation orthophonique et psychomotrice, dans les trois lieux d'accueil (classe, salle de psychomotricité, salle d'orthophonie), le renforcement positif constant de chaque petit progrès (...) permettent à Louis d'évoluer doucement et de reprendre confiance en lui.

Les premières séances se déroulent sans la présence des stagiaires tant cela majore l'impulsivité et l'anxiété de Louis.

Aucun progrès n'est réellement noté lors du premier trimestre que cela soit en psychomotricité ou en orthophonie.

Pourtant, parallèlement, Louis va mieux. Il s'épanouit dans les matières d'éveil à l'école et il retrouve une certaine sérénité la maison.

Quelle que soit la nature de la rééducation, il nous est impossible de mettre en place de nouvelles stratégies tant les anciennes stratégies déviantes envahissent tout l'espace de travail renforcées par l'impulsivité, le trouble de l'attention et l'anxiété.

A partir de janvier 2006, lui est proposé un traitement par RITALINE qui améliore énormément ses capacités d'attention. L'impulsivité reste saillante, probablement toujours majorée par l'anxiété et la conscience que Louis peut avoir de ses troubles.

Au début, La prise de RITALINE a un certain effet sur l'impulsivité mais elle ne fait pas effet avant 9h 30...effet méconnu au tout début qui nous fait nous interroger sur l'efficacité du traitement les premiers jours. Il faut, en fait, insister auprès de la maman pour qu'elle « n'oublie » pas de lui donner les premiers temps.

L'intrication des troubles instrumentaux et des troubles anxieux est une dimension non négligeable dont nous mesurons régulièrement l'incidence sur l'évolution de Louis, et ce encore aujourd'hui.

Nous demandons dès décembre 05 à la maman de réaliser un bilan orthoptique en ville (pas d'orthoptiste à l'hôpital). La variation des performances de Louis déstabilise beaucoup

l'orthoptiste qui ne parvient pas réellement à poser de diagnostic mais qui propose tout de même une prise en charge jusqu'en juin 2006.

- **La rééducation orthophonique**

Louis bénéficie de quatre séances de rééducation orthophonique de $\frac{3}{4}$ d'heure par semaine de septembre 2005 à mai 2006. Quand il ré-intègre son école ordinaire une matinée par semaine du fait de ses progrès dans tous les domaines d'apprentissage (lecture, transcription, graphisme), nous passons à trois séances par semaine, rythme que nous conservons actuellement.

1. La rééducation du langage écrit

**** Lecture et programme PROGRES***

La priorité de la prise en charge est bien sûr l'acquisition du langage écrit. C'est pourquoi, nous démarrons tout de suite le programme de rééducation « PROGRES » de l'INSERM prêté par Jean-François DEMONET et Yves CHAIX en parole normale (la parole ralentie n'ayant pas montré de résultats différents de façon saillante).

Les performances de Louis sont très faibles au tout début ; il nous faut une séance entière les premiers temps (soit 45 minutes) là où, en fin d'entraînement phonologique nous n'en mettons plus que 20.

Pour développer la voie d'assemblage, nous travaillons l'acquisition des règles simples et régulières de conversion grapho-phonémique en nous appuyant sur la méthode BOREL MAISONNY qui augmente, ou allie, un signe à chaque phonème. Cela nous aide énormément à la compréhension du mécanisme de fusion syllabique et à l'évocation des phonèmes. L'association de phonèmes dans des groupes consonantiques complexes (CVC et CCV), sur le même principe, est excessivement laborieuse malgré les signes BOREL et les codes couleur renforçant l'aspect séquentiel de la lecture. Par la suite, nous travaillons l'acquisition des digraphes vocaliques en nous appuyant sur des mots-cibles afin de faciliter l'évocation en lecture puis en transcription (« ien » de chien avec le point du « i » transformer en bougie pour signifier qu'il est audible et rendre saillante sa position initiale, contrairement au « ein »).

