

Céline Gaspérini et Frédéric Praï, étudiants en 4^e année d'orthophonie

Notre mémoire de recherche de quatrième année d'orthophonie s'intitule : « Devenir mauvais lecteur : quels sont les facteurs à risques ? Une étude longitudinale. » Il est dirigée par Johannes Ziegler, directeur de recherches au laboratoire de psychologie cognitive, CNRS-Université de Provence à Marseille, et par Catherine Pech-Georgel et Florence George, respectivement médecin phoniatre et orthophoniste au centre universitaire hospitalier La Timone à Marseille.

Le dépistage des troubles de la lecture est désormais inscrit dans les bilans effectués par les médecins scolaires en grande section de maternelle. Un bilan standard s'intéresse à tous les élèves alors qu'un bilan approfondi est destiné aux élèves en difficultés. On connaît en effet certains facteurs prédictifs du bon développement de la lecture, qui sont inclus dans les bilans effectués par les médecins scolaires : niveau de langage oral, conscience phonologique, rapidité d'accès lexical, acquis psychomoteurs, mémoire... D'autres, comme l'attention, la vitesse de traitement cérébral et la perception de la parole dans le bruit, sont encore au stade de la recherche.

Nous nous proposons de déterminer, à travers une étude longitudinale, les déterminants d'un apprentissage réussi de la lecture. L'originalité de notre recherche réside dans le fait que nous avons réuni les variables généralement étudiées de manière isolée et transversale ainsi que d'autres rarement évaluées. Nos épreuves testent donc les compétences verbales et non verbales ; les capacités visuo-attentionnelles (orientation de l'attention par indiçage spatial), le traitement des lettres (report partiel), la vitesse de traitement de l'information visuelle et auditive et l'intelligibilité de la parole. Notre population d'étude est composée de 121 enfants, évalués en grande section de maternelle, puis en CP et en CE1. Nous souhaitons établir la contribution unique de chaque déficit ainsi que l'impact de leurs associations afin de trouver de nouveaux moyens de dépistage précoce et de prise en charge adaptée.

Alexandra BOLUFER
ORTHOPTISTE
Centre Médical des 3 Lucs
6 impasse Salette
13012 Marseille
04 91 93 33 22

ORTHOPTIE ET TROUBLES D'APPRENTISSAGE (10/10/2007)

Tout d'abord : qu'est-ce que l'orthoptie?

C'est le dépistage, la rééducation, la réadaptation et l'exploration fonctionnelle des troubles de la vision.

Que sont les troubles d'apprentissage?

(Je vous donne la définition officielle)

Ce sont un certain nombre de dysfonctionnements pouvant affecter l'apprentissage, c'est à dire : l'acquisition, l'organisation, la rétention, la compréhension ou le traitement de l'information (verbale ou non verbale). Ils affectent l'apprentissage chez des personnes qui font preuve des habiletés intellectuelles essentielles à la pensée ou au raisonnement.

Les troubles d'apprentissage découlent d'atteintes d'un ou de plusieurs processus touchant la perception, la pensée, la mémorisation, ou l'apprentissage.

(Ces processus incluent entre autres le traitement phonologique, visuo-spatial, le langage, la vitesse de traitement de l'information, la planification et la prise de décision).

Ils varient en degrés de sévérité et peuvent affecter l'acquisition et l'utilisation du langage (écrit ou/et oral), de la lecture, de l'écriture, des mathématiques.

Ils peuvent aussi impliquer des déficits sur le plan organisationnel, social, de même qu'une difficulté à envisager le point de vue d'autrui.

Triple rôle de la vision dans les troubles d'apprentissage :

Voir pour **communiquer** :

* Désignation visuelle

* Communication non-verbale

DYSPHASIE

Voir pour **organiser le geste** :

* Coordination-perceptivo-motrice

Relation Vision/Mouvement/Posture

DYSPRAXIE

DYSGRAPHIE

DYSCALCULIE

Voir pour **saisir l'information** :

* Cohérence intermodale

* Analyse perceptive

LECTURE

OBSERVATION

ECRITURE

EXPLORATION

Le bilan se base sur l'anamnèse de l'enfant (l'histoire du trouble) :

Signes fonctionnels

- signes **visuels** : vision floue, double
- signes **généraux** : fatigabilité excessive, perte de concentration, instabilité posturale, attitudes posturales délétères
- problème de **lecture** : lenteur, imprécision, sauts de lettres, de syllabes, de mots de lignes; inversions, confusions, élisions...

Le bilan orthoptique va se baser sur trois axes : sensoriel, moteur, fonctionnel. Son déroulement dépend du motif du bilan ou de la plainte.

1- Le **sensoriel**, c'est la capacité à voir simple et net, à distinguer, à discriminer. C'est l'acuité visuelle, la fusion (convergence et divergence), la vision du relief.

2- Le **moteur**, c'est la capacité à orienter le regard, c'est l'analyse de la dynamique oculaire.

C'est la détermination de l'œil directeur, le parallélisme des axes visuels, la motilité (action des 6 muscles de chaque œil), la motricité : comment les yeux se coordonnent dans le mouvement (fixation, poursuite, saccades, vergences).

3- Le **fonctionnel**, c'est l'étude de la mise en œuvre du potentiel sensoriel et moteur dans les activités courantes, c'est la mise en jeu de la vision au quotidien et de ses stratégies : c'est l'efficacité visuelle.

Les conclusions du bilan aboutissent à un diagnostic orthoptique.

Le diagnostic orthoptique distingue des dysfonctionnements de la fonction visuelle : ils peuvent être :

- * **sensoriels** (exemple : un œil non corrigé),
- * **opto-moteurs** (exemple : présence d'un strabisme),
- * **perceptifs** c'est à dire un trouble de saisie de l'information (exemple : trouble de la dimension quand l'enfant ne fait pas de différence entre deux triangles de tailles différentes),
- * **perceptivo-moteurs** c'est à dire un trouble de l'organisation du geste (exemple : difficulté d'orientation).
- * **praxiques** (exemple : lecture, écriture).

La conclusion du bilan permet d'affirmer que la vision peut ou ne peut pas être un frein concernant ce(s) trouble(s).

Elle permet de définir les objectifs du plan de soin.

Toutefois, restant à l'écoute des parents, décrivant les difficultés de leurs enfants, ou d'un rééducateur prenant déjà en charge l'enfant, il peut nous arriver de rééduquer un enfant présentant un bilan correct, connaissant la facilité de certains (en particulier les précoces) à compenser leurs difficultés dans un laps de temps assez court (celui du bilan) utilisant pour ce faire beaucoup plus d'énergie.

Le résultat de ce bilan peut permettre d'expliquer aux parents et à l'enfant les difficultés rencontrées et de déculpabiliser l'enfant quant à ses difficultés d'apprentissage.

Les troubles de la vision dans les apprentissages se manifestent comment?

- par une restriction **d'action**
- par une restriction **d'attention**
- par une restriction **d'endurance**

La vision fonctionnelle est donc plus ou moins perturbée.

Dans un premier temps, l'orthoptiste commence par vérifier que l'acuité visuelle de l'enfant est optimale, parce qu'une acuité visuelle non corrigée ou mal corrigée peut entraîner des douleurs oculaires, des céphalées, un angle de strabisme plus important, un comportement similaire à un enfant ayant un trouble de l'attention, une mauvaise vision du relief, etc...

