



L'enfant avec une dyspraxie

Définitions – Spécialistes – Scolarité

Réunion DMF Gironde du 20 janvier 2007

Cette réunion a réuni professionnels, enseignants et parents autour du thème de la dyspraxie, le 20 janvier dernier, dans les locaux de mesdames Bellanger et Thibal (psychologue clinicienne et psychomotricienne).

Les 3 organisatrices ont choisi de proposer un échange plutôt qu'une conférence, afin de déterminer les actions possibles en fonction des demandes et attentes de tous, dans le cadre de l'association D.M.F au niveau de la Gironde.

INTRODUCTION

- ◆ Présentation des organisatrices
- ◆ La vie de l'antenne DMF en Gironde
- ◆ Définitions de la dyspraxie

LA PAROLE AUX SPECIALISTES

- ◆ Rappel de l'évolution du traitement de la dyspraxie
- ◆ L'enfant et la psychomotricienne
- ◆ L'enfant et l'orthophoniste
- ◆ L'enfant et l'orthoptiste
- ◆ L'enfant et l'ergothérapeute
- ◆ L'enfant et la psychologue clinicienne

L'ORGANISATION DE CETTE PRISE EN CHARGE

QUELLES SUITES DONNONS NOUS À CETTE RÉUNION ?

NOTES



INTRODUCTION

PRESENTATION DES ORGANISATRICES

Brigitte BERNADET*

05 56 28 96 74 – bbalpp@club-intemet.fr – Eysines - 33

Brigitte, maman de quatre enfants précoces, dont le dernier, Bastien (12 ans), a été identifié avec une dyspraxie en février 2006. Membre fondateur de l'association ANPEIP Aquitaine, Brigitte souhaite maintenant s'investir, apporter son expérience associative à la création d'une antenne girondine de l'association D.M.F.

Depuis le début de sa scolarité, Bastien a rencontré de gros troubles de dysgraphie, de discrimination auditive, d'un manque « apparent » de concentration, d'un désintérêt du quotidien et enseignants, professions médicales, parents, avaient attribué ces difficultés à la précocité intellectuelle, difficultés très fréquentes chez les EIP. En famille, ses maladroites ont été également expliquées par la précocité, par un désintérêt de tout ce qui était du domaine de la motricité comme :

- impossibilité de nouer ses lacets
- apprentissage tardif du vélo (à plus de 9 ans)
- verre d'eau renversé à chaque repas
- ne sait pas couper sa viande (arrache les morceaux avec sa fourchette)
- aliments tombant autour de lui
- incapacité à enchaîner les tâches selon les ordres donnés

Ses lourds problèmes de graphisme, handicapant son travail scolaire dès la maternelle, ont entraîné ses parents à le faire suivre par différentes rééducations : neuropsychologie, psychomotricité, orthophonie, rééducation de l'écrit, ostéopathie, orthoptie, podologie en staturo-posturologie, etc.

Ces multiples prises en charge et sa précocité ont permis à Bastien de compenser jusqu'à l'arrivée en 6^e. Au cours du 2^e trimestre de 6^e, Bastien s'est effondré. Les enseignants disaient qu'ils étaient face à 2 enfants : un élève brillant et cultivé à l'oral, et un enfant en très grosse difficulté dès qu'il fallait passer par l'écrit.

Brigitte a donc fait une démarche personnelle auprès d'une psychomotricienne. Le bilan réalisé a permis d'identifier sa souffrance, de mettre un mot dessus. Savoir comment et quoi faire a été très important. Depuis la pose du diagnostic et sur les recommandations de la psychomotricienne, Bastien est pris en charge en psychomotricité, en orthoptie, à nouveau en ostéopathie et en podologie, mais avec des professionnels sachant prendre en charge la dyspraxie.

Geneviève COTTIN*

geneviève.cottin@orange-ftgroup.com – Gradignan -33

Geneviève est maman d'un enfant précoce de 12 ans, Gwénaél. C'est un grand prématuré né à un poids de 800 g pourtant sans incident médical particulier. Après sa naissance, le suivi médical porta sur les aspects neurologiques. Plus tard, son père étant mal latéralisé et sa tante paternelle une gauchère « contrariée » ambidextre, la première prise en charge fut d'abord, à 6 ans, dans le domaine de la psychomotricité : travail au niveau des bases de construction du schéma corporel ainsi que sur l'espace. Entre 7 et 9 ans, il fut pris en charge par une orthophoniste pour rééducation de troubles de l'apprentissage du langage oral et écrit.

Côté vie quotidienne : difficulté à lacer les chaussures, vêtements mis devant derrière, apprentissage du vélo mais un peu laborieux, incapacité à manger sans faire de tâches sur les vêtements...

Côté scolarité s'accumulaient les commentaires : écriture illisible, incapable de suivre la ligne, fait tomber ou perd ses affaires, toujours beaucoup de désordre sur son bureau, cartable vidé devant toute la classe ...mais aussi immature, « est resté très bébé », incapable de se concentrer, ne veut pas travailler, cahiers peu soignés dignes d'un élève de CP (ce fut crié par la directrice devant toute l'école pendant la récréation). Ces critiques étaient vécus avec souffrance par Gwénaël qui ne se reconnaissait pas dans ce portrait fait de lui. D'autant que cela semblait mettre au second plan son langage très riche, une compréhension rapide, des connaissances acquises... Bref, ce que connaissent beaucoup d'enfants précoces.

Il parut alors impératif aux parents de faire tester, à 9 ans, le QI de Gwénaël (soupçonné élevé, tel celui de son père) pour faire évoluer l'image qu'en avaient de plus en plus les enseignants et qu'il avait de lui-même. C'est ce qui se passa avec sa maîtresse d'alors en CMI qui avoua avec honnêteté qu'elle considérait que Gwénaël valait mieux que ses résultats purement scolaires mais qu'elle ne comprenait pas comment il « fonctionnait » et qu'elle ne savait pas comment l'accompagner.

Le test psychométrique déclencha une succession d'autres bilans : orthoptiste (mettant en évidence une insuffisance du contrôle oculo-manuel), audiologie, orthophoniste (travail sur tableau en champs divisés).

Le diagnostic de dyspraxie n'a été posé que depuis moins d'un an, avec le regret qu'il ne l'ai pas été plus tôt. Mais il a donné du sens à ce qui était vécu au quotidien et à l'école, en permettant de ne pas en référer simplement à la « mauvaise volonté » de Gwénaël. Il a servi à (essayer de) convaincre les enseignants de porter un autre regard sur lui et d'adapter leur pratiques pédagogiques.

Juliette BERTIER*

Juliette.donjon@free.fr - 05 56 78 24 39

Juliette et Antoine BERTIER ont trois enfants : Alexandre – 6 ans ½ – Arthur – 5 ans – Apolline – 2 ans ½ -.

C'est Alexandre qui souffre d'une dyspraxie constructive visuo spatiale. Le diagnostic a été posé en octobre dernier après de longues années d'errance et de questionnements sur les maladresses, les chutes, etc. de ce petit lutin. Pris en charge depuis l'âge de ses 3 ans et demi par une psychomotricienne et une pédopsychiatre pour tenter :

de remédier à une psychomotricité fine laissant à désirer

d'apaiser des colères et des frustrations que l'entourage d'Alexandre n'arrivait pas à apaiser.

A la rentrée scolaire 2006/2007, une amie suggère de faire passer un test psychométrique à Alexandre. Réalisé en octobre 2006, ce test a permis d'envisager une dyspraxie visuo spatiale constructive, confirmée par un bilan fait par une orthoptiste spécialisée en neuro vision. Depuis Alexandre bénéficie d'une rééducation plus ciblée entre madame Aktouche (orthoptiste), madame Bellanger (psychologue clinicienne) et mme Lechaudel (ergothérapeute)... Alexandre est en CP, a trois prises en charge par semaine, dont une sur le temps d'école.

Le fait pour Alexandre et sa famille d'avoir identifié la dyspraxie a été un grand pas en avant dans leur compréhension mutuelle...

Etre adhérents de l'association D.M.F permet :

- d'être en contact avec d'autres familles concernées par cet handicap et,
- de pouvoir communiquer, s'informer sur cette pathologie complexe et multiforme (il n'y pas "la" dyspraxie mais "des" dyspraxies) qu'on ne peut réduire seulement à la notion vague de "maladresses" d'Alexandre.