La segmentation de mots en syllabes est toujours difficile pour des mots à phonologie complexe et ce, d'autant plus qu'il existe des digraphes vocaliques encore parfois mal

identifiés et donc mal segmentés. Le déchiffrage de mots par la voie d'assemblage est beaucoup entravé par :

- une mémoire de travail défaillante (malgré l'entraînement phonologique de PROGRES) qui lui fait oublier les syllabes initiales du mot, l'empêchant ainsi de reconstruire l'image phonologique du mot dans son ensemble.
- Une impulsivité qui le pousse, et encore parfois, à ne pas lire plus de deux syllabes par mot avant de passer au suivant.
- Un trouble majeur de la représentation du geste moteur de certains phonèmes qu'il distingue au niveau perceptif auditif et visuel mais qu'il a du mal à différencier au moment de la réalisation articulatoire (ex : m et n sont aujourd'hui relativement bien différenciés visuellement et auditivement mais le plus souvent articulés [mn] avec une recherche articulatoire évidente).

Pour développer la voie d'adressage, nous sollicitons beaucoup la mémoire et l'attention visuelles de Louis en les renforçant par des codes couleurs. Ainsi dans les phrases puis les textes lus, les déterminants les plus usuels sont surlignés en jaune, les substantifs récurrents de l'histoire en rose et les verbes récurrents en vert. Chaque catégorie est lue dans son ensemble avant la lecture de la phrase ou du texte. Cela est une procédure très efficace même si elle a ses propres limites.

Les substantifs récurrents sont aussi des clés pour la compréhension verbale écrite.

Parallèlement à la lecture de phrases ou de petits paragraphes, nous sollicitons systématiquement la recherche de sens de l'écrit. Celle-ci est de bien meilleure qualité aujourd'hui mais, par manque de confiance en lui, Louis cherche toujours le support de l'illustration, ce qui le conduit à des erreurs d'interprétation.

Néanmoins, nous pouvons observer un impact important du travail réalisé en compréhension écrite sur les performances en compréhension orale. Ainsi, les celles-ci passent du 25^{ème} percentile au 50^{ème} percentile à l'épreuve de compréhension morphosyntaxique de l'ECOSSE dans les 6 premiers mois.

Aujourd'hui le déchiffrage est en cours de généralisation, soit d'un niveau CE1. Le déchiffrage gagne en fluence sur des mots usuels et/ou réguliers. On constate aussi une voie d'adressage en réel progrès qui permet une reconnaissance beaucoup plus rapide du mot lu. L'impulsivité nous conduit, enfin, à travailler depuis le début avec des caches afin d'éviter tout distracteur à la lecture. Tout d'abord seul un mot est visible, puis deux (...). Quand nous laissons la ligne entière, nous veillons bien à cacher la ligne du dessus et celle du dessous, tant cela aggrave la lecture de Louis.

Il parvient aujourd'hui, grâce au travail en psychomotricité et en orthoptie, à une bien meilleure coordination œil/doigt lors du déplacement de ce dernier sur la ligne à lire. Les caches sont à présent retirés.

Aujourd'hui, nous aimerions travailler la lecture rapide, et l'automatisation des procédures, en limitant le temps de présentation du mot-cible. Le logiciel « lecture au galop » est un bon outil mais nous attendons toujours la livraison de nos commandes...

*** L'orthographe**

La démarche utilisée pour la lecture est la même utilisée pour l'orthographe avec une émergence beaucoup plus récente des compétences. En effet, l'orthographe phonétique et l'orthographe d'usage n'apparaissent réellement que depuis février 2007, soit après 17 mois de rééducation.

Nous retrouvons sur le plan orthographique l'intérêt de :

- 1 - l'entraînement métaphonologique : nombre de syllabes, place des syllabes puis des phonèmes dans le mot d'un point de vue séquentiel, du jugement catégoriel...
2. la mémorisation de digraphes vocaliques avec des mots – cibles (« eur » de fleur)
3. la mémorisation des adverbes et locutions les plus fréquentes en insistant bien sur le temps d'épellation, le nombre de syllabes, les doubles lettres, les grandes lettres, les lettres muettes...Le temps de l'épellation puis celui de mémorisation (« visualisation » globale du mot) les yeux fermés sont des temps essentiels de l'apprentissage.