(Notons qu'il faut une acuité visuelle d'au moins 6/10 pour lire et d'au moins 3/10 pour pouvoir écrire.)

Dans un deuxième temps, on se préoccupe de la capacité à orienter le regard : on travaille la motricité.

La motricité comprend : la fixation, la poursuite, les saccades, les vergences, la coordination œil-tête.

Un enfant ayant une **fixation** pénible ou douloureuse (asthénopie de fixation), ne peut pas maintenir un travail de repérage d'indices, et se déconcentre rapidement.

Un enfant qui ne maîtrise pas la **poursuite**, ne peut pas solutionner un exercice de labyrinthe, et manque totalement d'anticipation.

Un enfant dans l'incapacité de maîtriser ses **saccades**, ne pourra avoir une lecture efficiente.

(A noter que nos yeux réalisent en moyenne cent mille saccades par jour, d'où la nécessité de savoir les contrôler).

Un enfant qui ne maîtrise pas ses **vergences** est un enfant qui peine : soit lorsqu'il doit successivement regarder son travail de près (sur le bureau) et le tableau, soit l'inverse. Dans les deux cas : il fatigue, il larmoie, il voit flou.

Un enfant qui a une mauvaise **coordination œil-tête** tourne la tête avant les yeux, alors que ce sont les yeux qui doivent entraîner la tête. Il se crée alors une fatigue musculaire, au niveau des cervicales et des trapèzes.

Dans un troisième temps, l'orthoptie se veut fonctionnelle.

On essaie de comprendre quelles sont les difficultés de l'enfant dans sa scolarité ainsi que dans sa vie quotidienne, et on trouve les stratégies qui vont lui permettre de les **compenser**.

Cette rééducation doit donc être imaginative et adaptée à chacun.

Elle ne doit pas être une contrainte pour l'enfant, à qui on n'aurait pas expliqué l'intérêt de la rééducation, et qu'on surchargerait à souhait.

Il faut tenir compte de l'emploi du temps de l'enfant : de ses loisirs et sports pratiqués, ainsi que de ses diverses rééducations pour toujours moduler en fonction de lui.

En effet, nos séances peuvent être d'une durée plus ou moins longue, de fréquence variable.

Leur nombre est aussi très variable (d'une dizaine de séances, à une prise en charge sur la durée de toute l'année scolaire en cours).

On peut également être amené à faire un choix de «priorité de rééducation» quand l'enfant a un trop grand nombre de prises en charge (orthophonie / psychomotricité / orthoptie / ergothérapie...).

D'où l'importance de communication à tous les niveaux : avec l'enfant, les parents, les rééducateurs, l'école.

On travaille en équipe (ou réseau) dans l'interpluridisciplinarité, le partage de connaissances et de pratiques, pour un projet de soins adapté.

L'orthoptie participe activement à la **compensation** du trouble mais ne le guérit pas. Elle permet de connaître les stratégies du regard, de les respecter, de les favoriser et de les améliorer.

Les orthoptistes pratiquent le bilan et la rééducation sur prescription médicale (pédiatre, médecin généraliste, ophtalmologiste, médecins scolaires, PMI. Orthophonistes et psychomotriciens en début ou en cours de prise en charge. Familles, associations. Enseignants. Commissions d'orientation).

Les actes sont remboursés par la sécurité sociale.

Je finis par le témoignage d'une maman :

«Mon fils a fait beaucoup de progrès dans le graphisme, depuis que vous le suivez!

Mon mari dit que ça n'est pas dû aux séances d'orthoptie, mais parce qu'il est devenu plus mature pendant l'été, avec les grandes vacances...»

J'ai répondu : «C'est peut-être un peu les deux!!»

...Alors comptons aussi beaucoup sur le potentiel de chacun des enfants, ainsi que sur leurs expériences et ce qu'ils en font, pour nous réjouir de leurs progrès et les leur faire remarquer!!!

Bibliographie

Essentiellement les formations faites auprès de l'UNRIO (Union Nationale pour la Recherche en Orthoptie), ainsi que ses formations continues.

Extraits des colloques organisés par la délégation Paca Corse de l'AFEP (Association Française des Enfants Précoces). Mars 2006

Les Troubles Neuro-Visuels. VII ème Congrès de L'AREPO (Association Régionale d'Enseignement et de Pratique Orthoptique). Mars 2004

Les 10 ans de L'AREPO. X ème Congrès. Mars 2007

Le Trouble de l'Acquisition de la Coordination. R H GEUZE.

Les Dyspraxies de l'Enfant GERARD/BRUN.

Docteur Chantal FERAUD-SERRES
Centre médical « Les cyprès »,
25, Traverse de la Dominique,
13011 , MARSEILLE.
Tél : 04 91 89 48 38

RACINES SENSORI-MOTRICES DE LA DYSPRAXIE

Marseille 10 Octobre 2007-10-10

La dyspraxie est définie par l'UNESCO comme **la discordance entre l'acte voulu et l'acte réalisé**. Par un parcours clinique concernant des enfants porteurs de handicap moteur, de suivi systématique de grands prématurés , nous avons été amenés à rencontrer des enfants présentant une dyspraxie développementale.

Nous centrerons notre propos sur la dyspraxie visuo-spatiale et sur la recherche des racines sensori-motrices des troubles.

Le sensori-moteur concerne **l'ensemble des interactions matérielles que le bébé entretient avec son milieu**. Elles se réalisent dans la période de développement qui va de la naissance jusqu'à 18-24 mois .Durant cette période se construisent des coordinations qui, si elles se passent bien permettent un développement psycho-moteur qui est une merveille d'ajustements. Notre approche se base sur les concepts du Pr Bullinger *.

Le développement de l'enfant est une construction : le bébé a trois espaces distincts qu'il doit unifier pour construire son espace de préhension. Cela se réalise par passages **actifs** d'une position asymétrique droite à asymétrique gauche. La construction de l'espace de préhension est nécessaire pour construire la latéralité et pour développer des praxies qui peuvent se définir comme des « combinaisons organisées de **mouvements** en fonction d'un **but** avec une **programmation** globale du geste dans ses aspects **temporels** et **spatiaux**. Cela implique des capacités de mémoire et d'attention.» Michèle Mazeaux.

La trace, effet spatial du geste ne se définit plus que par la géométrie alors que l'espace du geste qui a laissé cette trace se définit en termes de vitesse, de force, de temporalité. Normalement pour les praxies oculaires et manuelles, ces coordinations se mettent en place avant 9 mois .

Rechercher les racines sensori-motrices des troubles consiste à interroger **l'espace du geste** et les coordinations sous jacentes et ne pas se s'interroger seulement sur **leur effet spatial**.

En clinique, nous rechercherons les troubles de coordination :

- de l'espace oral,
- de la vision (oculo-motricité et coordination focal-périphérie)
- au niveau manuel.

La dyspraxie visuo-spatiale, association de troubles du regard entraînant des difficultés d'élaboration de l'espace et des troubles praxiques constructifs est présenté comme modèle.

Le non **croisement de la médiane corporelle** y est très fréquent.

Sont opposés les caractéristiques des systèmes visuels périphérique et focal.

Docteur Chantal FERAUD-SERRES
Centre médical « Les cyprès »,
25, Traverse de la Dominique,
13011 , MARSEILLE.
Tél : 04 91 89 48 38

Ce bilan sensori-moteur débouche sur des pistes thérapeutiques mais a des limites:

- parfois l'enfant a toutes ses bases et le bilan renvoie à des prises en charge neuro-psychologiques qui ne concernent que les traces,
- comment , lorsqu'on rencontre des lacunes dans ces racines si profondes, proposer des activités non « humiliantes » ?

