Dossier technique

Décembre 2014

Troubles Dys

Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles spécifiques du langage, des praxies, de l'attention et des apprentissages

CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Ce guide est destiné aux équipes pluridisciplinaires des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et à leurs partenaires, accompagnant la personne handicapée et/ou intervenant auprès d'elle.

La CNSA remercie Patricia PENTIER, stagiaire de master 1 MOSS à la direction de la Compensation de la perte d'autonomie en 2012, qui a réalisé la bibliographie, la compilation des outils et leur exploitation, ainsi que la rédaction de la première version de ce guide sur la base des productions des différents groupes d'échanges de pratiques des MDPH. Elle remercie également Pascale GILBERT, médecin dans cette même direction jusqu'en 2013, pour ses conseils et sa participation à l'élaboration des différentes versions de ce guide.

Sommaire

Préambule : Éléments de contexte 3

Objectifs et cible 5

Méthode d'élaboration du guide 7

1. Définition et démarche diagnostique des troubles Dys 9

1. Les troubles Dys 9

Les troubles spécifiques et durables de développement du langage oral (communément appelés dysphasies) 10

Les troubles spécifiques et durables du développement du geste et/ou des fonctions visuospatiales (troubles de l'acquisition des coordinations ou dyspraxies) 11

Les troubles spécifiques et durables de l'acquisition du langage écrit (dyslexies, dysorthographies) 12

Les troubles spécifiques et durables des activités numériques (dyscalculies) 14

Les troubles spécifiques et durables du développement des processus attentionnels et des fonctions exécutives (TDAH) 15

2. La démarche diagnostique 16

2. Démarche d'évaluation de la situation et des besoins 21

1. Les altérations de fonctions (déficiences) 21
2. La réalisation d'activités et la participation sociale 23
3. Les informations nécessaires aux MDPH pour identifier les besoins 24
4. Les besoins de compensation et leur identification : la démarche d'évaluation 24

3. Les réponses de droit commun 27

1. Les acteurs mobilisables en milieu scolaire, sans recourir à la MDPH 27
2. Les autres dispositifs ressources 27
3. Le PAP comme cadre de mise en œuvre des dispositifs de droit commun 29

4. Les réponses de droit spécifique/de compensation 31

1. Les réponses spécifiques mobilisables en milieu scolaire 31

Les classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) et les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) 31

Les unités d'enseignement en milieu spécialisé 32

Le matériel pédagogique adapté (MPA) 32

L'auxiliaire de vie scolaire (AVS) 33

2. Les autres réponses spécifiques mobilisables 34

Les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) 34

Les établissements médico-sociaux 35

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et ses compléments 35

La prestation de compensation du handicap (PCH) 36

Les réponses en matière professionnelle 36

3. Le guide-barème 37

4. Le plan personnalisé de compensation et le projet personnalisé de scolarisation 39

5. Synthèse des points à retenir 41

1. Les principaux points à retenir 41

2. Mise en correspondance des troubles des fonctions cognitives avec la CIF-EA 42

3. Arbre décisionnel relatif à la démarche d'évaluation des situations/besoins et d'élaboration des réponses pour les personnes présentant des troubles Dys 47

6. Fiches techniques 49

Fiche 1 – Les troubles spécifiques et durables de développement du langage oral 50

Fiche 2 – Les troubles spécifiques et durables de développement du geste et/ou des fonctions visuospatiales 52

Fiche 3 – Les troubles spécifiques et durables de l'acquisition du langage écrit 55

Fiche 4 – Les troubles spécifiques et durables des activités numériques 57

Fiche 5 – Les troubles spécifiques et durables de développement des processus attentionnels et des fonctions exécutives 59

Annexes 65

Annexe 1 – Les membres du comité de relecture 2014 65

Annexe 2 – Les troubles du développement psychologique, les troubles du comportement et les troubles émotionnels dans la CIM 10 67

Annexe 3 – Tableau de correspondance des classifications internationales : DSM-5 et CIM-10 73