2. La rééducation du langage oral

Le langage oral n'est spécifiquement travaillé qu'à partir de juin 2006 tant l'apprentissage du langage écrit se révèle difficile.

*** La phonologie**

La phonologie gagne grâce à l'entraînement métaphonologique et à l'acquisition des règles de conversion grapho-phonémique.

Néanmoins, certaines altérations se montrent très résistantes. La plus marquante est celle portant sur le groupe consonantique [st] antériorisé en [ft]. Aucun support n'est efficace et il faut attendre la fin du mois d'Avril 07 (soit 20 mois de prise en charge) pour entendre deux mots, contenant ce groupe, être produits correctement en spontané.

**** Le travail de l'expression syntaxique***

L'expression syntaxique est surtout travaillée afin d'améliorer le recours à des conjonctions de subordination dans le but de relier les idées entre elles par des liens logiques, l'utilisation des pronoms compléments et l'acquisition de la voie passive (structure non acquise).

Nous insistons aussi beaucoup sur l'organisation du récit que Louis ne parvient que rarement à débiter par une présentation des lieux et des personnages. L'abus d'anaphoriques rend son discours souvent peu informatif.

Parallèlement, son manque de confiance en lui le pousse à des ruptures de structures et des reformulations constantes (qui font perdre le fil du récit à l'auditeur) et ne lui permettent pas non plus d'aller au bout de son discours.

L'ensemble de ses difficultés nous conduit en mars 2006 à mettre en place un petit groupe de communication que la psychomotricienne et moi-même animons. Nous travaillons ainsi avec deux enfants des situations de communication (demander l'heure, son chemin, téléphoner, expliquer une stratégie de jeux à des copains), contexte qui est très profitable à Louis pour prendre confiance en lui et utiliser ses compétences dans des situations sociales. En fait, cela nous permet d'agir sur les anomalies pragmatiques de son discours secondaires à son trouble du langage.

**** L'enrichissement du lexique***

Le lexique a été travaillé par champs sémantiques tout autant qu'au décours des histoires lues. La disponibilité lexicale a été entraînée à partir de jeux de fluence, d'évocation à partir d'une entrée visuelle (images présentées rapidement) et auditive (définition/devinette).

3. L'entraînement de la mémoire de travail

Enfin, la mémoire de travail verbale, déjà entraînée au travers des activités métaphonologiques, est régulièrement entraînée au travers de la restitution immédiate et différée d'histoires séquentielles, d'histoires entendues, de séries de mots à restituer en les reclassant en deux catégories distinctes (ex : fleurs/fruits).

- **La rééducation psychomotrice**

Louis (gaucher) bénéficie de deux séances hebdomadaires de rééducation la première année puis d'une, la seconde année, du fait de sa dyspraxie sévère. A l'entrée dans la classe, le bilan met en avant des difficultés en perception visuelle, des capacités visuo-constructives déficitaires, un déficit de la dextérité digitale, un trouble des gnosies digitales, un trouble massif du graphisme et un trouble de l'équilibre dynamique. L'attention est notée déficiente.

Les axes de travail proposés sont la perception, l'écriture, la motricité globale et l'équilibre.

Quatre mois plus tard, Louis bénéficie d'un traitement par RITALINE tant son trouble de l'attention se révèle massif malgré la rééducation entreprise aussi sur cet axe.

Louis progresse régulièrement tout au long de cette année. La rééducation s'oriente alors la 2nde année sur les coordinations dynamiques générales. Le travail portant la motricité fine et l'écriture, les techniques de gestion de l'impulsivité est poursuivi.

- **La rééducation orthoptique**

La rééducatrice est très surprise par la variance des troubles présentés par Louis au décours de ses séances de bilan dont elle ne nous transmet pas de compte-rendu. Elle ne parvient pas à poser de diagnostic mais commence à travailler avec lui en décembre 05. Les bilans réalisés en février et avril 06 objectivent des progrès, dont certains sont certainement, au moins en partie, attribuables au traitement par RITALINE entrepris en janvier. La motricité binoculaire (moteur), les capacités fusionnelles (sensoriel) et la coordination perceptivo-motrice sont en progrès avec une disparition des signes subjectifs (céphalées, fatigue visuelle).