Au niveau thérapeutique, ma triple expérience clinique m'amène à proposer des mesures préventives telles que le couchage des bébés en cocon, et l'interdiction du « youpala ».

Au niveau curatif, le traitement sera adapté, ajusté en fonction de chaque enfant.

Dyspraxiques mais tous différents.

La dyspraxie est un TAC, trouble d'acquisition des **coordinations**. Cela va obliger chaque thérapeute à s'ouvrir, à replacer la partie qui le concerne pour la remettre au service de tout le corps. Il faudra faire attention aux points d'appui posturaux...

L'exposé se termine par des paroles de dyspraxique qui nous font entrer dans leur monde. Les enfants les plus sévèrement atteints étant « aveugles à l'espace ». Leur vécu est toujours douloureux et nommer le trouble , comprendre l'enfant valent permettre de développer ses compétences et de ne pas se laisser engloutir pas un sentiment d'échec qui envahira tout.

André Bullinger* : **Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars**. Un parcours de recherches.

Edition Erès. La vie de l'enfant.

COMPTE RENDU DE LA 1ERE JOURNEE NATIONALE DES DYS

Mercredi 10 octobre 2007

Marseille

- 9h00 accueil et stands

par un Directeur de la Société des Eaux de Marseille, Alain Nelli
(Association du club du cœur des Eaux de Marseille) et Luce Nocera (FLA)

Aujourd'hui en France 60 manifestations pour cette journée Dys (handicaps invisibles) ; la scolarité est révélatrice des troubles.

Dans l'académie le mouvement d'information est en marche depuis 2 ans (collaboration avec Inspectrices ASH).

- 10h-11h conférence d'Alexandra BOLUFFER orthoptiste

« Rééducation orthoptique et troubles d'apprentissage »

L'orthoptie est le dépistage, la rééducation... des troubles d'apprentissage. Le rôle de la vision dans ces troubles est TRES important. Le bilan est basé sur l'annamèse de l'enfance : sensoriel/moteur/fonctionnel. Pour faire ce bilan, il faut apprendre à l'enfant à s'installer au bureau avec une batterie de tests.

Sensoriel : capacité à voir net et sain

Moteur : capacité à diriger et analyser le regard et la coordination des yeux

Fonctionnel : mise en jeu de la vision et de ses stratégies

La conclusion du bilan entraine un diagnostic orthoptique dont souvent un dysfonctionnement de la fonction visuelle.

Les troubles de la vision dans l'apprentissage se manifestent par :

- acuité visuelle qui n'est pas optimale donc céphalées

nb : il faut 6/10° pour lire et 3/10° pour écrire

- motricité des yeux : pb de fixation

si la fixation est peinée et douloureuse : aucun repérage d'indices possible

si l'enfant ne maitrise pas la poursuite : aucun labyrinthe possible

si l'enfant ne maitrise pas ses saccades : aucune lecture efficiente possible

nb : les 2 yeux font 100 000 saccades/jour

s'il a une mauvaise coordination tête/yeux : grosse fatigue
si l'enfant ne maîtrise pas son évergence : fatigue et flou

d'où des difficultés dans sa vie et sa scolarité ! ! ! Une rééducation s'impose, issue d'un travail d'équipe et interdisciplinaire !

..... réponses aux questions de la salle :

- l'ophtalmo repère les troubles mais ne les guérit pas
- ! Il est NECESSAIRE de demander à l'ophtalmo l'acuité visuelle des 2 yeux OUVERTS !
- ce bilan neurovisuel ne se fait pas chez tous les orthoptistes

• 11h-12h : conférence de Mme CORNETTI,
Inspectrice EN ASH 3 de l'IA 13

Depuis 1970, il existe différents dispositifs ds l'EN : groupes d'aide psy, RASED (1990) avec la préoccupation de l'EN d'aider.

Mais le contexte a bougé (il y a des enfants en difficulté) et ttes les prises en charge doivent être réinterrogées

1999 : S.ROYAL a demandé un rapport sur la dyslexie et la dysphasie

2000 : 1^{er} rapport de JC RINGARD

2001 : 2^o rapport avec un plan d'action

2003 : Circulaire pour les aménagements scolaires des enfants (PAI)

2004 : mise en place d'un guide-barème pour les troubles d'apprentissage du langage

2005 : changement de la structure « handicap » cad troubles de la santé cognitive et mentale

Pourquoi si tard ? les connaissances évoluent, pbs des prises en charge humaines et matérielles

2000-2007 : 3 CLIS Dyslexie + 3 UPI dyslexie + mini regroupements

PB : ces troubles sont svt invisibles et silencieux : se révèlent ds les apprentissages.

Janvier 2007 : Rapport de l'INSERM sur les Dys avec des informations pour étayer, réguler.

Il existe 2 cas de figure :

1. enfant ds les Dys donc PPS
2. si petit handicap : adaptation donc soit une prise en charge de l'élève au 1^{er} niveau avec le PPRE (IO du MEN) soit le RASED (120 psy + 360 enseignants spécialisés) soit PAI

! Pb de la formation des enseignants mais depuis 2 ans suite à un partenariat avec les associations et des stages, il existe UN OUTIL FORMALISE par Madame Daumalin (Conseillère pédagogique) et Madame Aubert (enseignante ressources en informatique pédagogique) avec extraits du travail de Madame Furon (ergothérapeute), qui EST MIS A DISPOSITION ds chacune des circonscriptions (!!! apporter juste un CD !!!)

Son message : chacun a son rôle à différents moments :

- pour le repérage et le signalement : enseignants et RASED
- pour le dépistage : psychologue et médecin scolaire
- pour le diagnostic : médecin spécialisé
- Il existe des centres de références de l'EN (cf site académique de l'ASH13)

Les troubles du langage écrit et oral : dyspraxie, dyslexie, dysphasie, TDAH (troubles des déficits d'attention avec ou sans hyperactivité)

Les invariants : grande fatigabilité, variabilité des résultats, isolement etc...

L'OUTIL fait le lien entre la compréhension de la difficulté et comment s'en servir !

Conclusion : valoriser ce travail pour être utile aux enseignants

ATTENTION : la pédagogie différenciée est inscrite ds nos missions !

.....Réponses aux questions de la salle :

- il y a des stages proposés aux enseignants en formation continue
- pb de l'anglais
- il faut travailler en équipe

- pb : il existe 1 référent pour 450 enfants mais 1 plan de recrutement va être mis en place !...

•12h00- 13h00 Présentation du diaporama des associations

Ce qui doit alerter les enseignants :

- Pour les pbs de dyslexie : des difficultés en lecture donc **EVITER** tout élément parasite ds un texte, utiliser **ARIAL 18** et **VERBALISER !**

- Souvent dyslexie et dyspraxie sont associées :
avec l'aide de l'ordi, la dictée devient plus lisible (cf l'expérience du collège St Exupéry de St Laurent du Var qui a créé des exos aménagés)

- Les aménagements :

- Des photocopies de qualité
- Une présentation très aérée
- Des surlignements
- Une prise de notes limitée

- La dyspraxie :

C'est un handicap invisible ; l'élève n'arrive pas à organiser ses gestes ni à les réaliser de façon harmonieuse car il y a une discordance entre l'acte voulu/l'acte réalisé

!! dès la maternelle, le repérage est possible : ds le laçage des chaussures/le travail avec les gommettes/le coloriage... au travers des troubles de l'organisation du regard et de la structuration spatiale.