Annexe 4 – L'examen psychologique et la variété de ses outils 74

Annexe 5 – Le bilan orthophonique et ses outils 78

Annexe 6 – Le bilan ergothérapique et ses outils 80

Annexe 7 – L'examen psychomoteur 82

Annexe 8 – Références 83

Préambule : Éléments de contexte

Dans un contexte où les demandes de compensation des personnes présentant des troubles Dys augmentent et où les acteurs au niveau local, accompagnant ces personnes et/ou intervenant auprès d'elles, se multiplient et mobilisent des sources, outils et pratiques différents, les équipes pluridisciplinaires des MDPH ont exprimé le besoin de disposer d'un état des lieux de ces pratiques. Afin d'améliorer l'élaboration de leurs réponses de compensation, elles souhaitent mettre à jour et développer leurs connaissances des troubles Dys, des professionnels à mobiliser et des dispositifs à actionner.

Ce guide s'inscrit ainsi dans la logique d'appui aux pratiques des équipes des MDPH, l'une des missions majeures de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. La CNSA accompagne en effet la mise en place des MDPH et a un rôle essentiel dans **l'animation** de ce réseau pour :

- permettre l'échange d'expériences et d'informations entre les départements ;
- diffuser les bonnes pratiques en matière d'accueil, d'évaluation des besoins, d'organisation et de suivi des décisions ;
- favoriser la comparaison dans le temps et sur le territoire des services rendus aux personnes accueillies par les maisons départementales afin de garantir l'égalité de traitement.

Dans ce cadre d'animation du réseau des MDPH, la CNSA participe à **l'élaboration de méthodes**, notamment pour apprécier les besoins individuels de compensation du handicap. Néanmoins, elle n'a pas pour mission d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques, à l'instar de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et de la Haute autorité de santé (HAS) par exemple.

Ce guide a donc été conçu au regard des **missions des MDPH**, notamment des trois suivantes :

- évaluation des situations et des besoins de compensation ;
- élaboration du plan de compensation ;
- attribution des prestations et orientations scolaire, médico-sociale ou professionnelle.

L'évaluation des situations de handicap est l'une des missions majeures des MDPH, définie dans la loi du 11 février 2005 et confiée à une instance, l'équipe pluridisciplinaire : « Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire, et propose un plan personnalisé de compensation du handicap. » (art. L. 146-8 du Code de l'action sociale et des familles)

Cette étape n'est pas une finalité en soi ; elle est destinée à proposer des réponses de toute nature aux personnes ayant exprimé des besoins et attentes dans le cadre d'une demande auprès de la MDPH au regard des répercussions sur leur vie, des altérations substantielles et durables de leur état physique, intellectuel ou psychique. **C'est le droit à compensation.**

La compensation par des réponses dédiées aux besoins des personnes handicapées ne doit intervenir que lorsque la réponse par l'accessibilité n'est pas suffisante et non en première intention. Le principe d'accessibilité induit que la société doit d'abord permettre à la personne handicapée d'accéder, comme tout le monde, au droit commun avant de mobiliser des moyens spécifiques aux personnes handicapées.

Enfin, s'il n'est pas attendu des MDPH qu'elles posent le diagnostic, le guide traite néanmoins ce point pour les accompagner dans la compréhension des modalités de la démarche diagnostique, variables selon les situations individuelles et les territoires, au travers des certificats médicaux et autres documents qu'elles reçoivent.

La première partie de ce guide est consacrée à la caractérisation de ce que l'on nomme actuellement en France « troubles Dys », mais aussi à la démarche diagnostique et aux acteurs concernés par celle-ci. La deuxième partie décrit les informations qu'il est nécessaire de rechercher pour enclencher la démarche d'évaluation d'une situation et des besoins individuels : les altérations de fonction à recueillir au travers des éléments transmis, l'impact de

ces altérations sur la réalisation d'activités et la participation sociale, l'identification des besoins qui en découlent pour compenser la situation de handicap. Après cette description, les troisième et quatrième parties abordent les réponses (de droit commun/de droit spécifique) susceptibles d'être mobilisées, leurs conditions d'accès et la façon dont elles peuvent être formalisées.