Corinne SAHUT

Corinne.sahut@douane.finances.gouv.fr - 05 56 38 39 87

Corinne est référent de l'association en Gironde depuis les débuts de DMF. Maman de deux garçons dont Arthur - 13 ans - a été diagnostiqué avec une dyspraxie lorsqu'il était en primaire. Dès l'annonce de cet handicap, Corinne a voulu communiquer sur la dyspraxie afin d'informer parents et



professionnels. Par la publication d'un article dans le journal « la République » à Tour, cela lui a permis de correspondre notamment avec madame Amiel et E. Urtès, et F. Cailloux, tous à l'origine du site Dyspraxique Mais Fantastique. Aujourd'hui, Corinne est heureuse que d'autres parents se mobilisent et prennent le relais pour informer et agir autour de la dyspraxie en Gironde. Cela permet d'identifier de plus en plus cette pathologie, et d'éviter à l'enfant des souffrances inutiles et destructrices.

LA VIE DE L'ANTENNE EN GIRONDE

Afin de mieux comprendre la dyspraxie, Brigitte et Geneviève sont allées assister à une journée scientifique à Angoulême, le 17 mai 2006, organisée par :

le Dr Alain POUHET, médecin de médecine physique et réadaptation (MPR),

avec l'aide du SESSAD ADIMC 16 accueillant des enfants porteurs d'un handicap moteur et le soutien de l'association de parents DMF 16 « Dyspraxique Mais Fantastique ».

Juliette a cherché des renseignements sur Internet et toutes les trois se sont trouvées sur le site de l'association Dyspraxique Mais Fantastique. Les informations présentes, les connaissances partagées, les expériences, les frustrations, les colères, les espoirs qui y sont décrits ont motivé ces trois personnes pour s'investir au sein de la constitution d'une antenne girondine.

Les projets de cette antenne :

- diffuser le maximum d'informations sur la dyspraxie (enseignants, médecins, paramédical),
- rassembler les familles, créer un réseau d'entraide,
- créer un réseau de professionnels compétents dans ce domaine pour échanger.

DEFINITION DE LA DYSPRAXIE

Avant l'intervention des spécialistes présents, la définition du mot « dyspraxie » a été posée :

- « Dys » veut dire impossibilité ou difficulté à installer un fonctionnement,
- « praxies » désignent les programmes moteurs qui nous permettent après apprentissages d'enchaîner automatiquement nos gestes pour atteindre un but, comme écrire, dessiner, construire, s'habiller, et d'une manière générale de manipuler des outils.

L'association DMF propose la définition suivante :

« les dyspraxies sont des anomalies de la planification et de l'automatisation des gestes volontaires. La réalisation d'un geste résulte de la gestion coordonnée et automatique de nombreux facteurs temporels et spatiaux qui font l'objet d'une pré programmation cérébrale ».

L'enfant souffrant d'une dyspraxie est comme un conducteur de voiture dont « les ressources cognitives sont mobilisées {en permanence} dans les actions à accomplir : tenir le volant, suivre la route, passer les vitesses, faire attention à la circulation, mettre le clignotant, etc... » Jeanne Siaud Facchin « Aider l'enfant en difficulté scolaire », Edition Odile Jacob, 2006.

LA PAROLE AUX SPECIALISTES

La réunion d'aujourd'hui a pour objectif d'écouter des professionnels du monde médical en contact avec des enfants souffrant d'une dyspraxie afin d'avoir leurs témoignages pour mieux comprendre comment toutes ces professions « détectent » cette pathologie et comment elles accompagnent l'enfant ayant cet handicap.

❖ RAPPEL DE L'EVOLUTION DU TRAITEMENT DE LA DYSPRAXIE

Madame Anne-Marie FORCET
Ergothérapeute en SESSAD

Note des organisatrices

Si les professionnels sont encore si peu informés, c'est que les recherches et la littérature sur ce sujet sont rares. En effet dans la littérature française, à côté des quelques articles scientifiques et de quelques chapitres dans des livres généraux sur les troubles cognitifs, Un seul ouvrage y est entièrement consacré, c'est celui de Mazeau (1995) et encore porte-il essentiellement sur la dyspraxie chez les infirmes moteurs cérébraux (IMC) et non pas chez les enfants « tout venant ». La littérature anglophone est constituée surtout d'ouvrages qui commencent à dater un peu et traitent de la dyspraxie essentiellement en faisant référence à l'apraxie de l'adulte. Il apparaît donc important de travailler sur ce thème encore trop peu exploré et pourtant porteur d'un enjeu essentiel, le bien-être d'un certain nombre d'enfants et de leur famille.

La reconnaissance de la dyspraxie a dû subir un long cheminement. Au départ la dyspraxie n'a été décrite que chez l'enfant IMC et certains grands prématurés. Les études sur ces enfants souffrant d'un handicap lourd et global ont pu mettre en évidence des troubles communs. En étudiant ces troubles, les chercheurs ont découvert que des enfants non IMC, étaient atteints des mêmes symptômes qui nécessitaient un diagnostic précis et une prise en charge. Depuis une dizaine d'années, ce travail de recherche est entrepris sur ces enfants mais beaucoup de professionnels perçoivent encore la dyspraxie comme des problèmes psycho-affectifs.

Il faut différencier apraxie et dyspraxie. Chez des adultes, suite à un accident ou à des lésions, on parle souvent d'apraxie. Cela se caractérise par l'incapacité d'une personne d'exécuter un geste quand on le lui demande, alors qu'elle peut effectuer ce même geste spontanément. Pour des enfants, dont le cerveau est en construction, on parle de dysfonctionnements, de dyspraxies.

Les différentes praxies sont les suivantes :

- idéatoires (donner un peigne à quelqu'un qui ne saura pas s'en servir comme un peigne), idéomotrices (mimes, comment on ouvre une porte, dire coucou),
- constructives (espace à trois dimensions et pour la DVS sur deux dimensions),
- de l'habillement (difficultés d'orienter leur vêtement, démunis dans la vie quotidienne)
- les dysgraphies.

Pour une dyspraxie visuo spatiale (DVS), il y a trois symptômes :

- une dyspraxie (problème d'automatisation du geste),
- visuelle (au départ, problème oculomoteur),
- spatial (trouble de la spatialisation temporelle et de l'espace).

Ainsi pour qu'un geste soit efficace, il faut que la main soit sous le contrôle du regard, et il faut que le regard ait appris un certain nombre de choses pour que le geste soit opérant, vienne participer.

Note des organisatrices

Un geste se distingue d'un mouvement. Un mouvement est le résultat de la contraction d'un muscle ou d'un groupe de muscles faisant bouger un segment de membre (par exemple, la flexion du coude). Un geste est une combinaison complexe de mouvements, produisant une action consciente et volontaire guidée par un but, comme porter une cuillère à la bouche. Alors que les commandes motrices des muscles permettant les mouvements se mettent en place très précocement dans le développement et sont pour l'essentiel « pré-câblés », les gestes, eux, sont le fruit d'un long apprentissage. Sous l'effet de la répétition, des essais et erreurs successifs, se construisent peu à peu des schémas, des sortes de cartes toutes prêtes, inscrites cérébralement, contenant l'ensemble des instructions pour planifier chacun de nos gestes : ce sont les « praxies » (Mazeau, 1995, 1997 ; Mellier, 2000).

La dyspraxie est donc un trouble de la mise en place de ces « praxies ». Source : http://dyspraxie.info/fichiers/mem_m_germa.pdf

❖ L'ENFANT ET LA PSYCHOMOTRICITE

Note des organisatrices

Le travail du psychomotricien vise à réduire les personnes confrontées à des difficultés psychologiques vécues et exprimées de façon corporelle, en agissant sur leurs fonctions psychomotrices. Il traite des troubles du mouvement et du geste dont peuvent souffrir les enfants, les adolescents, les adultes et personnes âgées : bégaiement, tic, trouble de l'orientation et du comportement. Les actes qu'il est autorisé à pratiquer sont réglementés par un décret. Il intervient en séances de rééducation individuelles ou collectives sur prescription médicale.

A l'heure actuelle, 5 894 psychomotriciens, dont 85,5% de femmes, exercent en France. Source <http://www.sante.gouv.fr>

Intervention de madame **Nathalie DEMERY***

Psychomotricienne – 2 rue Léon Blum – 33700 Mérignac

Un enfant avec une dyspraxie

La première chose, c'est que l'on parle beaucoup d'enfants dyspraxiques. Or ces enfants ont une dyspraxie et aussi beaucoup d'autres caractéristiques : drôles, vivants, boudeurs, etc... Cela permet de ne pas étiqueter l'enfant et que cela lui colle à la patte. Ce n'est pas seulement la dyspraxie qui va venir le définir et le cataloguer.

Les dyspraxies, les enfants sont différents, le traitement est différent et les degrés également. On ne va pas forcément s'y prendre de la même façon avec chacun des enfants et ils ne vont pas forcément accepter les mêmes situations.