En lecture : pbs en stratégie visuelle (perturbée) donc des petits mots oubliés ou transformés

En écriture : problématique donc il est nécessaire d'évaluer le fond et non la forme en limitant les travaux de copie et en changeant de couleur selon les paragraphes.

En maths : pbs pour coordonner plusieurs actions donc il est nécessaire d'aider au repérage spatial avec ex : mise en forme des opérations, suppression des illustrations (perturbent), plus de place pour les réponses

Au collège : période de grande désorganisation où l'enfant a du mal à s'organiser pour s'orienter ds le temps/l'espace et pour s'adapter aux différentes méthodes de travail des professeurs.

En règle générale, il faut LIMITER la prise de notes pour ces enfants !

En maths, il faut AERER les exercices car ces enfants souffrent d'une déficience du balayage visuel.

En anglais, ils rencontrent de gros problèmes car cette langue comprend 1120 graphèmes pour 40 phonèmes (en français, 300 pour 34).

En musique, ils ont de gros pbs pour la flûte à cause du trouble praxique.

Nb : pour toutes les astuces d'organisation disciplinaire se reporter au site de « Dyspraxique mais fantastique ! » <http://www.dyspraxie.org/>

Le syndrome TDAH (Trouble déficitaire de l'Attention/ Hyperactivité)

Cf <http://www.tdah-france.fr>

Ce syndrome cumule plusieurs troubles que l'enfant devenu adulte conserve : des problèmes de mémoire et d'organisation + des problèmes d'hyperactivité (avec une attention partagée ou rêveuse, avec une activité motrice nettement supérieure à la moyenne) + des problèmes d'impulsivité (c'est le clown de la classe, utilisé par les autres ; hypersensibilité).

L'enfant n'est pas du tout agressif.

Ce syndrome entraine des répercussions terribles pour l'enfant dans sa vie scolaire, familiale et sociale. Il a une baisse d'estime de lui même.

Il est nécessaire de toujours les reprendre par la parole.

!!!!!!!!!!!! Souvent ce syndrome n'est pas dépisté !!!!!!!!!!!

Quelques solutions : il faut poser le cadre c'est à dire

- avoir des exigences claires et simples**
- mettre en place des rituels et des routines**
- construire des règles ensemble**
- éviter des éléments distracteurs**
- anticiper les situations à risque (ds un groupe)**
- tolérer de simples débordements**

La dysphasie cf <http://avenir-dysphasie.asso.fr>

L'enfant qui souffre de dysphasie soit se referme sur lui même soit met l'ambiance.

La dysphasie est un trouble structurel du langage qui se traduit par un déficit permanent et significatif des performances verbales.

L'enfant est normalement intelligent mais il a des difficultés d'élocution : pas de langage oral/définition des mots/logorrhée sans cohérence apparente avec des troubles de la syntaxe (phrases incomplètes/confusion des genres/discours fragmenté sans verbe) et une compréhension partielle (manque de précision du lexique/ la mise en lien des informations se fait mal/pas d'accès naturel et automatique/pas d'accès à la mémoire procédurale).

Communiquer lui pose pb donc le faire PARTICIPER !!!

Le diagnostic :

En PS en maternelle : retard de langage oral massif

En MS en maternelle : si l'écart des capacités de communication orale se creuse, consulter le médecin de PMI puis le médecin scolaire en Élémentaire.

Le diagnostic qui permet à l'enfant de se revaloriser démarre sur un bilan orthophonique et doit être confirmé par un pédiatre.

!!! attention : il existe différentes sortes de dysphasies avec des troubles de la communication, de l'attention, de la mémoire et une grande fatigabilité.

Comment aider ces enfants à l'école ?

Il est nécessaire d'attirer l'attention de l'enfant avec une réduction du bruit ambiant, en le nommant, en se mettant à sa hauteur, en ayant un contact visuel permanent, en utilisant un contact physique.

→ il faut solliciter sa mémoire

par la mémoire visuelle : mimer, exagérer les gestes, exagérer les expressions faciales...

par la mémoire auditive : intonations, pauses ds les paroles, bonne articulation...

→ il faut donner des consignes claires car ces enfants ont besoin de graphiques et d'images

→ il faut reformuler et traduire
en s'adaptant à son rythme de communication : lui donner le temps de recevoir, traduire, de trouver les mots pour montrer qu'il a compris avant qu'il ne s'engage ds la tâche.

→ il faut vérifier la compréhension

→ il faut favoriser l'entrée ds les apprentissages
!!! pb en GS en maternelle quand le langage écrit fixe la parole d'où la nécessité de travailler en équipe pour aider l'enfant !
Il existe plusieurs méthodes pour l'aider (système de pictogrammes...) qui ne doivent être que transitoires.

[projection du film sur des témoignages de personnes dyslexiques avec présentation d'Ariel Conte]

- 13h30-14h00 Présentation des Lavandes MECSS dysphasie dyslexie par Xavier Blanc, directeur

1. la structure

→ une unité de soins qui accueille 40 enfants en internat (région PACA et limitrophe) avec 2 ans de prise en charge des enfants qui ont « des troubles spécifiques et sévères des apprentissages du langage » (dyslexie, dysgraphie, dyscalculie...) avec pour objectif d'acquérir l'autonomie pour la mise en place des apprentissages

nb : il n'y a que 2 référents pour le 05 !

→ un lieu de diagnostic pour le 05 et le nord du 04 pour faire un bilan exhaustif des enfants avec l'objectif d'une pertinence accrue de la prise en charge

Les Lavandes regroupent 3 services :

- le pôle rééducatif avec le suivi quotidien de l'enfant (famille et professionnels)
- le pôle médical (avec 2 psys)
- le pôle administratif et hôtelier

association Loi 1901 du secteur sanitaire ; 40 lits.

2. La population

2/3 des enfants proviennent des centres de référence (ex : la Timone)

1/3 de l'unité de diagnostic du département, des CMPP, CMPI et médecins libéraux.

!!! il est nécessaire de passer par des équipes pluridisciplinaires pour un diagnostic précis

Les indications thérapeutiques : 60% dyslexie, 20% dysphasie et 23% autres (syndrome de Gerstmann, TDAH...)

Orientation scolaire : 6^{ème} normale ou SEGPA ou UPI

3. la prise en charge

Elle suit le calendrier scolaire avec 16 week-ends passés aux Lavandes ds une dynamique thérapeutique avec une adaptation à chaque cas et un suivi en amont des parents et des professionnels.

Les séances rééducatives et psys : pour + de 7 enfants/semaine en séances individuelle ou collective (durée : 55 mn) avec des professionnels (5 orthophonistes, 2 neuropsychologues, 2 psychomotriciens, 2 psychologues)

L'enseignement se fait par groupes de 6 à 10 ; 5 groupes d'enseigt par compétences scolaires (maths et français) avec 1 classe plus spécialisée (dysphasies). Les groupes sont réduits selon les temps de séances (collective ou individuelle) ; les ateliers pluridisciplinaires sont organisés par thèmes et/ou par types de troubles.

L'éducatif :

Les activités éducatives sont ludiques et ciblées dans une pluridisciplinarité (mobilisation des acquis, développement personnel et social...) ;

L'internat est un lieu de vie collective qui génère l'autonomie et procure des règles.