La rééducation s'arrête en juin 06 avec des exercices à faire à la maison.

- **Le projet après la classe**

Louis a acquis une certaine confiance en lui. Il est plus serein, moins impulsif ; il commence à avoir de l'humour et à nous taquiner. Il reste malgré tout très sérieux, désireux de bien faire, de progresser. Ses progrès en motricité sont nets dans tous les domaines travaillés.

A l'écrit, il a acquis un niveau CE1 en lecture et orthographe. Son langage oral s'est aussi nettement amélioré. Les mathématiques, travaillées avec l'enseignante spécialisée, restent très déficitaires avec de sérieuses difficultés dans la numération et la maîtrise des techniques

opératoires (dyscalculie spatiale) ; le choix des opérations pour un problème simple reste difficile.

Après deux années dans notre classe, Louis ne peut redoubler son CE2 ni intégrer un CM1 sans se retrouver en échec scolaire malgré sa très bonne progression personnelle. C'est pourquoi, nous avons proposé à ses parents de visiter un établissement, le CESDA, accueillant des enfants sourds et des enfants dysphasiques jusqu'à 20 ans. Cet établissement, longtemps réservé aux enfants sourds, s'est ouvert aux enfants présentant un TSL. Il propose des classes de niveaux, et non d'âge, avec un plateau technique permettant des prises en charge rééducatives individualisées sur place (orthophonie, psychomotricité).

La maman a eu beaucoup de mal à réfléchir à cette proposition, à accepter l'idée d'aller vers une scolarité spécialisée. Après la visite du CESDA, elle décrit son fils comme moins en difficulté que les autres (et tant mieux). Elle se pose la fausse question de la socialisation de son fils car tant les enfants dysphasiques que les sourds sont des enfants normalement intelligents aptes à entretenir des liens sociaux avec leurs amis. Par ailleurs, cette école se trouvant dans le quartier de Louis, il peut poursuivre ses activités sportives et fréquenter le centre de loisirs sans problème organisationnel particulier.

Louis doit passer trois jours dans cet établissement, au sein duquel nous avons des contacts privilégiés avec le médecin et quelques orthophonistes, afin que l'équipe puisse évaluer l'opportunité et la faisabilité de ce projet. Nous espérons que la MDPH donnera aussi son aval à cette proposition, que les parents et Louis accepteront cette orientation afin de lui permettre de continuer à évoluer et à s'épanouir en dehors des normes trop rigides (pour lui) de la scolarité ordinaire.

CONCLUSION

L'importance des Troubles Spécifiques du Langage ne fait plus aucun doute sur le plan de la Santé Publique. Leurs conséquences néfastes se prolongent bien au-delà du cadre scolaire, touchant tous les domaines de la vie des enfants qui en souffrent.

Leur prise en charge précoce permet une meilleure compensation des troubles et atténue leurs effets secondaires. Cette prise en charge doit être pluridisciplinaire dans un travail en partenariat des différents protagonistes. En premier lieu et au centre, l'enfant porteur de Troubles Spécifiques du Langage. En second lieu ses parents qui l'accompagnent au quotidien par leur soutien affectif. Enfin les professionnels en charge du dépistage, du diagnostic et des modalités de rééducation au plus près des besoins spécifiques des enfants.

Alliant expertise médicale et connaissance approfondie du système éducatif, le médecin scolaire est l'interface indispensable entre les équipes pédagogiques d'une part, les élèves, leur famille, les éventuels partenaires extra institutionnels qui assurent les soins et rééducations répondant aux besoins spécifiques des enfants d'autre part .