En conclusion de ces généralités, les éléments pratiques à retenir sont présentés sous la forme d'une synthèse des points forts (partie V), d'un tableau de correspondance des troubles avec la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé pour enfants et adolescents (CIF-EA) et d'un arbre décisionnel relatif à la démarche d'élaboration de réponses.

Les spécificités de chacune des grandes catégories de troubles sont traitées dans la sixième partie sous forme de fiches techniques. Ces fiches font état des questions à se poser pour identifier les besoins afin de faciliter la démarche de recherche des réponses de compensation.

Ce guide répond à un besoin d'équité de traitement et d'harmonisation des pratiques. Les MDPH souhaitent disposer rapidement d'un tel guide, synthétique et pratique.
Il prend appui sur les données actuelles, mais a vocation à être mis à l'épreuve du terrain, à évoluer et à être enrichi des observations des équipes, des résultats de la recherche et des publications à venir.

Objectifs et cible

Ce guide vise à apporter un éclairage sur les références, pratiques et outils existants afin de **développer une culture commune à l'ensemble des acteurs concernés par l'évaluation des situations individuelles de handicap dont les troubles Dys sont à l'origine, en vue de leur compensation**. Il n'a pas pour objet de fixer une procédure unique d'évaluation des besoins et d'élaboration de réponses ni de proposer des « recettes » toutes prêtes qui seraient applicables à l'ensemble des MDPH. Il vise plutôt à constituer un premier niveau de réponses aux difficultés rencontrées fréquemment par les équipes pluridisciplinaires des MDPH. Par ailleurs, chaque MDPH pourra trouver sur son territoire des partenariats et des actions adaptées aux particularités locales et répondant de façon précise aux besoins de ses usagers.

Les objectifs principaux de ce guide sont les suivants :

- améliorer les connaissances des MDPH sur les troubles Dys (leur caractérisation, la démarche diagnostique, les acteurs et leurs interactions) ;
- indiquer aux équipes pluridisciplinaires des MDPH et à leurs partenaires les éléments nécessaires pour l'évaluation des situations et l'identification des besoins ;
- aider à la construction des réponses par rapport aux besoins identifiés ;
- harmoniser les pratiques.

Ce guide n'est pas *:*

- *une analyse critique des outils et pratiques ;*
- *une analyse critique des textes réglementaires, des travaux scientifiques… ;*
- *une recherche de consensus sur les dénominations ;*
- *une revue de la littérature ;*
- *un recueil de recommandations pour l'avenir, un plan d'action.*

Il est *:*

- *un état des lieux des démarches, dispositifs, pratiques et outils ;*
- *un apport de référentiels, de pratiques … existants.*

Le guide est donc **destiné en priorité aux professionnels des MDPH** membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Toutefois, il est primordial que leurs partenaires qui accompagnent les personnes handicapées et/ou qui interviennent auprès d'elles se l'approprient également. La mise en œuvre des missions des MDPH dépend des relations nouées avec ces partenaires. Leur compréhension des missions des MDPH, de la répartition des rôles de chacun ainsi que du juste niveau d'informations à communiquer a un impact considérable sur la collaboration et la coopération. Cette coopération de l'ensemble des acteurs conditionne la qualité des services et les propositions de réponses apportées aux personnes accueillies par les MDPH.

Le guide suppose ainsi un double ajustement ; il doit permettre **une convergence de points de vue entre les MDPH et leurs partenaires** :

- par une meilleure connaissance partagée des troubles et des besoins de compensation ;
- et par une conscience des limites d'intervention de la MDPH (critères d'éligibilité aux droits et prestations, répartition des compétences entre l'équipe pluridisciplinaire et la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées – CDAPH...).

Méthode d'élaboration du guide

Une première phase : 2009-2012

Ce besoin de disposer d'un état des lieux a été identifié en 2009 par les coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires des MDPH. Dans le cadre des échanges de pratiques animés par la CNSA, un groupe de travail s'est constitué pour élaborer ce guide. À partir de 2011, les correspondants de scolarisation des MDPH ont pris le relais.