L'internat est également un lieu de convivialité : estime de soi, ressourcement, sociabilisation...

!!!! Plus la prise en charge est faite tôt, mieux c'est pour l'enfant !

4.l'admission

pour des enfants de 8 à 11 ans dont le domicile est à moins de 2 h de route en région PACA ; après une consultation médicale spécialisée coordonnant les bilans ; avec un profil en adéquation avec les compétences du Centre ; nb : peu de liste d'attente sur l'unité de soins actuellement .

La nécessaire adhésion

→ des parents qui font partie de l'équipe

→ de l'enfant qui doit s'investir

→ aux conséquences et réalités : des modifications auront lieu ds la vie familiale et sociale ; il faudra faire son deuil de l'idée de rattrapage ou guérison.

La procédure d'admission: dossier administratif, dossier scolaire puis examen des dossiers par un collège pluridisciplinaire puis contacts téléphoniques avec des professionnels puis RV avec la direction et un référent liaison puis séjour d'essai proposé au demandeur puis engagement écrit d'acceptation.

.....Questions/réponses avec la salle :

Tout est pris en charge financièrement par les parents (sécurité sociale) .

Après leur sortie des Lavandes, un accompagnement des enfants est mis en place jusqu'à ses 16 ans.

Il y a une intégration ponctuelle des jeunes des Lavandes ds la vie du village.

C'est un établissement qui a été lancé par les parents.

• 14h00-15h00 conférence du docteur FERAUD SERRES
(médecine physique et réadaptation) « médecin en développement »
centre médical Les cyprès
25 traverse de la dominique
13011 Marseille

« Racines sensorimotrices de la dyspraxie »

le sensori-moteur : ensemble des interactions que le bébé entretient avec son entourage.

Ex : dyspraxie visuospatiale : pb des activités gestuelles

Définition de la dyspraxie selon l'UNESCO : « syndrome de discordance entre l'acte voulu et l'acte réalisé ».

La praxie selon M.Mazeau est « la combinaison organisée de mouvements en fonction d'un but avec une programmation globale du geste dans tous ses aspects temporels et spatiaux ».

Ses bases théoriques sont les travaux du docteur Bullinger (?) de Genève : La construction de l'axe corporel se fait sur 3 espaces (droit/median/gauche) et le bébé construit son espace de préhension par passages actifs entre les 3.

Les coordinations entre l'espace du geste / l'effet spatial du geste sont mises en place avant l'âge de 9 mois normalement.

Le travail clinique : rechercher les racines sensorimotrices des troubles consiste à interroger l'espace du geste et les coordinations sous jacentes.

Diagnostic clinique :

En praxies buccales : flou articulatoire, ouverture de bouche...

En oculo-moteur : anomalies des poursuites oculaires, cassure au plan median, changement d'œil directeur en fonction de la direction...

En visuel : mauvaise coordination focale périphérique

avec insuffisance de convergence, troubles d'attention, défaut de linéarité...

avec coexistence de stratégies visuelles contradictoires... etc....

Ex : le déséquilibre focal périphérique !!! chez les grands prématurés
Ex : un enfant qui depuis la maternelle se fixe sur un détail ou ne voit que la forme.

Pour les fonctions visuelles :

Focal : 3% rétine // 97% rétine périphérique

6millions de cônes // 120 millions de bâtonnets

donc fort pouvoir séparateur

**Le focal : champ limité, sensible aux contrastes, immature à la naissance/
l'exploration des frontières et la maximisation corticale/
Le décodage de l'image, le développement continu/
L'adresse, l'ajustement, l'anticipation de la mise en forme/**

Le périphérique : ? ? ?.../

La mobilisation tonique et l'ajustement postural/

Les mouvements des bras et du corps, liens avec les postures.../

La coordination avec les signaux périphériques permet la poursuite lente, de situer le corps, d'analyser les images etc...

DVS : malvoyance non améliorée voir pénalisée parfois par des lunettes ; le pouvoir séparateur de l'œil est intact.

Ex avec la projection d'une vidéo : étude d'un patient qui a un non croisement de la médiane corporelle au niveau manuel donc GROS pbs en géométrie (se replace toujours pour tracer !).

Les conséquences thérapeutiques préventives :

Le couchage en nid sur le dos ; l'éducation motrice et le youpala (pas bien !) car déconnexion yeux/mains avec renforcement de l'arrière

Donc la marche à 4 pattes est excellente !

Les conséquences curatives : la posture et la coordination entre les 2 espaces.

!!!! les enfants sont certes dyspraxiques mais st tous différents !! donc il faut cibler les prises en charge en fonction d'une analyse factorielle : chaque thérapeute doit s'adapter (psychomotricien, ergothérapeute...).

!! nécessité de replacer l'œil ds le reste du corps !!!!

Depuis les années 70, la dyspraxie est connue au travers des travaux sur :

- **coordinations intermodales**
- **points d'appui posturaux**
- **poursuites oculaires à trajectoire prévisible**
- **stimulations redondantes**
- **le bilan sensorimotriciel (BSM) ouvre des perspectives thérapeutiques**
- **comment proposer au patient des activités non « humiliantes » quand on trouve des lacunes dans ces racines si profondes**
- **des stratégies différentes avec ou sans lunettes**

!!! « la copie ça tue les yeux ! »

Ne pas oublier que la trace d'un geste est supportée par le geste !

**• 15h00- 16h00 Conférence du professeur Daniel Bailly, pédopsychiatre au
CHU Ste Marguerite à Marseille**

« Hyperactivité avec déficit de l'attention et troubles des apprentissages »

1. histoire mouvementée du TDAH

**Maladie repérée dès la 1ere moitié du XX ème siècle (1900-1950) avec Bourneville (1897) qui a crée le CMP, Demoor (1901) et Still (1902) ; Avec Wallon (1925) et son « enfant turbulent » (troubles neurologiques) ; Avec Abramson (1940) et son « enfant instable » (déficit cognitif)
1940 : Kiener « instabilités acquises et constitutionnelles »
1971 : Wender « lésion cérébrale minime »**

1950-1970 Divergence entre les Etats Unis / l'Europe

→ pour les Etats Unis :

c'est un syndrome hyperkinétique avec unicité du trouble
Laufer (1957) et Chess (1960)

→ pour l'Europe :

c'est juste un trouble de conduite et de comportement donc antisocial
Graham (1971), Steinberg (1971) et Kupietz (1971) : désordres de
l'apprentissage

En 1970-1980 : le modèle des déficits de l'attention prédomine avec
Douglas (1972-1980) qui le définit ds le maintien de l'attention et le
contrôle de l'impulsivité

DSM-II (1980) : trouble défini de l'attention avec ou sans hyperactivité

MAIS à partir de 1980 existence de doutes avec un profil symptomatique et
comorbidité

DSM-III en 1987

En 1997 pour Barkley c'est l'impulsivité qui est au centre de l'hyperactivité
avec déficit de contrôle des impulsions (cognitif/verbal/moteur) . C'est le
concept « défaut d'inhibition de réponse ».

Modèle de Berkley en 1997

Inhibition comportementale*

mémoire de travail

éveil**

intériorisation
du langage***

reconstruction

Contrôle de la réponse motrice

**Ces enfants ont un défaut dans l'inhibition comportementale*.
Pour l'éveil**, ils ont des pbs de motivation et de régulation des affects.
Et pour l'intériorisation du langage***, ils ont du mal à donner une réponse.**

En 1994, DSM-IV : officiellement reconnu comme un trouble important.