De par ses missions et sa présence régulière au sein de l'école, le médecin scolaire est l'interlocuteur privilégié des enseignants confrontés à des enfants présentant un trouble du langage. Au cycle 1, il s'agit surtout des enfants « mutiques », « incompréhensibles » ou « difficilement compréhensibles » ; d'autant plus s'il existe associés des comportements perturbateurs pour le fonctionnement de la classe. A partir du cycle 2, les motifs d'alerte sont des « difficultés scolaires », en particulier d'acquisition et de maîtrise du langage écrit, chez des enfants s'exprimant peu ou mal à l'oral.

A la suite des signalements des enseignants, ou dans le cadre de bilans de santé systématiques, le médecin scolaire réalise des tests de dépistage validés et standardisés. S'il détecte des troubles du langage, il oriente l'enfant et sa famille vers une équipe pluridisciplinaire libérale ou, comme nous l'avons vu ici, vers un centre référent du langage. Un bilan neuropsychologique complet permet d'aboutir à un diagnostic précis du trouble du langage, des troubles cognitifs associés, s'il y en a, mais aussi des compétences de l'enfant sur lesquelles la prise en charge pourra s'appuyer. Le bilan orthophonique décrira, lui, précisément le trouble du langage et la rééducation à mettre en place.

Commence alors un nécessaire partenariat entre le milieu scolaire, le milieu médical et la famille afin d'aider l'enfant à progresser et s'épanouir au mieux.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 11 février 2005 relative à « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », et la création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), un PPS, Projet Personnalisé de Scolarisation, jette les bases de ce partenariat. Il s'agit d'un document écrit dans lequel sont identifiés les besoins particuliers de l'enfant et les mesures compensatoires que les signataires s'engagent à mettre en place. Il est réévalué au moins une fois l'an de manière à s'adapter au plus près aux besoins éducatifs, rééducatifs et pédagogiques de l'enfant. Sa signature a lieu à l'école à l'initiative de la famille de l'enfant. Elle est organisée par l'Enseignant Référent (ERH) chargé, dans la circonscription, du suivi de la scolarité des enfants porteurs de handicap.

Les mesures compensatoires comportent des aménagements scolaires, notamment des aménagements horaires autorisant que certaines rééducations se déroulent pendant le temps scolaire, des remédiations pédagogiques, l'accompagnement éventuel par une auxiliaire de vie scolaire (AVSi).

Malheureusement, de telles mesures ne constituent qu'une réponse partielle dans le cas de troubles du langage sévères. De plus les Classes d'Intégration Scolaire (CLIS) existant au sein de l'Education nationale n'ont actuellement pas vocation à recevoir des enfants dysphasiques.

C'est donc dans ce cadre qu'un partenariat encore plus étroit voit le jour entre des classes spécialisées, souvent rattachées à un centre référent, et l'école ordinaire. Celle décrite ici se trouve au sein de l'hôpital des enfants mais il en existe d'autres intégrées dans des écoles ordinaires.

Dans ce contexte, il est évident que pour améliorer la prise en compte des Troubles Spécifiques du Langage, et la cohérence du projet construit autour des besoins de l'enfant, il est indispensable de développer la communication entre les différents acteurs du partenariat au cœur duquel se placent l'enfant et sa famille.

A l'école, les réunions d'équipe éducative, permettent à tous de se rencontrer régulièrement, pour la signature du PPS initialement, puis dans le cadre du suivi évolutif de l'enfant.

Par ailleurs, les formations telles que le Diplôme Universitaire « Troubles des apprentissages » qui a suscité ce travail, par la qualité des intervenants et l'ouverture sur un large public, sont également des occasions privilégiées de pouvoir échanger sur nos

pratiques respectives et construire une culture commune des Troubles des apprentissages. Cette culture commune et la meilleure connaissance des métiers de chacun améliorent le dialogue et le travail ensemble.

Ainsi, nos formations et nos expériences différentes d'orthophoniste et de médecin scolaire n'ont initialement pas facilité la rédaction de ce mémoire commun. Toutefois, nous nous sommes finalement rejointes sur l'investissement que nous portons aux troubles spécifiques du langage dans nos activités professionnelles respectives et notre souci permanent de développer le partenariat médecin scolaire/orthophoniste dans notre pratique quotidienne.