Ecouter les motifs de la consultation :

- En maternelle : on dit souvent c'est un enfant vif, mais qui ne fait pas d'efforts pour le graphisme, qui est opposant, qui est dans la lune, qui est dans son monde c'est pour cela qu'il lui faut du temps, qu'il ne produit pas... Les parents peuvent parler de quelque chose au niveau des doigts : « *ils sont gras, ils sont gros, ils sont potelés, ils sont tous maigres...* ».
- En primaire, ce qui revient le plus ce sont les problèmes de vitesse ou de lisibilité d'écriture, problème de présentation, enfant brouillon, sale. Très souvent on parle aussi de problème de concentration. La parenthèse par rapport à la concentration est qu'il est vrai qu'il peut y avoir des troubles de l'attention associés à une dyspraxie ou liés à une fatigabilité extrême. L'enfant, pour une tâche difficile pour lui, fait un effort, et puis un effort et encore un effort, et fatigué, il ne peut plus et décroche sur un exercice qui habituellement ne lui pose pas forcément un problème. Parfois des problèmes de géométrie sont soulevés mais cela n'est pas toujours évident, car la présentation des problèmes se fait sous une forme beaucoup plus cognitive et l'enfant arrive à compenser, arrive à se débrouiller. Donc, devant un échec, il sera jugé « paresseux, brouillon, cochon » .

- Au collège, on retrouve les mêmes difficultés : géométrie, écriture et de manière beaucoup plus large vont être évoqués des problèmes de comportements, de difficultés d'intégration.
- Ensuite, effectivement l'enfant arrive parfois avec des étiquettes, cela va de la paresse au problème moteur manuel, en passant par des soupçons de psychose car l'enfant ne dessine pas (il ne veut pas laisser de trace), ou alors de retard mental.

Cheminer avec les parents et l'enfant

La dyspraxie étant un syndrome développemental, il est nécessaire d'avoir du recul sur l'évolution de l'enfant, sa réaction à l'environnement.

Avant de faire penser à telle ou telle pathologie, il est important :

- de donner aux parents des points de repères à suivre au fil du temps de façon à ce que la famille ne change pas son regard sur l'enfant, tout en lui permettant de surveiller son évolution.
- de préparer les parents à entendre la suspicion de dyspraxie. Il ne s'agit pas de protéger mais de cheminer car, en tant que professionnel, il est tout aussi dangereux de ne pas dire que de faire penser à des éléments dyspraxiques qui au fil du temps seraient faux ou incomplets. Mais il faut rappeler que les professions paramédicales peuvent observer tel ou tel symptôme qui font penser à une dyspraxie, mais ils n'ont pas à donner de diagnostic.
- d'orienter vers une personne ressource qui va accompagner la famille dans son cheminement.

Autour de 5 ans, comme beaucoup de troubles développementaux, le diagnostic peut être posé et il peut rassurer l'enfant et les parents. Cela permet aux parents de reconnaître, dans leur enfant, des compétences afin qu'il ne soit pas enfermé dans une identification basée sur « ce qu'il ne peut pas ».

Le travail psychomoteur

Dans la dyspraxie il y a deux dimensions :

- le côté motricité avec le problème d'automatisation des gestes et surtout le problème de construction de l'espace : l'enfant doit se repérer et construire l'espace. Chacun de ses gestes se déroule dans un espace et dans un temps, d'où les difficultés fréquentes dont on entend parler au niveau du repérage aussi dans le temps. Dans la DVS c'est essentiellement la construction du geste qui pose problème, c'est en amont du geste et sur un plan cognitif, l'enfant va connaître le carré, mais il ne va pas savoir le tracer.
- le repérage dans l'espace : la localisation, l'orientation, le repérage d'un élément par rapport à un autre, avant, après, les successions. On travaille au niveau des constructions graphiques mais aussi non graphiques.

Dans le graphisme, le point indispensable à travailler, c'est celui de la représentation mentale, représentation qui fait défaut chez les enfants DVS. L'enfant tient mal son stylo car il n'a pas eu l'occasion d'organiser la gestuelle nécessaire. Il le tient comme il le peut et parfois dégage son regard pour essayer de suivre tant bien que mal la ligne. L'écriture n'est pas dépendante seulement de la vision.

En conclusion,

Lors d'un soupçon d'une dyspraxie, il est important :

- d'orienter la famille vers un médecin ou un psychologue spécialisé en neurologie pour coordonner bilans et rééducations,
- il ne faut pas se priver d'une équipe pluridisciplinaire qui permettra de flécher le parcours,
- de passer par un travail psychomoteur qui doit se faire sur deux dimensions motrice et spatiale, surtout spatiale pour la DVS.



❖ L'ENFANT ET L'ORTHOPHONIE

Note des organisatrices

L'orthophoniste prévient et prend en charge, sur prescription médicale, les troubles de la communication écrite et orale. Il est amené, à ce titre, à s'occuper des malentendants auxquels il apprend à parler et à lire sur les lèvres, d'enfants présentant des troubles du développement du langage et de la parole, un bégaiement, des difficultés d'apprentissage de la lecture, de l'orthographe, de l'écriture et de trouble du raisonnement logico-mathématique. Il intervient aussi auprès des adultes ayant des troubles de la voix (chanteurs, professeurs...) ou privés de leurs facultés d'expression ou de compréhension (surdité, accidents cérébraux).

Il dresse un bilan qui aide à l'établissement du diagnostic médical et il porte un diagnostic orthophonique. Si une prise en charge est nécessaire, il établit un projet thérapeutique. Au 1er janvier 2005, 16 288 orthophonistes exercent en France. C'est une profession en constante évolution : l'orthophoniste doit se tenir au courant des progrès techniques effectués en ce domaine. Source <http://www.sante.gouv.fr>

Madame Longère

Orthophoniste – 16 rue Jenny Lepreux – 33000 Bordeaux

Le consensus n'existe pas encore entre chercheurs, pas plus qu'entre cliniciens, sur une définition précise des troubles praxiques que constitue la dyspraxie. Il y a la classification de C.Gérard qui propose trois types de dyspraxies :

- l'une au niveau visuo spatial,
- la seconde au niveau du geste,
- la troisième au niveau des fonctions exécutives, de réalisation.

Il existe également des dyspraxies bucco faciales (difficultés à réaliser les gestes nécessaires à la production des sons ce qui est responsable d'un langage inintelligible).

Les raisons de la consultation

Souvent ce sont des plaintes concernant l'acquisition de la lecture, la transcription, l'orthographe, parfois dès le CP. Des mauvais résultats en mathématique, des troubles du développement du langage oral, pas forcément au niveau de l'articulation mais du langage en général, une lenteur d'exécution. En plus de ce tableau, dans l'anamnèse, on retrouve des difficultés dans la vie quotidienne, des maladresses, des difficultés graphiques dès le départ, dès la maternelle, qui peuvent interpeller, des problèmes de comportements avec les autres enfants, les enseignants (impertinences, provocations) et de manière générale des problèmes d'intégration au niveau scolaire : plus ils avancent en âge et plus cela est difficile. La dyspraxie peut aussi être masquée par d'autres troubles importants ou des particularités spécifiques (précocité intellectuelle, épilepsie, hyperactivité, nystagmus... Mais c'est d'abord le trouble scolaire qui va motiver la consultation orthophonique. Chez les petits, on observe des difficultés graphiques. En général, ce sont des enfants qui verbalisent beaucoup car ils prennent l'habitude, dès le plus jeune âge, d'expliquer ce qu'ils font : c'est une compensation par le langage. Ils ne sont pas tous précoces mais ils sont intelligents.

Comment identifier une dyspraxie

En primaire, il est intéressant d'analyser les cahiers en complément du bilan.. En général, cela ressemble à un enfant qui enlève des lettres ou en rajoute, qui surcharge ses productions, et cela permet d'envoyer vers la psychomotricienne pour avoir un bilan plus spécifique (au niveau du geste fin) et pour travailler ensemble sur l'écriture.

Les petits peuvent avoir du mal à acquérir le sens de la lecture, des opérations et de leurs dispositions...

Avant de demander des bilans complémentaires, on doit:

- regarder tout ce qui est praxie,
- regarder comment l'enfant produit ses gestes,

- chercher des déformations dans la production des mots (mise en évidence d'une mauvaise maîtrise du geste articulatoire et de la séquence)
- vérifier la syntaxe (même si un enfant avec dyspraxie n'a pas à priori de troubles de la syntaxe).
- chercher les difficultés d'informativité. Ce sont des enfants qui racontent beaucoup de choses mais qui ont du mal à organiser leur récit, comme dans les gestes. Finalement, on se retrouve avec un discours qui n'est pas très informatif et qui tourne un peu en rond. Malgré un bon niveau de vocabulaire, ils ont du mal à expliquer le sens des mots sans doute parce qu'ils n'ont pas une bonne représentation des choses (et cela est plus évident au collège car le niveau d'abstraction y est plus élevé).
- étudier la lecture en recherchant des élisions de mots, de lettres, de syllabes un peu n'importe où dans le texte mais qui pourrait évoquer une dyslexie visuo attentionnelle, assez fréquente chez ces enfants avec dyspraxie.