Les grandes questions posées étaient les suivantes :

- quelles sont les différentes catégories de troubles Dys ?
- quels outils d'évaluation doivent être mobilisés ? Par qui ? Quelles sont les données minimales à recueillir ?
- comment doit être étayé le diagnostic d'un trouble Dys ?
- quelles réponses sont mobilisables et quelles sont les éligibilités aux différentes mesures dans le champ de la MDPH ?
- quels sont les partenaires ? Comment les repère-t-on ? Quel est le rôle de chacun dans le processus conduisant d'une demande faite à la MDPH à la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation (PPC) et des décisions de la CDAPH ?
- quelles sont les conditions de réussite de la constitution et de l'animation d'un tel réseau ? Quel est le rôle de la MDPH ?

À partir des expériences et outils des MDPH, les premiers grands axes de travail ont porté sur les modalités d'évaluation, de préconisation et d'accompagnement des personnes présentant des troubles Dys par la MDPH. Au-delà de la capitalisation du travail déjà réalisé dans certains départements, il s'agissait également de cibler les domaines d'intérêt non couverts sur lesquels il serait opportun de travailler.

Les outils et pratiques existants ont tout d'abord été mutualisés, notamment en ce qui concerne l'évaluation, les préconisations de mise en place de mesures de remédiation et de compensation ainsi que d'arrêt de ces mesures. Une synthèse a ensuite été effectuée, qui a contribué à dégager des « lignes de force » pour permettre aux MDPH de construire des processus et partenariats adaptés sur leur territoire. Enfin, un groupe composé de professionnels de MDPH et de personnes-ressources (pédiatres, associations) a apporté son avis sur le fond et la forme du guide.

Une seconde phase : 2013-2014

Après une actualisation des références par la direction de la Compensation de la perte d'autonomie de la CNSA, la première version du guide, issue de ces groupes de travail, a été présentée fin 2013 à des membres du Conseil scientifique de la CNSA en vue de bénéficier de leur appui dans la méthodologie de relecture et de validation. Alain LEPLÈGE s'est ainsi porté volontaire pour mener ce travail d'appui.

Suite à ses conseils, le guide a été transmis dans un premier temps à quelques professionnels pour enrichir certaines parties, vérifier et réajuster les sources. Ainsi, Jean-Charles RINGARD, président du comité scientifique de la Fédération française des Dys (FFDys), a été sollicité ainsi que Sibylle GONZALEZ (neurologue au centre de référence TSLA – trouble spécifique du langage et des apprentissages – CHU Lyon) et Léonard VANNETZEL (psychologue, membre de l'Association francophone de psychologie et psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent – APPEA – et rédacteur en chef adjoint de la revue ANAE).

Dans un second temps, un comité de relecture a été mis en place à partir d'avril 2014 afin de poursuivre l'actualisation des références, de permettre une convergence de points de vue entre MDPH et partenaires et d'aboutir à une validation finale pour une diffusion fin 2014 lors de la Conférence nationale du handicap.

Le comité de relecture

Ce comité de relecture[1] a réuni des professionnels, mobilisant des compétences variées (scientifiques, expertises et pratiques du terrain…) et des représentants d'usagers et de leurs familles intervenant au niveau national et au niveau local dans les différentes phases du processus d'élaboration de réponses : diagnostic, évaluation des besoins et construction de réponses, mise en œuvre des réponses. Ces compétences ont été essentiellement sollicitées auprès de :

- la Direction générale de la santé (DGS) et la Commission nationale de la naissance et de la santé des enfants (CNNSE), membres du groupe de travail ou professionnels auditionnés pour travailler sur le *Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages* (2013) ;
- les MDPH : les membres du groupe de travail initial et les MDPH volontaires ;
- le Conseil scientifique de la CNSA.