2. diagnostics

→ soit 6 symptômes d'inattention ou d'hyperactivité ayant persisté au moins 6 mois

ils existent avant l'âge de 7 ans !

→ soit une gêne fonctionnelle dans TOUS les domaines de la vie de l'enfant (école/maison/loisirs...)

→ soit une altération du fonctionnement de l'enfant

3 types : mixte/inattention prédominante/hyperacti-impulsivité dominante

Il existe l'échelle d'évaluation de Conners qui permet de faire un diagnostic côté parents (48 items et 5 facteurs) et côté enseignants (28 items et 3 facteurs) selon l'âge (3 à 17 ans) et le sexe.

Cette échelle permet d'évaluer les troubles qui touchent 3 à 5% d'enfants d'âge scolaire et 4 à 9 garçons pour 1 fille.

C'est un trouble qui est très rarement isolé : il entraîne des troubles de la langue (10 à 55%), des troubles des apprentissages (10 à 40% en lecture, 10 à 30% en calcul et 10 à 25% en expression écrite) sans oublier les troubles développementaux (pbs de contrôle du sphincter, troubles du sommeil, tics...), les troubles émotionnels (anxiété, dépression...) et les comportements perturbateurs (40 à 90% de provocation, pbs de conduite...).

3. les causes

→ les facteurs liés à l'enfant :

C'est dû à des facteurs neurobiologiques, à des facteurs psychobiologiques, à des facteurs neuro-anatomo-psychologiques (grâce à l'imagerie cérébrale : cortex préfrontal, ganglions de la base) et à des facteurs tempéramentaux (on peut les détecter dès la naissance : « humeur négative », niveau élevé de la distractibilité).

Ce trouble est génétiquement déterminé en grande partie : l'enfant ne changera pas ! La mère a un rôle important : elle peut limiter les dégâts ! Il faut mettre en place un environnement adéquat !

→ les facteurs liés à la famille :

- les aspects génétiques avec env.80% d'hérédité et 20% environnement
- des antécédents psychiatriques familiaux
- des interactions parents/enfant

c'est à dire des interactions négatives, des modes éducatifs parentaux incohérents, des comportements punitifs systématiques...

!!! primordial ds l'évolution !!!

!!! nécessité de stimuli cohérents et constants !!!

→ des facteurs environnementaux et psychosociaux :

- dûs au plomb
- à une toxémie gravidique et éclampsie, pbs de grossesse, détresse fœtale
- ...
- à des évènements de vie stressants, pbs familiaux...

4. les complications

→ sur les performances scolaires :

Les enfants ont des résultats moins bons à QI égal ; souvent les enseignants ne tiennent pas compte de leur problème.

→ sur les relations sociales :

- augmentation du stress parental, perturbations des relations intrafamiliales
 - perturbations des relations avec les enseignants
 - perturbations des relations avec les pairs
- nb : entraînent des troubles secondaires (alcoolisme, divorce..)**

5. évolution :

- apparente diminution d'intensité des manifestations avec l'âge
- à l'adolescence : 20% en rémission, 40% stabilité du trouble et 40% aggravation

!!! Il faut traiter rapidement ts les symptômes chez un enfant sinon il va subir une altération de sa personnalité !!!

En règle générale, les formes durables s'associent à d'autres troubles :
→ troubles mentaux : personnalité antisociale, troubles liés à l'utilisation de substances (tabac, alcool, drogues) avec d'autres évolutions possibles.
→ troubles de l'adaptation sociale : difficultés scolaires et professionnelles, difficultés sentimentales et familiales, relations sociales peu satisfaisantes, hausse des taux de criminalité...
et hausse des accidents de la route...

!!! traiter les enfants hyperactifs c'est moins de délinquants !!!!

6. la prise en charge

sur les 3 niveaux : enfant/parents/milieu scolaire

→ pour l'enfant :

traitement médicamenteux (Ritaline...) + psychothérapie (!! la psychanalyse n'a aucun effet sur lui !!) + rééducation

→ pour les parents :

**guidance parentale + thérapie cognitivo-comportementale (marche bien !!!)
Les résultats de la thérapie familiale ne st pas très étudiés donc on ne sait pas bien.**

→ pour les enseignants :

ils doivent aménager des conditions pédagogiques car l'enfant n'entend pas ce qu'on dit et doit apprendre à séquentialiser.

7. l'efficacité ?

- sur l'évolution générale :

La prise en charge ne change pas l'enfant mais permet de gommer les effets secondaires ; en particulier le traitement médicamenteux fait baisser de 50% les risques d'évolution vers la prise de substances.

- sur l'adaptation psychosociale :
- Le médicament est bien à court terme mais contrasté à long terme.
L'importance de la prise en charge psychosociale est+++pour le patient !

8.conclusions

- il faut un dépistage et une prise en charge précoces
- la prise en charge est nécessairement lourde
- il y a nécessité de TOUT associer : traitement médicamenteux+ psychothérapie+rôle primordial des enseignants
- une collaboration active est NECESSAIRE entre les parents/l'équipe médicale et paramédicale/l'école
-

9. des trucs pour les enseignants

- patienter
- avoir l'enfant ds une classe à effectif réduit
- placer l'enfant devant l'enseignant
- adopter différentes stratégies
- ne pas aller trop vite : séquentialiser
- l'aider ds ses relations avec ses pairs

Gros pb en France : certains psychiatres n'évaluent pas et disent qu'il n'y a pas de troubles mentaux chez l'enfant ! ! ! !

16h30-17h00 conférence de 2 étudiants de l'AEMO (Association des Etudiants Marseillais en Orthophonie)

« Recherche et orthophonie : intérêts et perspectives »

- Intervention du directeur de l'Ecole d'Orthophonie de Marseille qui souligne que Marseille et l'axe neurosciences est un point fort avec de

nombreux labos (travaux de recherche : CNRS Mireille Besson, St Charles et Aix en Provence)

Cathy Rigal, prof doc collège Joliot Curie d'Aubagne. Octobre 2007

Il rappelle que les orthophonistes ne sont pas des praticiens mais ont un savoir en évolution.

Les 2 étudiants (en dernière année) ont pour sujet de travail « peut-on déceler à un certain âge les enfants qui auront des difficultés plus tard ? »
Cécile Gaspérini et Frédéric Braï ont fait une étude longitudinale sur

« Devenir mauvais lecteur : quels sont les facteurs de risque ? »

Le dépistage des troubles de la lecture se fait dès la maternelle par les enseignants au travers de bilans :

Contenu actuellement : langage oral/conscience phonologique/rapidité à l'accès lexical/acquis psychomotricien/mémoire

Contenu à venir ? : attention visiospatiale(cf les travaux de recherche de Hawelka, Valdois...)/perception de la parole (cf les travaux de Zigler sur la perception de la parole ds le bruit, ds le bruit stationnaire, ds le bruit fluctuant) /pb des indices

!! pb des élèves dys ds le bruit !!!

Leurs objectifs :

- vérifier que ces résultats s'appliquent à des enfants de 5 ans
- établir des profils de risques
- servir de base pour d'autres études

note de l'auteur : la journée fut passionnante mais aussi fatigante intellectuellement d'où certains décrochages dans ma prise de notes. désolée !