Le retentissement sur la transcription est souvent important avec des dysorthographies, sachant que ce sont des enfants qui ne se créent pas une bonne représentation des mots. Comme ils ont du mal à prendre les informations visuelles et les utiliser (surtout chez les DVS), ils ont une bonne orthographe phonétique mais tout ce qui est acquisition des mots irréguliers, des mots invariables, sera déficitaire et va provoquer des dysorthographies. Quand les enfants sont plus grands, ils ont du mal à écrire correctement tous ces mots que l'on acquiert en global. Et selon la plainte du patient, on peut proposer un bilan logico mathématique.

La rééducation

L'orthophoniste ne va pas rééduquer la dyspraxie mais les conséquences de celle-ci sur les apprentissages.

Au niveau de la lecture, on rééduque ces enfants en analytique et on utilise leurs capacités à verbaliser pour épeler un mot plutôt que de chercher l'image du mot qui de toute façon risque d'être tronquée à un moment ou un autre. L'oral doit être un support à la rééducation.

La manipulation les met en échec surtout dans le cas de dyspraxie visuo spatiale. Les opérations concrètes les mettent en difficulté (compter des matériaux, faire des ensembles) mais dans la littérature on décrit des enfants qui accèdent au stade formel c'est à dire au raisonnement hypothético-déductif. Ce sont des enfants qui fonctionnent habituellement correctement (s'ils ont un niveau cognitif normal) mais certains présentent une véritable dyscalculie, avec des troubles du raisonnement, surtout lorsqu'ils souffrent de difficultés de représentation mentale.

❖ L'ENFANT ET L'ORTHOPTIE

Note des organisatrices

Lu dans le livre de Jeanne Siaud Facchin « Aider l'enfant en difficulté scolaire », p. 164 : « Très important : un bilan chez un orthoptiste (sur prescription médicale) doit systématiquement être demandé. »

L'orthoptiste assure, par la rééducation, le traitement des troubles de la fonction sensorielle et motrice des yeux (strabisme, paralysie oculomotrice...). Il travaille sur prescription médicale : 80 % de ses actes sont prescrits par les ophtalmologistes. La pratique de l'orthoptie s'articule autour de trois éléments : le bilan, la rééducation orthoptique et la rééducation fonctionnelle du trouble visuel. A l'heure actuelle, 2 355 orthoptistes exercent en France, dont 92 % de femmes. Source (<http://www.sante.gouv.fr>)

Madame RECAPPE*

Orthoptiste du cabinet de mesdames Aktouche et Récappé - 90 cours de Verdun – 33000 Bordeaux

L'orthoptiste est un rééducateur de la vision fonctionnelle (du bébé à la personne âgée).

Lorsque l'on va consulter un orthoptiste, ce n'est pas pour un problème de vue, mais pour faire un bilan de l'organisation des mouvements des globes oculaires, des poursuites et des saccades de



fixation (très important pour la lecture), ainsi que des coordinations oculo-manuelles (nécessaires pour l'acquisition de l'écriture).

Les enfants sont rarement vus avant la rentrée du CP et sont généralement adressés par un neuro-psychologue ou un orthophoniste.

Les tests et la rééducation pratiquée mettent en jeu les poursuites et les saccades oculaires, l'exploration du champ visuel sur feuille et dans l'espace.

❖ L'ENFANT ET L'ERGOTHERAPEUTE

Note des organisatrices

L'ergothérapeute contribue au traitement des troubles et des handicaps de nature psychique, somatique ou intellectuelle créant une désadaptation ou une altération de l'identité et vise à la réinsertion des personnes atteintes de ces troubles dans leur travail. L'ergothérapie sollicite les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles des personnes traitées pour leur permettre de maintenir, récupérer ou acquérir la meilleure autonomie individuelle possible. Après avoir examiné la personne, l'ergothérapeute propose les solutions techniques nécessaires : aménagement du mobilier, communication, habillage, hygiène... Il travaille avec tous les publics : enfants, adultes, personnes âgées.

Les ergothérapeutes sont au nombre de 5 370, dont 85% de femmes, et travaillent dans trois domaines d'activité professionnelle : la rééducation fonctionnelle ; la psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, ainsi que la gériatrie et la réadaptation sociale ; les conseils en aménagement, en aides techniques et les expertises. <http://www.sante.gouv.fr>. Cette profession est inscrite au livre IV du code de la Santé publique et son exercice est réglementé, entre autres, par le décret du 26 novembre 1986.

Madame Kristel CADIC *

Madame Anne-Marie FORCET**

* Ergothérapeute au sein du Cabinet de mesdames Cadic et Lechaudel – Pessac -

** Ergothérapeute au sein d'un SESSAD

Pourquoi intervenir ?

Lors du premier rendez-vous, l'enfant concerné est décrit par ses parents comme étant maladroit, lent, souvent avec des difficultés pour le graphisme et, lorsqu'il est un peu plus grand, dans tous les domaines des mathématiques. Un ergothérapeute peut être interpellé également pour des problèmes de préhension fine.

Le premier contact permet d'interviewer l'enfant et ses parents sur comment l'enfant s'habille, dessine, écrit, manipule, quels sont les jeux qu'il n'aime pas... Repérer le niveau verbal de l'enfant par rapport à son âge est important, car on remarque que, généralement, ce sont des enfants qui ont un très bon niveau verbal et qui échouent dans ce qui est procédures gestuelles.

Quel bilan ?

Ce qui est important dans le bilan c'est de savoir comment l'enfant fonctionne, et ce qui va l'aider, ce qui permet d'affiner les présomptions et la rééducation à mettre en place. Au départ, on commence par un bilan d'autonomie dans tout ce qui est activité de la vie quotidienne, et ensuite, c'est une association de trois bilans qui permettent de mettre en évidence, ou pas, les symptômes propres à la dyspraxie, à savoir :

- le bilan visuel permet :

→ d'avoir un aperçu des compétences de l'enfant par rapport à : la fixation, le pointage, la poursuite, au suivi de la ligne d'écriture, le maintien du regard sur un plan vertical et un plan horizontal, la discrimination (afin d'entraîner sa mémoire visuelle). La connaissance de la réalité de l'enfant selon les difficultés qu'il présente permet de mettre en place des aménagements : grossir les lignes, renforcer les contrastes,

→ d'avoir un bilan spatial (sur soi, le repérage sur feuille, le repérage environnant, l'orientation, l'organisation de l'espace),

→ de savoir si l'enfant comprend et manipule le vocabulaire spatial car, la rééducation se basant sur un soutien oral si l'enfant ne comprend pas, on ne peut pas démarrer une rééducation du graphisme.

- Le bilan praxique et les programmes gestuels orientés : il permet de faire la différence entre un problème moteur et la dyspraxie et d'identifier les stratégies que l'enfant a mis en place pour acquérir ce qu'il a déjà acquis.

- Le bilan neuro-cognitif (mémoire, attention, espace-temps, praxies) : il permet de cerner le potentiel de l'enfant et ainsi de s'appuyer sur ses points forts pour contourner ses difficultés. Ici le bilan du graphisme permet de différencier le tracé de mémoire sur consigne orale et en copie, et si nécessaire en mathématique via le Teddi math et l'UDN.

Quelle rééducation ?

Le travail se fait individuellement pour donner des procédures personnalisées à chaque enfant. On s'appuie sur ses compétences auditives, les moyens qu'il a développés et on lui donne d'autres pistes pour contourner ses difficultés : lecture, écriture, maths, gestion du temps, du travail, l'organisation des idées, le passage à l'écrit, l'enchaînement des séquences.

En rééducation, on évite de demander des doubles tâches, on cible les exercices sur une seule des difficultés, et c'est important de pouvoir faire le lien avec l'enseignant car les retours sont essentiels pour savoir si cela est en accord avec l'enseignant.

En conclusion

- ✓ Une mise en place de moyens de compensation

Il en existe de différentes sortes : cela va des aménagements des exercices que l'on peut demander à l'enseignant jusqu'à la mise en place d'un outil informatique. Là encore il est important que l'enseignant et la famille soient partie prenante de ce projet. Cela ne va pas tout résoudre mais l'enfant a besoin d'être épaulé pour cela car les procédures pour se servir d'un ordinateur restent des procédures et donc cela reste difficile à mettre en place.