Des temps de travail individuel (relecture) et collectif (réunions d'échanges) ont structuré la démarche de relecture. Concernant le niveau individuel, une grille commune de relecture a été conçue pour recueillir les observations et propositions de modifications des membres. L'idée était de s'inscrire dans une démarche d'analyse du document en s'interrogeant sur les aspects suivants :

- l'actualité des informations ;
- la clarté des exposés (l'information est-elle accessible au profane ?) ;
- l'utilité pour la pratique ;
- l'homogénéité des présentations ;
- l'exhaustivité des sujets.

Au niveau collectif, quatre réunions ont été organisées (en avril, juin, juillet et septembre 2014) afin de développer une culture commune de l'évaluation et de l'élaboration des réponses aux personnes présentant des troubles Dys et d'échanger notamment sur la structuration du guide, la terminologie et la caractérisation des troubles.

1 Liste des membres en *Annexe 1*.

1 Définition et démarche diagnostique des troubles Dys

Cette partie est consacrée à la caractérisation des **« troubles spécifiques du langage, des praxies, de l'attention et des apprentissages »**. Ces dénominations ont été retenues par le comité de relecture pour une harmonisation avec les classifications internationales de référence[2]. Elles sont regroupées dans ce guide sous l'expression communément employée en France, « troubles Dys ».

***À noter** : Les troubles spécifiques et durables du développement des processus mnésiques ne font pas l'objet d'une caractérisation particulière dans ce guide, dans la mesure où les altérations de fonctions de la mémoire sont partie intégrante des troubles cités ci-dessous.*

1. Les troubles Dys

Les troubles Dys concernent les **fonctions cognitives**. Ces fonctions[3] représentent tous les processus cérébraux par lesquels l'être humain reçoit l'information, la traite, la manipule, la communique et s'en sert pour agir. Les troubles cognitifs englobent tous les dysfonctionnements des fonctions cognitives. Ils peuvent être globaux (déficience intellectuelle) ou spécifiques à une fonction cognitive particulière.

Ils affectent **une ou plusieurs fonctions cognitives**, mais pas le fonctionnement cognitif global (contrairement à la déficience intellectuelle). Ce sont des troubles neurodéveloppementaux (terminologie DSM-5[4]), c'est-à-dire des troubles qui traduisent une déviation, une perturbation ou un dysfonctionnement du développement du cerveau et qui ne sont pas imputables à un manque d'apport socioculturel.

Ils sont nommés **troubles cognitifs spécifiques**, car ils ne peuvent être totalement expliqués ni par une déficience intellectuelle globale, ni par une déficience sensorielle ou neurologique lésionnelle, ni par un trouble du spectre autistique ou un trouble psychique.

Ils apparaissent au cours du développement de l'enfant, avant ou au cours des premiers apprentissages, et peuvent persister à l'âge adulte. Ils se répercutent de façon significative sur l'insertion scolaire, professionnelle et sociale. Ces troubles peuvent aussi avoir des conséquences affectives et comportementales. Par ailleurs, la difficulté, voire l'incapacité à automatiser une procédure, la lenteur, l'épuisement rapide, la fatigabilité sont des caractéristiques fréquemment observées et communes à l'ensemble de ces troubles. Si ces retentissements peuvent être identifiés pour chacun des troubles et cumulés dans la plupart des situations, ils ne sont néanmoins pas observés systématiquement.

2 Pour nommer les troubles, le comité de relecture de ce guide s'est basé sur le tableau de correspondance des classifications internationales réalisé par Franck RAMUS, membre du comité scientifique de la FFDys (*voir Annexe 3*).

3 Voir les définitions issues de la réflexion du groupe de travail (de représentants d'usagers, d'administrations nationales, de sociétés savantes…) réuni à l'initiative du délégué interministériel aux personnes handicapées pour caractériser les handicaps induits par les troubles des fonctions cognitives, cités dans la définition du handicap de la loi du 11 février 2005. Cette *Contribution à la définition, à la description et à la classification des handicaps cognitifs* a été présentée au Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) en 2012 et est accessible notamment sur le site de la FFDys : http://www.ffdys.com/wp-content/uploads/2012/09/Handicap-cognitif-version-2011-11.pdf

4 5e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (de l'anglais *Diagnostic* and *Statistical Manual of Mental Disorders*) – Association américaine de psychiatrie. Publiée en mai 2013.