• 17h00-18h00 Conférence du Docteur Michel Habib, neurologue à La Timone

« Autour de l'enfant dys et de ses parents : l'école, la science et la médecine »

1. la reconnaissance des troubles dys : un parcours du combattant enfin abouti ?

Le retard est enfin comblé en France même s'il existe des textes et cadres et un décalage avec le terrain.

Le rôle fondateur et moteur des associations des parents est reconnu.

Le plan d'actions de 2001 est un pas en avant mais n'est pas un pas décisif : ds le domaine de l'école, il y a un changement d'état d'esprit et ds le domaine de la santé, c'est une priorité encore fragile ⇒ se pose le pb du financement.

Les progrès de la science :

- le décalage entre le travail scientifique/ la réalité a été moteur donc il y a un effort international remarquable.
- Il existe un élan largement suivi par les équipes françaises MAIS elles st en retard :

Il y a 10 ans aucune recherche !

Maintenant il y a un intérêt fort en recherche fondamentale et appliquée et pourtant l'effort financier est dérisoire et il manque un organisme central dédié aux dys [cf <http://ist.inserm.fr/basisrapports/dyslexie/>]

Les progrès de la médecine :

On a encore un retard important face aux avancées de la recherche scientifique :

- Il n'y a que 20 centres de références en France ds les CHU
- Les moyens manquent
- Des actes sont encore non remboursés (psychomotriciens, neuropsychologues...)
- Les médecins praticiens sont étrangers à la problématique car en tout n'ont qu'1h de cours sur le sujet ! ! !

Pourtant le dr Habib a construit un outil de diagnostic rapide ! ! !

Il y a des points positifs :

- l'investissement significatif des pédiatres et des orthophonistes
- l'homogénéisation des pratiques autour du consensus (presque parfait) sur les causes

l'origine : pbs biologiques qui se manifestent différemment selon l'environnement.

- l'effort remarquable en dépistage grâce aux PMI et médecins scolaires.

Les progrès de l'Education nationale :

→ le retard évolue lentement mais sûrement

- le débat sur les méthodes de lecture est un faux débat, révélateur de notre retard
- il y a une meilleure appropriation des travaux scientifiques par la base que par le sommet
- l'évolution est encore trop souvent basée sur le volontariat et est donc inégale

→ mais il y a des avancées déterminantes :

- la loi de 2005 sur le handicap
- la généralisation des PAI pour les cas les moins sévères
- ds certaines académies, un enseignant a été détaché par les équipes techniques des autres référents (ex à Nice)
- l'inclusion progressive des troubles de l'apprentissage ds la formation initiale (en IUFM)
- un effort considérable de formation continue ds les enseignants
- un changement profond des représentations que se font les enseignants

2. Le dispositif dans notre région :

- Les centres référents :

Ils sont intégrés au sein des CHU ds des services de neuropédiatrie ; ils ont un rôle majeur ds l'enseignement et ds la recherche.

Mais c'est plus problématique pour les soins :

- file d'attente (1an pour un bilan !)
- nécessaire individualisation
- CHU loin du milieu socioéducatif de l'enfant
- Pas de nécessité d'équipement lourd

- Pb pour les adultes dys : ont les soins ds les services pédiatriques !!!

Cathy Rigal, prof doc collège Joliot Curie d'Aubagne. Octobre 2007

- Les unités de bilan :

UDB mises en place par RESODYS

- Avec des équipes multidisciplinaires (neuro+orthopho+psycho+mèdecin)
- Ouvertes aux médecins libéraux
- Importance des réunions de synthèse
- Lisibilité maximale
- Communication optimale avec l'équipe médicale (médecin scolaire+psychologue scolaire+RASED+enseignants)
- Intérêt des classes spécifiques

- Les autres acteurs :

Les Lavandes/ les hopitaux généraux/ les services hospitaliers de psychiatrie/SESSAD DYS/ CMPP...

RESODYS central : 6 unités de bilan

- Articulation avec l'EN :

UPI CLIS DYS (à Pelissanne) / UPI CLIS DYS (à Mazenode Pont de Vivaux)

⇒ volonté d'intégration (pas ghetto !!)

Travail commun avec UBD de RESODYS et l'EN

SESSAD DYS : salon Marseille est ; UPI Vitrolles

CLIS Aix en Provence et Marseille nord (en sept 2007)

Pour les enfants moins touchés : le Rectorat envisage de créer 13 collèges pilotes qui seront référents dys (1 par bassin).

- Rappel du rôle de RESODYS partenaire de l'intégration scolaire :

Evaluation/formation/recherche

Derniers travaux (IREM) : l'activation des zones du cerveau se fait selon le milieu social !!!

Conclusion

L'enfant dys doit être pris en charge par TOUT un réseau (médical, enseignant...) pour s'en sortir.

Cathy Rigal, prof doc collège Joliot Curie d'Aubagne. Octobre 2007

La prise en charge des Troubles Spécifiques des Apprentissages

Aux Lavandes

Xavier BLANC

directeur de la MECSS

SOMMAIRE

1. LA STRUCTURE

2. LA POPULATION

3. LA PRISE EN CHARGE

4. L'ADMISSION

1. LA STRUCTURE

- a. L'agrément
- b. L'organigramme
- c. Le statut

a. L'agrément des Lavandes

UNITE DE SOIN

Prise en charge **pluridisciplinaire, intensive et temporaire en internat**

pour des enfants présentant des **troubles spécifiques et sévères des apprentissages du langage**

en vue d'une **autonomie dans les apprentissages leur permettant une adaptation plus pertinente**