- ✓ Un travail avec l'enseignant

L'ergothérapeute travaille beaucoup avec les enseignants car il faut expliquer pourquoi l'enfant est performant à l'oral et pourquoi le passage à l'écrit est très pauvre, pourquoi les opérations lui prennent énormément de temps même s'il connaît ses tables, etc... Ces explications sont nécessaires pour que son comportement ne soit pas mis en cause dans les difficultés qu'il rencontre dans son travail. L'enseignant doit être porteur par rapport à cet enfant, car il peut très vite être en souffrance. Cela existe surtout lorsque l'enfant souffre d'une dyspraxie développementale car les lésions ne sont pas visibles.

- ✓ Un travail complémentaire à la psychomotricité

Il y a peu d'ergothérapeutes en libéral en Gironde. La plupart travaillent en SESSAD pour déficients moteurs. L'ergothérapeute intervient en général avec des grands enfants alors que la psychomotricité intervient avec des petits. L'ergothérapie peut mettre en place des suppléances à partir de la fin de maternelle. En grande section, la prise en charge est facilitée par la trace orale de la lettre, l'accompagnement de l'enfant est meilleur.

La psychomotricité est utile pour les repères spatiaux sur lesquels s'appuieront les ergothérapeutes afin que l'enfant accède aux systèmes d'apprentissage de l'écriture. Un appui en orthophonie est indispensable pour l'apprentissage de la lecture. De même, l'accompagnement en orthoptie, pour tout ce qui est fixation, poursuite oculaire, pointage, est essentiel pour le dénombrement. Il faut appréhender et apprécier tout cela. Il ne faut pas agrandir mais aérer les présentations.

- ✓ Une demande de SESSAD (Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile) orientée dyspraxie :

Il n'existe pas de SESSAD dyspraxique en Gironde, seulement pour déficients moteurs et polyhandicapés. Il faut solliciter les institutions pour qu'il y ait une création : les



ergothérapeutes peuvent être partie prenante afin de mettre en place un SESSAD dyspraxique. On ne peut pas se satisfaire de changer l'enfant tous les ans d'établissement sous prétexte que l'on ne trouve pas la bonne orientation. La mise en place d'une antenne DMF dans le 33 est primordiale pour obtenir des avancées. Il existe un SESSAD dyspraxique à Angoulême et à Paris. Le manque de coordination est flagrant et l'enfant un peu grand qui veut s'approprier sa rééducation trouve au sein d'un SESSAD la structure adéquate. Il y a des associations qui créent des SESSAD.

Pourquoi pas DMF en Gironde ?

Une UPI (Unité Pédagogique d'Intégration) peut être un soutien logistique très important pour certains enfants.

❖ L'ENFANT ET LA PSYCHOLOGUE

Note des organisatrices

Le psychologue clinicien étudie les phénomènes de la vie affective, intellectuelle et comportementale des personnes. Il conçoit et met en oeuvre des méthodes spécifiques d'analyse, d'évaluation, de soin psychologique, de conseil et de prévention. Il peut aussi mettre en oeuvre des thérapies en utilisant un médiateur de type verbal ou corporel (psychodrame...), de type matériel (expression graphique, thérapie par l'eau, par la musique...). Sous certaines conditions, la thérapie peut consister en une investigation des processus psychiques inconscients comme la psychanalyse. Il participe parfois au projet éducatif, pédagogique ou médical de l'institution. Il peut contribuer à la formation des étudiants en psychologie, en médecine, des soignants ou des stagiaires de l'éducation spécialisée. Source (<http://rome.anpe.net>)

Madame Siaud - Facchin dans son livre « Aider l'enfant en difficulté scolaire » rappelle ce qu'il faut retenir d'un bilan psychologique (p. 318) :

- *Il a pour objectif l'exploration attentive du fonctionnement de l'enfant dans sa double dimension affective et intellectuelle,*
- *pour une compréhension approfondie des difficultés actuelles,*
- *afin de mettre en place la prise en charge précisément adaptée.*

On ne recherche pas uniquement pourquoi cela ne marche pas mais comment faire pour que cela marche.

Il n'y a pas de bons ou de mauvais résultats à un bilan. Un bilan permet toujours d'apporter des réponses et une compréhension fine du fonctionnement de l'enfant. C'est un outil précieux pour mieux comprendre et accompagner son enfant sur la voie du plein épanouissement.

Madame BELLANGER*

Madame GIVERNAUD**

*Psychologue clinicienne – 69 rue du Cap de haut – 33320 - Eysines

**Psychologue clinicienne – Hôpital des enfants – Service de pédiatrie – CHU Bordeaux

Le bilan psychométrique (tests de QI et de personnalité)

Le psychologue clinicien qui reçoit un enfant pour pratiquer des tests psychométriques (tests de QI, tests projectifs...) peut penser à un problème de dyspraxie sans aucune certitude mais mettre en évidence certains indices.

La dyspraxie est définie par une dissociation entre le QI verbal et le QI de performance, au profit du verbal.

Le QI verbal comprend :

- INFORMATION : inventaire de culture générale adaptée à l'âge de l'enfant,
- SIMILITUDES : capacité à saisir le lien existant entre deux éléments énoncés,
- ARITHMETIQUE : problèmes de logique et de calcul à résoudre mentalement (évalue également la maîtrise de l'attention),
- VOCABULAIRE : définitions de mots, richesse du vocabulaire,

- COMPREHENSION : questions portant sur l'expérience de vie sociale et les comportements adaptés aux situations.

Le QI performance comprend :

- COMPLETEMENT D'IMAGES : série d'images où l'enfant doit découvrir l'élément manquant, capacité d'observation,
- CODE : capacité d'attention difficile pour certains enfants ayant des problèmes d'organisation et de maîtrise graphique,
- ARRANGEMENT D'IMAGES : logique appliquée au temps, compréhension de situations (*supprimé dans le WISC4*),
- CUBES : puzzles géométriques selon modèles (Epreuve riche d'enseignements quant à la capacité d'analyse de l'espace, la maîtrise visuo-spatiale, la stratégie, l'autonomie dans l'activité. Elle renvoie aux repères spatiaux, à la latéralisation. Subtest dans lequel un enfant avec une dyspraxie est souvent en échec),
- ASSEMBLAGE D'OBJETS : puzzles figuratifs permettant de reconstituer des objets ou personnages de la vie courante (*supprimé dans le WISC IV*),
- SYMBOLES (épreuve facultative) : balayage, vitesse de traitement, tenue du crayon.

NB : depuis plus d'un an, le test de QI échelle de Weschler a été ré-étalonné et les psychologues doivent utiliser dorénavant le WISC 4 dans lequel les résultats organisés en indices ne permettent pas d'une manière aussi flagrante que le WISC 3 de donner des pistes pour une DVS (par exemple, le WISC 4 ne fait pas apparaître clairement l'écart verbal/performance) :

- ICV (indice de compréhension verbale)
Niveau verbal (dans la norme ou supérieur chez les enfants dyspraxique)
- IRP (indice de raisonnement perceptif)
Cubes : échec dans les dyspraxies visuospatiales
Matrice & Identification de concept : logique, stratégies cognitives dans la norme
- IMT (indice mémoire de travail)
Mémoire des chiffres & Séquence lettres chiffres : type de mémoire & flexibilité cognitive
- IVT (indice vitesse de travail)
Symboles : vitesse et balayage visuelle & Codes : mémoire visuelle et praxies manuelles (échec dans les dyspraxies)
- QI total (résultat dans la norme chez les enfants dyspraxiques, absence de déficience intellectuelle)

L'intérêt du bilan psychométrique est de faire un diagnostic différentiel afin de voir s'il y a troubles de l'attention ou non, avec une mémoire auditive ou pas (ou une mémoire visuelle ou non, cf. distracteur visuelle dans troubles de l'attention, ainsi que mettre en avant l'absence de troubles cognitifs et des praxies manuelles ou de déficiences intellectuelle). Quelque fois, sans ce type de bilan, il est difficile de cerner la souffrance de l'enfant et le trouble du comportement est tellement vague que ces tests permettent de préciser à quel trouble le psychologue est confronté.

L'accompagnement

La psychologue peut intervenir sur les troubles du comportement (confiance en soi, mal être, estime de soi). Plus la construction et l'image de soi sont atteintes, plus le handicap est visible. L'enfant peut souffrir de perte d'estime de soi quand il est confronté à ses échecs, par exemple lors d'une tâche qu'il comprend, sait décrire et qu'il n'arrive pas à exécuter.

Les enfants avec une dyspraxie ont conscience de leurs troubles et de leur différence. L'enfant souffre de sa différence, d'autant plus si celle-ci n'est pas identifiée et nommée. Le rôle de la psychologue est d'aider l'enfant et les parents à l'accepter (et d'apprendre à réagir moins violemment à la frustration suite à des échecs).