Les altérations de fonction, les principales limitations d'activités et les restrictions usuelles de participation se déclinent différemment selon les troubles Dys :

- les troubles spécifiques et durables de développement du langage oral (dysphasies) ;
- les troubles spécifiques et durables de développement du geste et/ou des fonctions visuospatiales (dyspraxies ou troubles de l'acquisition de la coordination) ;
- les troubles spécifiques et durables de l'acquisition du langage écrit (dyslexies, dysorthographies) ;
- les troubles spécifiques et durables des activités numériques (dyscalculies) ;
- les troubles spécifiques et durables de développement des processus attentionnels et des fonctions exécutives (TDAH).

Les troubles spécifiques et durables de développement du langage oral (communément appelés dysphasies)

Nature des altérations de fonction

Les troubles de développement du langage oral ont une intensité variable, du simple décalage chronologique (retard de développement) au trouble durable et pathologique correspondant à un écart significatif à la norme. Ces formes plus sévères sont communément appelées dysphasies. Celles-ci touchent le développement du langage et peuvent concerner tous les aspects, phonologique, lexical, syntaxique, voire pragmatique (le sens général donné à une phrase) et génèrent parfois des difficultés praxiques associées. Elles peuvent porter sur le versant expressif (capacité à utiliser le langage oral) et/ou réceptif (capacité à comprendre le langage oral). Certains enfants sont inintelligibles bien après trois ans.

Principales limitations d'activité et restrictions de participation

Ces troubles altèrent significativement la communication et les apprentissages.

Du fait des troubles de l'expression et de la compréhension du langage, il existe une limitation des capacités de communication de l'enfant sur le plan oral, au niveau expressif et/ou réceptif (pouvant aussi retentir sur le traitement du langage écrit). L'enfant ne peut alors s'exprimer correctement à l'oral : il ne peut transmettre aisément des informations, des sentiments, des affects. Éventuellement, l'enfant n'a pas la possibilité de comprendre ce qui lui est transmis comme information orale. Il peut se trouver spontanément limité pour les apprentissages puisque, sans adaptation, il ne peut être performant dans de nombreuses activités des enfants de son âge.

Les principaux retentissements concernent :

- la communication pour établir des relations et faire connaître ses besoins élémentaires ;
- la compréhension des consignes orales et écrites ;
- les relations et situations d'échanges qui, étant perturbées, peuvent créer un risque d'isolement avec des malentendus et une inadaptation des réponses, mais aussi un manque de discernement et le risque d'être influençable ;
- toutes les restitutions orales, en particulier dans le cadre des évaluations ou pour réciter, raconter... et les restitutions écrites dans la plupart des cas ;
- les apprentissages scolaires ;
- l'inclusion scolaire et sociale.

Quelle que soit l'ampleur du trouble du langage dans l'enfance, sa prise en charge précoce et durable permet d'améliorer le niveau de compétence. Malgré cela, à la fin du cursus scolaire, le niveau de qualification retrouvé est généralement faible.

À l'âge adulte, ces difficultés, dont l'ampleur varie énormément selon les personnes, se retrouvent également. Les personnes affectées sont capables d'organiser un langage qui peut suffire dans la vie quotidienne, mais elles évoluent le plus souvent sans parler parfaitement. La lenteur dans l'exécution de certaines tâches est une caractéristique commune. Des difficultés dans les relations sociales peuvent apparaître du fait du trouble du langage. Pourtant, l'insertion en milieu professionnel est possible, car malgré des difficultés parfois sévères, ces personnes sont en mesure d'acquérir un savoir-faire professionnel ainsi qu'une autonomie satisfaisante avec des aménagements des conditions de travail et/ou des adaptations matérielles.