40 lits
Région PACA et limitrophe

DIAGNOSTIC

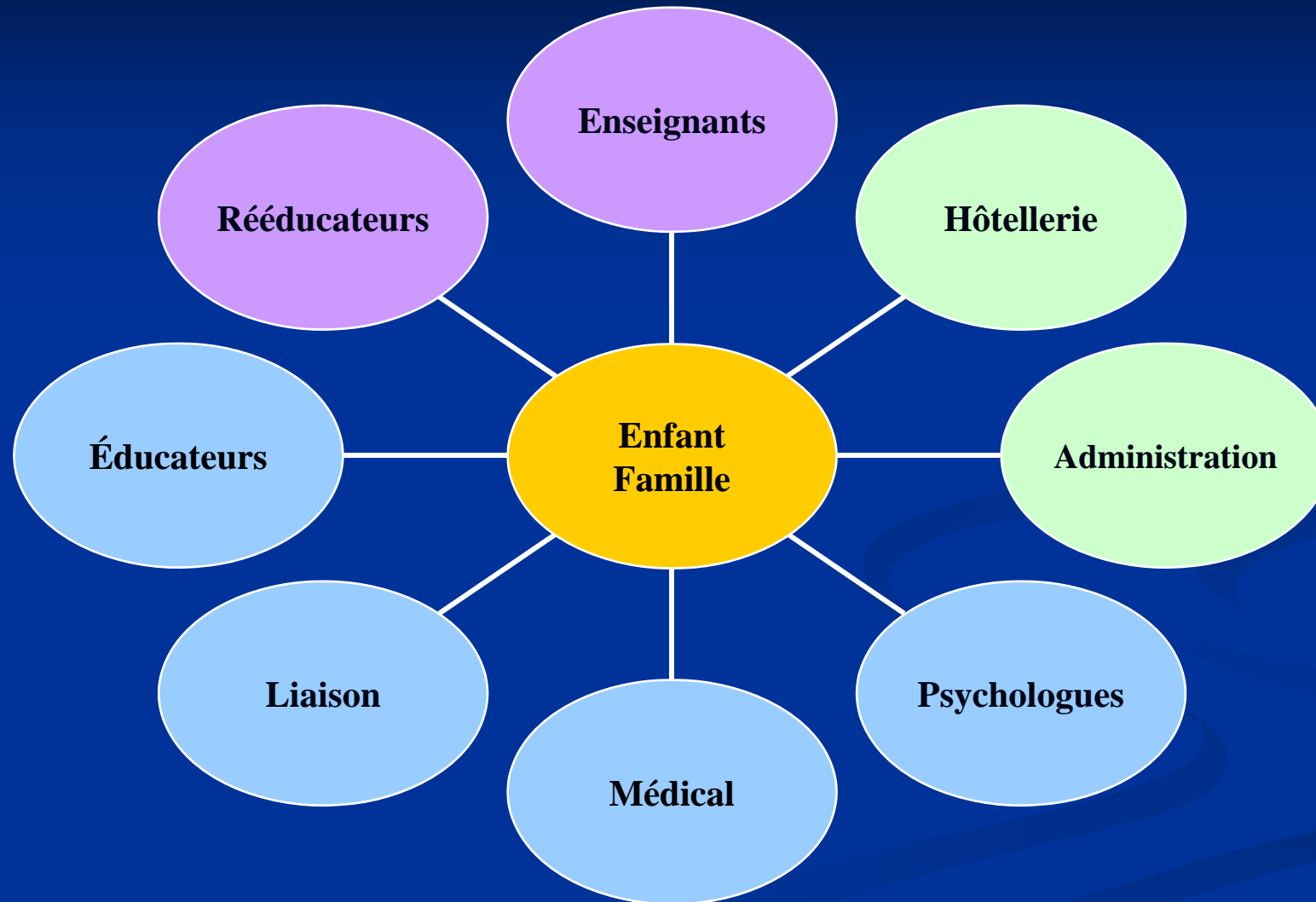
Bilan exhaustif et préconisations

pour des enfants présentant des **troubles spécifiques des apprentissages**

en vue d'une **pertinence accrue de la prise en charge**

40 places
Départements 05 et nord 04

b. L'organigramme simplifié



c. Le statut de la structure

- **Association** loi 1901 (à but non lucratif)
- Relève du secteur « **sanitaire** »
(considéré comme un hôpital)
- **Participant au service public hospitalier**
(mission de formation et d'information)
- **40 lits** pour **48 salariés** (~34 ETP)

2. LA POPULATION

- a.** Les origine des demandes
- b.** Les indications
- c.** Les orientations scolaires

a. Les origines des demandes

	Année 2005-2006 (16 entrées septembre 2005)		Année 2006-2007 (19 entrées septembre 200)	
	Proportion	Nombre	Proportion	Nombre
Centres référents sur les troubles du langage	56%	9	63%	12
Médecine libérale (vu par l'unité de diagnostic)	25%	4	32%	6
CMPI & CMPP	0%	0	0%	0
Médecine libérale (coordonnant les bilans)	19%	3	5%	1

b. Les indications thérapeutiques

Année 2006-2007 pour 39 enfants		Proportion d'enfants	Nombre d'enfants
DYSLEXIE	Phonologique	8%	3
	Surface	5%	2
	Mixte	44%	17
DYSPHASIE	Mnésique	8%	3
	Autres	13%	5
Autres	Gerstman, TADHA, troubles attentionnels, Dyscalculies	23%	9

c. Les orientations scolaires

Toujours accompagné d'un PPS	Année 2005-2006 (19 sorties juin 2006)		Année 2006-2007 (16 sorties juin 2006)	
	Proportion	Nombre	Proportion	Nombre
Primaire « ordinaire »	16%	3	19 %	3
6 ^{ème} « ordinaire »	47%	9	37,5%	6
6 ^{ème} SEGPA	21%	4	12,5%	2
6 ^{ème} UPI spécialisé TSL	5%	1	12,5%	2
6 ^{ème} « spéciale »			12,5%	2
5 ^{ème} ordinaire			6,25%	1
5 ^{ème} SEGPA	11%	2		
Autres			6,25%	1

3. LA PRISE EN CHARGE

- a. Les modalités de séjour
- b. Les séances rééducatives et psy
- c. L'enseignement
- d. L'éducatif

a. *Le séjour*

- Séjour en internat basé sur le **calendrier scolaire avec un retour en famille tous les 15 jours** en moyenne (16 week-end Lavandes sur l'année) adapté à chaque cas
- **Suivi en amont pendant et en aval des Lavandes** avec participation aux orientations, PPS...

b. Les séances rééducatives et psy

- **Plus de 7 séances spécifiques en moyenne** par enfant par semaine prévues en 2007-2008
- **Séances individuelles, collectives ou en atelier** de 55 minutes entre 8h15 et 17h40
- **Professionnels** : 5 orthophonistes (3.85 ETP), 2 neuropsychologues (1.68 ETP), 2 psychomotriciens (1.1 ETP) et 2 psychologues (1 ETP),

c. L'enseignement

- **Scolarisation spécialisée et adaptée** au sein de l'établissement par groupes de 6 à 10,
- **Enseignement par groupes** (5) de compétences scolaires (math et français) avec une classe plus spécialisée (dysphasie)
- **Groupe réduit sur les temps de séances** permettant une prise en charge individualisée
- **Ateliers pluridisciplinaires** par thèmes et/ou par types de troubles.

d. L'éducatif

- **Activités éducatives ludiques et ciblées** dans une pluridisciplinarité (mobilisation des acquis, développement personnel et social ...),
- **L'internat est un lieu de vie collective** qui génère l'autonomie, procure les repères et les règles indispensables au renforcement de la rééducation.
- **Il est également un lieu de convivialité** où les enfants se retrouvent entre pairs, développant une dynamique de groupe, un ressourcement, une estime de soi et une connaissance de leur trouble, une socialisation permettant un investissement nécessaire

4. L'ADMISSION

- a. Les conditions d'admission
- b. La nécessaire adhésion
- c. La procédure d'admission

a. Les conditions d'admission

- **8 ans à 11 ans** à moins de 2h en PACA
(avec une tolérance pour les régions limitrophes)
- **Consultation médicale spécialisée**
coordonnant les bilans (orthophonique, neuropsychologique, psychomoteur, scolaire et psychoaffectif) afin de confirmer le **profil en adéquation** avec notre champ de compétences,
- **Adhésion** des parents et de l'enfant,

b. La nécessaire adhésion

- **Les parents** font partie de l'équipe
 - Échanges réguliers **collectifs et individuels**
 - **adhésion à la politique, au projet**
- **L'investissement de enfant** est nécessaire
 - **Apprendre, évoluer, s'investir...**
 - **Accepter ses difficultés, l'aide** d'adultes & pairs
- Les **conséquences et réalités**
 - **Modifications** de la vie familiale et sociale
 - **Deuil** de l'idée de « rattrapage » ou de « guérison »

c. La procédure d'admission

- **Dossier administratif** à constituer
- **Dossier scolaire** envoyé à l'enseignant
- **Examen des dossiers** par un collège pluridisciplinaire
- **Contacts téléphoniques** avec les professionnels
- **Rendez-vous** avec la direction et le référent liaison
- **Séjour d'essai** proposé ou demandé
- **Engagements écrits** mutuels d'acceptation du projet