L'ORGANISATION DE CETTE PRISE EN CHARGE

POSER UN DIAGNOSTIC

Les différents intervenants sont d'accord pour dire qu'il existe un réel souci quant au peu d'informations sur la dyspraxie existant auprès du monde médical : pédiatre, médecin de famille, médecin scolaire, ophtalmologue...

Les observations précoces qui sont faites par les psychomotriciens, orthophonistes, psychologues cliniciens, ergothérapeutes, orthoptistes ont du mal à remonter auprès du monde médical. Il y a un ensemble de signes que les médecins semblent « ignorer » en demandant aux professionnels para médicaux de laisser l'enfant grandir à son rythme. Mais il est important pour les médecins de savoir que l'on peut agir sur ces signaux (bilans, rééducation, accompagnement et/ou adaptation scolaire etc...) et qu'il serait bon aussi d'accorder du crédit à la parole des parents lorsqu'ils fournissent l'information. Il est demandé à l'association DMF d'informer les professionnels du corps médical et enseignant afin d'éveiller à la dyspraxie.

PRISES EN CHARGE

Par les professionnels

Tant que l'enfant a de l'énergie pour suivre des rééducations, on peut lui proposer des prises en charge. On lui demande de prendre une méthode de travail, d'être capable de la réutiliser.

Par la famille

Il est important d'écouter les parents car ce sont eux qui côtoient l'enfant au quotidien : le partenariat avec les professionnels permet de faciliter les apprentissages.

La famille doit jouer un rôle majeur en changeant son regard sur l'enfant et ainsi le soulager et, dans certaines situations, afin de ne pas le surcharger, en l'aidant à s'habiller, ranger ses affaires, faire ses lacets etc...

Il y a une priorité dans les réalisations de ces enfants : la scolarité. Il faut se rappeler qu'un enfant avec une dyspraxie est très fatigable. Cela peut s'illustrer par l'exemple que donne Jeanne Siaud Facchin dans son livre « Aider l'enfant en difficulté scolaire ». A la page 157, on peut lire « *étant personnellement plutôt de petite taille, j'explique aux parents que si toute la journée on me demandait d'attraper un objet sur une étagère trop haute pour moi, je pourrais faire l'effort par moments et y parvenir, mais que ce serait impossible d'être sur la pointe des pieds et étirée musculairement tout la journée. Ce serait trop fatigant.* »

Il faut lâcher prise sur certaines choses... En tant que parents, nous sommes le meilleur allié de notre enfant.

Par DMF

L'association doit se rapprocher des corps enseignant et médical ainsi que des familles afin d'aider l'adulte (parent, enseignant, rééducateur, médecins, etc...) à adapter son approche avec un enfant souffrant d'une dyspraxie (éviter les doubles tâches et les afflux visuels, mettre en place une adaptation scolaire avec ordinateur, AVS, cours photocopiés, etc...)

QUELLE SUITE VOYONS-NOUS A CETTE REUNION ?

Les échanges avec les participants font apparaître que...

- En tant que parents et professionnels, cette réunion a permis de :
 - mieux appréhender les difficultés rencontrées par l'enfant dans sa gestion du temps, sa programmation des tâches, sa gestion spatiale,
 - comprendre que cette maladresse gestuelle pathologique est un handicap et malheureusement, c'est un handicap invisible. Ce n'est pas seulement psychologique ou de la mauvaise volonté (ce n'est pas parce qu'il ne veut pas, mais parce qu'il ne peut pas...or quelques fois, il peut, au prix d'un effort énorme).
- Cela a permis de redire aux parents :
 - qu'ils sont les meilleurs alliés de leur enfant,
 - qu'en travaillant en partenariat avec les professionnels, ils peuvent mettre en place des adaptations pour faciliter l'apprentissage de leur enfant.
- Cela a donné envie de « bouger » tant aux parents qu'aux professionnels, d'agir en Gironde pour ces enfants souvent plongés avec leur famille dans une véritable souffrance et un profond désarroi.

Les attentes des participants

Toutes ces informations communiquées tout au long de cette réunion ont éclairé certains points. Des demandes particulières sont exposées :

- Mise en place d'un protocole pour dépister la dyspraxie chez un enfant, le plus tôt possible,
- Mise en place d'un annuaire d'intervenants ouverts à la dyspraxie et compétents dans sa prise en charge particulière,
- Mise en place d'interventions, d'informations dans les écoles,
- Mise en place d'une communication forte : distribution d'affiches et plaquettes dans les cabinets médicaux, publication d'articles dans les journaux : spécialisés ou grand public.

Les envies des parents

Etre des parents à l'écoute...

S'informer et informer, favoriser le lien entre les différents intervenants...

Echanger entre parents sur la dyspraxie en général et sur leurs enfants en particulier...

Etre des experts d'expérience...

En conclusion

Nous remercions tous ceux et toutes celles qui ont participé à cette première réunion en espérant que d'autres suivront.

Nous remercions tous les professionnels qui ont bien voulu intervenir et les parents qui ont témoigné.

Notes

Quels établissements accueillent des enfants porteurs de handicaps ?

Quatre grands types d'établissements : l'IME, l'ITEP, SESSAD et hôpital de jour

- ❑ **Les Instituts Médico-Educatifs (IME)** accueillent des enfants principalement déficients intellectuels nécessitant une éducation spécialisée.

L'orientation d'un enfant par la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDA) vers un IME ne concerne que des jeunes dont les difficultés d'acquisitions sont manifestes et touchent à l'ensemble des domaines d'activités de l'enfant, tant dans son développement psychomoteur que dans ses acquisitions cognitives. La seule difficulté scolaire ne peut donc justifier une telle orientation.

Pour ces enfants, l'axe prédominant d'un projet scolaire facilitera le développement d'une autonomie maximale, et proposera des acquisitions, notamment l'apprentissage de la lecture et des notions élémentaires de mathématique comme moyen de communication et base d'un projet d'insertion professionnelle.

- ❑ **Les Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP)** accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes (orientés par la CDA) qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

Ces jeunes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé. Cet accompagnement doit amener ces jeunes à prendre conscience de leurs ressources, de leurs difficultés et à se mobiliser pour aller vers leur autonomie. Les ITEP dispensent donc des soins et des rééducations favorisant le maintien du lien des intéressés avec leur milieu familial et social et promeuvent leur intégration dans les différents domaines de la vie, notamment en matière de formation générale et professionnelle. À ce titre, ils favorisent le maintien ou préparent l'accueil des jeunes en écoles et établissements scolaires, dans des classes ordinaires ou des dispositifs adaptés.

- ❑ **Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)**, souvent adossés aux structures d'un IME ou d'un ITEP, mettent en œuvre des prises en charge ambulatoires et contribuent ainsi à maintenir en milieu scolaire ordinaire enfants et adolescents handicapés.
- ❑ **Les hôpitaux de jour** sont des structures de soins destinées à accueillir des enfants présentant des pathologies psychiques lourdes dans le cadre du secteur de psychiatrie infanto juvénile (leur admission ne relève pas de la CDA; les orientations vers la structure sont d'origine médicale).

C'est un lieu de soins où la prise en charge des activités quotidiennes revient donc à une équipe pluridisciplinaire composée notamment d'infirmières, d'éducateurs spécialisés, d'orthophonistes, de psychomotriciens, de psychologues, de pédopsychiatres, etc. Un enseignant y travaille aussi, le plus souvent à temps partiel. Sa mission consiste à scolariser les enfants à l'intérieur de la structure, mais aussi à assurer le lien avec l'établissement scolaire, quand existe une scolarisation en milieu ordinaire, en CLIS ou en UPI.

Quelles prises en charge possibles au sein de l'Education nationale ?

□ Les RASED (Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté)

Texte de référence :

[Circulaire n° 2002-113 du 30-04-2002](#)

Adaptation et intégration scolaires - Les dispositifs de l'adaptation et de l'intégration scolaires dans le premier degré

Les RASED (Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté) ont pour fonction d'assurer des aides spécialisées aux élèves en difficulté à l'école primaire.

Ils sont constitués:

- d'enseignants spécialisés pour les aides pédagogiques (maîtres E),
- d'enseignants spécialisés pour les aides rééducatives (maîtres G),
- de psychologues scolaires.

Deux champs d'action :

La prévention, dès l'école maternelle, des difficultés préjudiciables au parcours scolaire, particulièrement dans le domaine du langage : elle repose sur l'observation de l'élève dans le cadre des activités scolaires ou, si nécessaire, conduit à procéder à des bilans plus approfondis. Elle consiste ensuite à rechercher un ajustement des conditions d'apprentissage (rythme, procédures, etc.).