Les conséquences sont plus ou moins importantes selon l'intensité des troubles qui peuvent empêcher la personne concernée de trouver sa place dans un groupe et limiter son inclusion familiale, scolaire, professionnelle et sociale. Il existe souvent, par surcroît, des conséquences affectives et parfois comportementales avec un risque important de sentiment d'incompétence, de mauvaise estime de soi, voire de développement de troubles du comportement.

Les troubles spécifiques et durables du développement du geste et/ou des fonctions visuospatiales (troubles de l'acquisition des coordinations ou dyspraxies)

Nature des altérations de fonction

Ces troubles portent sur le développement moteur : apprentissage des gestes et/ou acquisition des coordinations sensori-motrices et/ou des fonctions visuospatiales. Ils correspondent à un écart significatif à la norme, sont présents dès les premiers stades du développement et se manifestent par des retards psychomoteurs prononcés, une maladresse importante et/ou une dysgraphie. Les gestes appris s'automatisent mal ou ne s'automatisent pas. Ce défaut d'automatisation entraîne une difficulté ou une impossibilité à travailler en double tâche (par exemple : écouter l'enseignant ou l'employeur et écrire en même temps). Ils sont communément appelés dyspraxies ou troubles de l'acquisition des coordinations (TAC).

Principales limitations d'activité et restrictions de participation

Ces troubles retentissent significativement sur l'adaptation de l'enfant dans les différents aspects de sa vie :

- gêne dans l'apprentissage des gestes de la vie quotidienne : apprendre à s'habiller, à utiliser ses couverts, à se servir à boire, à lacer ses chaussures, à se coiffer, à se couper les ongles, à utiliser une clé, à se moucher… ;
- gêne dans la motricité globale, comme les troubles de l'équilibre, les coordinations globales : faire du vélo… ;
- gêne dans les activités de motricité fine limitant l'écriture, le dessin, le coloriage, le découpage, les manipulations (expérimentales, d'instruments tels les compas, règles, équerres, rapporteurs…), la géométrie, les jeux (construction, poupées, billes, manipulation d'une manette de jeux…) ;
- gêne dans l'utilisation et la réalisation de documents, spécialement ceux comportant des informations spatiales (tableaux, courbes, graphiques, cartes, plans…) ;
- difficultés pour se repérer dans l'espace, en particulier pour se déplacer dans des lieux peu familiers, se repérer sur un plan, un modèle ou une feuille.

Selon l'intensité des troubles, les conséquences sont plus ou moins importantes sur le plan de la scolarisation, de la vie familiale, sociale et des loisirs. Dans un contexte scolaire où le support écrit est le mode dominant, l'enfant peut se trouver dans l'impossibilité d'une prise de note lisible et rapide ; les écrits qu'il produit sont souvent inutilisables pour réviser, apprendre ou manifester ses connaissances (contrôles…).

De plus, les difficultés scolaires sont plus marquées dans certaines matières enseignées comme la géographie, la géométrie et les matières scientifiques (manipulation des tubes à essai, matières chimiques dangereuses, dissection de souris, dessin tout en regardant un microscope…), technologiques, sportives et artistiques (dessin, pratique d'un instrument de musique). Dans les filières professionnelles (CAP, baccalauréats professionnels), des difficultés dans les travaux pratiques sont à souligner.

Les activités motrices de la vie quotidienne mettent la personne facilement en échec, limitent l'acquisition de son autonomie et sa participation aux activités ludiques et de loisir (pratique d'un sport, d'un instrument de musique, travaux manuels...) en rapport avec son âge. Sa maladresse contribue à son isolement du groupe social et dans sa famille.

Les difficultés visuospatiales peuvent entraîner une impossibilité à gérer les déplacements de manière autonome, en particulier vers des lieux inconnus, à se repérer sur un plan de quartier ou de transports en commun.

Les conséquences fonctionnelles peuvent se caractériser par une lenteur, une grande fatigabilité et une situation d'échec en particulier scolaire. Par ailleurs, ces personnes peuvent rencontrer des troubles de l'organisation qui touchent tous les domaines de la vie, qu'ils soient scolaires ou non (organisation du cartable, de la trousse, des classeurs, du bureau...), et qui aggravent leur lenteur et leur inefficacité au quotidien.