La remédiation : elle porte sur les difficultés durables pour lesquelles les membres des R.A.S.E.D contribuent, avec les maîtres de l'école, à l'élaboration et à la mise en œuvre de projets d'aide personnalisés. Ces projets s'appuient :

- sur des évaluations, effectuées par le maître de l'élève et par un membre de réseau et qui permettent d'identifier ce qui fait problème ;
- sur une concertation au sein du conseil des maîtres de cycle pour définir les modalités d'aide ;
- sur la rédaction du projet (données de l'évaluation, objectifs d'aide, démarches adoptées, durée).

Les parents doivent être informés et associés au travail concernant les difficultés de leur enfant dans des conditions qui préservent la confiance en l'école et facilitent le processus d'aide.

Trois types d'aides :

Aides pédagogiques : elles s'adressent aux élèves qui manifestent des difficultés à apprendre bien que leurs capacités de travail soient satisfaisantes.

Aides ré-éducatives : elles sont indiquées quand il faut faire évoluer les rapports de l'enfant aux exigences scolaires (règles de vie de classe, comportement de travail, investissement scolaire...).

Suivis psychologiques : Le psychologue scolaire peut organiser des entretiens avec les enfants en vue de favoriser l'estime de soi, l'émergence du désir d'apprendre et l'implication dans la scolarité. Il peut aider enseignants ou parents dans la recherche des conduites éducatives les mieux ajustées en fonction des problèmes constatés. Il peut conseiller une consultation extérieure à l'école lorsque des investigations approfondies semblent nécessaires, et mener des bilans dans la perspective d'une éventuelle orientation.

L'équipe éducative est composée des personnes auxquelles incombe la responsabilité éducative d'un élève ou d'un groupe d'élèves.

Elle comprend le directeur d'école, qui la réunit chaque fois que l'examen de la situation d'un élève ou d'un groupe d'élèves l'exige, et qui la préside, le ou les maîtres et les parents concernés, les personnels du réseau d'aides spécialisées intervenant dans l'école, éventuellement le médecin et l'infirmière scolaires, l'assistante sociale et les personnels médicaux ou paramédicaux oeuvrant auprès de l'enfant. Le directeur d'école peut



recueillir l'avis des agents spécialisés des écoles maternelles. Les parents peuvent se faire accompagner ou remplacer par un représentant d'une association de parents d'élèves de l'école ou par un autre parent d'élève de l'école.

Si chaque enseignant assume au sein de la classe la responsabilité pédagogique à l'égard de chacun de ses élèves, le fonctionnement de l'équipe éducative à laquelle il appartient permet de construire de nouvelles réponses aux besoins particuliers de certains enfants, au travers d'activités organisées collectivement incluant, si nécessaire, les interventions des personnels spécialisés. Notamment, le projet d'organisation et de fonctionnement élaboré par le maître titulaire de la classe d'intégration scolaire (CLIS) est construit en association étroite avec l'ensemble de l'équipe éducative

C'est aussi au sein de l'équipe éducative de l'établissement scolaire dans lequel un élève handicapé effectue sa scolarité qu'est réalisé et conduit le projet personnalisé de scolarisation de celui-ci ; les éléments précurseurs d'un tel projet y sont définis, dans le cas de la scolarisation d'un enfant dont la situation relève, à terme, d'un examen par la MDPH.

□ La CLIS (classe d'intégration spécialisée)

Texte de référence :

[Circulaire n°2002-113 du 30-4-2002](#) Les dispositifs de l'adaptation et de l'intégration scolaire dans le premier degré : les CLIS

La CLIS (classe d'intégration spécialisée) est une classe d'école primaire qui a pour fonction d'accueillir des élèves en situation de handicap. Son effectif est de 12 élèves. Elle est placée sous la responsabilité du Directeur de l'école. La responsabilité pédagogique en est confiée à un enseignant spécialisé. L'intégration de la CLIS dans l'école est un volet du projet d'école.

La Gironde dispose de deux types de CLIS, différenciées en fonction du handicap des enfants accueillis : 81 accueillent des enfants présentant des troubles importants des fonctions cognitives, 3 accueillent des élèves présentant une déficience motrice.

L'orientation d'un élève en CLIS est sollicitée auprès de la MDPH par les parents. Après décision de la MDPH, l'Inspecteur d'Académie procède à l'affectation dans une école, en prenant en compte le secteur scolaire auquel appartient l'élève, le souhait des familles et les places disponibles dans chaque CLIS. Comme pour tout élève, les parents inscrivent ensuite l'enfant à la Mairie de la commune de l'école d'affectation. L'enfant demeure par ailleurs inscrit de façon « inactive » dans son école de référence. L'admission en CLIS peut être sollicitée pour un enfant pris en charge par un établissement sanitaire ou un établissement médico-social, pour une scolarisation à temps partiel ou à temps plein.

La scolarisation d'un élève admis en CLIS fait annuellement l'objet de l'élaboration d'un projet personnalisé de scolarisation. Le suivi en est assuré par l'enseignant référent du secteur qui organise, en particulier, la réunion de l'équipe de suivi de scolarisation.

La scolarisation des élèves en CLIS a pour objectif de développer les compétences définies par les Programmes et Instructions Officielles du premier degré. L'enseignant spécialisé y contribue très largement mais, en fonction de ses compétences et de ses besoins, l'élève est également accueilli dans les autres classes de l'école.

Une diversité de CLIS mais un point commun : la cohérence du projet pédagogique
La CLIS est une classe de l'école et son projet intégratif est inscrit dans le projet d'école. Elle a pour mission d'accueillir de façon différenciée dans certaines écoles élémentaires ou exceptionnellement maternelles, des élèves en situation de handicaps afin de leur permettre de suivre totalement ou partiellement un cursus scolaire ordinaire.

L'admission en CLIS d'un élève est subordonnée à la décision d'une des commissions d'éducation spéciale. La situation des élèves est révisée régulièrement conformément aux dispositions de la circulaire du 22 avril 1976.

L'effectif de ces classes est limité à 12 élèves, mais, dans certains cas (par exemple, troubles graves du développement), l'effectif envisagé doit être très sensiblement inférieur.

La CLIS compte pour une classe dans le calcul du nombre de classes de l'école, notamment pour l'attribution des décharges de direction.

L'effectif des élèves de CLIS est comptabilisé séparément de l'effectif des autres classes de l'école en ce qui concerne les mesures de carte scolaire.

Les maîtres chargés de CLIS sont titulaires du certificat d'aptitude aux actions pédagogiques spécialisées d'adaptation et d'intégration scolaires (CAPSAIS).

Il est souhaitable de maintenir quatre types de CLIS répondant aux besoins d'enfants différents. De même, l'organisation de la classe d'intégration scolaire autour d'un projet élaboré pour des élèves présentant des besoins du même ordre n'est pas remise en cause. Toutefois, il n'apparaît pas opportun de l'organiser sur le fondement d'une catégorie diagnostique exclusive, celle-ci ne garantissant aucunement que les enfants présentent des besoins identiques.

→ Les CLIS 1 ont vocation à accueillir des enfants présentant des troubles importants des fonctions cognitives qui peuvent avoir des origines et des manifestations très diverses : retard mental global, difficultés cognitives électives, troubles psychiques graves, troubles graves du développement... Cela conduit à souligner la nécessité d'attacher une attention particulière à la composition de chaque classe de manière à assurer la compatibilité des projets individualisés avec le fonctionnement collectif du groupe. La constitution du groupe doit impérativement être effectuée en ayant le souci d'un projet pédagogique cohérent, condition indispensable de progrès pour les élèves. Il ne s'agit évidemment pas de rechercher une homogénéité qui serait vide de sens, mais une compatibilité des besoins des élèves et des objectifs d'apprentissage, qui rende possible une véritable dynamique pédagogique. Cela vaut pour tous les types de CLIS, mais revêt une importance particulière pour la CLIS 1. Les maîtres chargés de CLIS 1 sont titulaires de l'option D du CAPSAIS.

Toutefois, les personnels titulaires du CAPSAIS option E en poste actuellement dans ces classes peuvent y être maintenus. Des actions de formation continue appropriées leur sont proposées

→ Les CLIS 2 accueillent des enfants présentant une déficience auditive grave ou une surdité, et pour lesquels l'orientation vers un dispositif collectif s'avère opportune.

Toutefois le critère de perte auditive définie de façon purement audiométrique ne peut constituer le seul élément dans la décision d'admission. Il convient de prendre en compte l'ensemble des potentialités de l'enfant, son appétence et ses compétences en matière de communication, son comportement social, ses acquisitions scolaires, l'aide familiale qui peut lui être apportée.

Dans l'élaboration du projet individualisé, un soin particulier est attaché aux conditions d'un développement optimal de la communication en français.

Les élèves peuvent bénéficier pour l'enseignement et le perfectionnement de la parole, dans ses composantes audio-vocales, de l'intervention d'orthophonistes ou de professeurs de sourds, titulaires des certifications délivrées par le ministère de l'emploi et de la solidarité.

Les maîtres chargés de CLIS 2 sont titulaires de l'option A du CAPSAIS.

→ Les CLIS 3 accueillent des enfants présentant une déficience visuelle grave ou une cécité, quelles que soient l'origine, la précocité d'apparition et l'évolution éventuelle de la déficience.

L'approche de la situation de l'enfant et les décisions qui s'y rapportent ne peuvent se référer uniquement à l'expression chiffrée de l'acuité visuelle et à la description du champ de vision, mais doivent être abordées en tenant compte de la spécificité des déficiences visuelles importantes ou de la cécité dans leurs divers aspects.

Dans l'élaboration du projet individualisé on veillera à prendre en compte, selon les besoins propres à chaque enfant, les objectifs d'éducation des restes visuels et/ou d'éducation des suppléances sensorielles. Le recours à des techniques palliatives ou encore l'utilisation de moyens auxiliaires visant au développement de l'autonomie sera envisagée. On s'attachera à assurer le développement de la faculté de s'orienter et de se diriger ainsi que l'apprentissage de certaines modalités de communication et d'interactions sociales. Les maîtres chargés de CLIS 3 sont titulaires de l'option B du CAPSAIS.

→ Les CLIS 4 accueillent prioritairement des élèves présentant une déficience motrice. Toutefois, ce n'est pas la seule déficience motrice qui justifie l'orientation en CLIS, mais bien les besoins particuliers

(fatigabilité, lenteurs et difficultés d'apprentissages qui y sont associées) qui font pencher pour le choix d'un dispositif collectif d'intégration offrant une plus grande souplesse. La gravité de l'atteinte motrice, l'existence de pathologies associées ne constituent pas, en elles-mêmes des contre-indications. Il est également possible de proposer l'orientation vers une CLIS 4 à un élève dont les difficultés d'apprentissage, en liaison avec une maladie chronique ou invalidante, peuvent nécessiter un aménagement du rythme des apprentissages. Cela est d'autant plus envisageable que les enseignants qui exercent dans ces classes doivent être titulaires de l'option C du CAPSAIS.

Des indications pédagogiques détaillées relatives au fonctionnement des différents types de CLIS feront l'objet d'une publication ultérieure sous forme de brochure.

Le travail effectué dans les CLIS doit être soutenu par l'action des établissements ou services sanitaires ou médico-éducatifs. Pour les élèves scolarisés dans ces classes, leur progression optimale ne peut être assurée par l'école seule mais implique qu'ils puissent bénéficier d'accompagnements éducatifs, rééducatifs ou thérapeutiques. La signature de conventions entre l'inspecteur d'Académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale, et les responsables des établissements ou services concernés permet d'assurer des conditions de coopération plus efficaces. Toutefois, dans certains cas, les accompagnements nécessaires peuvent être effectués par des praticiens en exercice libéral, selon le choix de la famille de l'enfant.

Dans tous les cas où sont prévues des interventions de services de soins ou des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), les modalités d'organisation des synthèses, définies en général dans le projet individuel d'intégration, doivent avoir été clairement précisées avec les partenaires et prises en compte dans le projet de la classe, de telle sorte que l'enseignant puisse assister à ces réunions. La participation indispensable de l'enseignant de CLIS, aux réunions de coordination et de synthèse, ne doit pas conduire à réduire le temps de scolarisation des élèves.

❑ **Financement de matériels pédagogiques adaptés au bénéfice d'élèves présentant des déficiences sensorielles ou motrices.**

Texte de référence : [Circulaire n° 2001/061 du 05/04/01](#) : Financement de matériels pédagogiques adaptés au bénéfice d'élèves présentant des déficiences sensorielles ou motrices.

L'Éducation Nationale finance l'acquisition ou la location de matériels pédagogiques adaptés à l'usage d'élèves présentant des déficiences sensorielles ou motrices. Il s'agit, dans bien des cas mais pas exclusivement, de matériels informatiques adaptés à la déficience présentée par l'élève et améliorant son autonomie dans le cadre scolaire. Propriété de l'Etat, ce matériel est mis à disposition de l'élève scolarisé dans un établissement d'enseignement. Il peut être ramené au domicile.

La mise à disposition de matériel pédagogique adapté constitue un élément du projet personnalisé de scolarisation. Elle fait donc l'objet d'une demande adressée par les parents à la MDPH, d'une analyse par l'EPE des avis donnés par le médecin spécialiste, l'ergothérapeute et l'enseignant puis d'une décision de la CDA. L'Inspecteur d'Académie procède ensuite à l'acquisition du matériel.

❑ **Les aménagements des examens et concours**

Ils peuvent consister en :

- majoration du temps de déroulement des épreuves,
- aides matérielles et humaines,
- étalement de l'examen sur plusieurs sessions,
- conservation, durant cinq ans, des notes d'épreuves ou d'unités obtenues ou le bénéfice d'acquis dans le cadre de la procédure de validation des acquis de l'expérience,
- adaptations ou dispenses d'épreuves.

Les candidats sollicitant un aménagement des conditions d'examen ou de concours adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la CDA, qui rend un avis et l'adresse au candidat et au service académique chargé de l'organisation l'examen concerné.



❑ Le transport des élèves handicapés

Les élèves handicapés peuvent bénéficier d'une prise en charge financière des surcoûts de transport imposés par les besoins spécifiques liés au handicap ou par une scolarisation éloignée du domicile. Cette aide financière relève de la compétence du département mais fait l'objet d'une décision préalable de la CDA. Elle constitue en effet un élément éventuel du projet personnalisé de scolarisation.

❑ Le projet personnalisé de scolarisation de l'élève (PPS)

Textes de référence : [articles D. 351-3 à D. 351-20](#) du code de l'Éducation, [circulaire 2006-126 du 17 août 2006](#) « Mise en œuvre et suivi du PPS »

Le projet personnalisé de scolarisation de l'élève (PPS), est élaboré par l'Équipe Pluridisciplinaire d'Évaluation (EPE) de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), et décidé par la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDA): il est un des éléments du plan personnalisé de compensation du handicap.

A partir d'une évaluation globale de la situation et des besoins de l'élève handicapé (accompagnement thérapeutique ou rééducatif, attribution d'un auxiliaire de vie scolaire ou de matériels pédagogiques adaptés...), le PPS définit les conditions de sa scolarité et assure la cohérence et la qualité des accompagnements et des aides. En annexe figure un récapitulatif des objectifs éducatifs et scolaires poursuivis, ainsi que l'emploi du temps détaillé de la semaine scolaire de l'élève handicapé. Le PPS est révisé annuellement pour assurer à l'élève un parcours de formation adapté à son rythme et ses besoins, où une attention particulière est portée aux transitions entre les niveaux d'enseignement: maternelle, élémentaire, collège, lycée et lycée professionnel.

L'enseignant référent du secteur où est scolarisé l'élève reçoit mission de la MDPH d'assurer la continuité et la cohérence de la mise en œuvre du PPS, et anime dans ce but l'équipe de suivi de la scolarisation qui est régulièrement évalué et suivi par de l'élève concerné.

L'équipe éducative de l'établissement scolaire dans lequel un élève handicapé effectue sa scolarité réalise et conduit le projet personnalisé de scolarisation de celui-ci.

Si l'équipe éducative souhaite qu'un projet personnalisé de scolarisation soit élaboré pour un élève pour lequel se révélerait une situation préoccupante méritant un examen approfondi (par exemple lors d'une première scolarisation en maternelle), le directeur de l'école ou le chef d'établissement en informe les parents pour qu'ils en fassent la demande. Il leur est proposé de s'informer des aides qui peuvent être apportées dans le cadre de ce projet auprès de l'enseignant référent. L'équipe éducative, à l'issue de sa réunion, signifie par écrit à la famille la nécessité de l'élaboration d'un PPS. Sans réponse de la famille dans un délai de 4 mois, l'inspecteur d'académie est saisi de la situation: il en informe la MDPH afin qu'une solution soit engagée.

Un lien doit être construit entre le PPS et le projet d'école d'établissement : c'est la raison de la présence du directeur de l'école ou du chef d'établissement aux travaux de l'équipe de suivi de la scolarisation. Il lui incombe notamment de s'assurer que le projet d'école ou d'établissement, dont il est le garant, prend en compte l'existence des projets personnalisés de scolarisation. Accueils, circulations au sein des locaux, surveillance, répartition des élèves dans les classes, communication avec les usagers, sont organisés en tenant compte du principe général d'accessibilité.

Pour en savoir plus :

http://www.ac-bordeaux.fr/ia33/publications:dossier_rentree_2006_2007/Dossier_rentree_2006_complet.pdf

<http://www.apedys.org/dyslexie/article.php?sid=617>