Le tout (échec scolaire, médiocre indépendance dans la vie quotidienne) contribue à une mauvaise estime de soi souvent renforcée par une incompréhension des adultes (confusion avec un manque de motivation, de la mauvaise volonté, voire une déficience intellectuelle). Cela peut générer soit des troubles de l'humeur, soit des réactions inappropriées (repli sur soi, opposition).

À l'âge adulte, il en résulte également la persistance de répercussions sur les différents aspects de la vie avec :

- des difficultés d'autonomie dans la vie quotidienne ;
- une dysgraphie persistante entraînant une gêne sociale importante qui se traduit par des difficultés dans la rédaction de *curriculum vitæ* (CV) manuscrits ou de formulaires « préformatés » ;
- des difficultés d'apprentissage des savoir-faire professionnels d'autant plus sévères que l'échec scolaire ne leur laisse souvent ouvertes que des professions dites « manuelles » (ou « pratiques ») pour lesquelles ces adultes sont particulièrement incompétents ; des échecs successifs à plusieurs formations professionnelles sont possibles ;
- des difficultés dans leurs déplacements (professionnels ou de loisir).

Les troubles spécifiques et durables de l'acquisition du langage écrit (dyslexies, dysorthographies)

Nature des altérations de fonction

Ces troubles se caractérisent par des altérations spécifiques et significatives de l'acquisition de la lecture (appelée communément dyslexie) et/ou de l'orthographe (appelée communément dysorthographie).

L'incapacité apparaît dès les premiers moments de l'apprentissage de la lecture sous la forme d'une difficulté à maîtriser les règles de conversion graphèmes-phonèmes et leur automatisation, ce qui implique une construction difficile d'un lexique orthographique permettant une lecture satisfaisante au regard de la norme. Finalement, le tableau évolue vers une lecture généralement hésitante, ralentie, émaillée d'erreurs, ne permettant pas d'accéder à la compréhension et qui nécessite surtout une attention soutenue générant notamment de la fatigabilité.

L'orthographe, qui se développe normalement au fur et à mesure que s'automatise la procédure de reconnaissance orthographique ou automatisée des mots, est ici très largement touchée, de sorte que la dysorthographie est généralement considérée comme la conséquence inévitable de toute dyslexie.

La déficience liée à la dyslexie peut être d'intensité très variable selon les individus et s'accompagner de troubles associés dont la présence sera elle-même facteur de sévérité. La fréquente association avec des troubles de l'attention, avec ou sans hyperactivité, est un facteur aggravant largement reconnu.

Des troubles du comportement réactionnels associés peuvent également exister.

Principales limitations d'activité et restrictions de participation

Les conséquences dans la vie des personnes résultent d'une interaction entre le trouble (dyslexie ou dysorthographie) et l'utilisation du langage écrit qui est la modalité privilégiée d'enseignement, de communication d'informations, de consignes, d'énoncés d'examens, de correspondance, de soumission de candidatures... Ces troubles, qui peuvent également avoir des conséquences sur l'évolution du langage oral, interfèrent donc avec l'ensemble des apprentissages scolaires, des activités professionnelles et de la vie sociale.

Chez l'enfant :

Ces troubles ont des conséquences variables en fonction de leur intensité. Dans les cas les plus sévères, il peut s'agir d'une incapacité totale à identifier les mots et donc à lire. Dans les cas plus courants, on observe à des degrés divers :

- une difficulté à identifier les mots ;
- une difficulté à lire sans erreurs et de manière fluide ;
- une lenteur exagérée de la lecture ;
- une difficulté de compréhension des textes, due à la lenteur de décodage ;
- une écriture lente et difficile, parfois illisible (dysgraphie) ;
- de nombreuses erreurs d'orthographe, certaines phonétiquement plausibles, certaines aberrantes (ces erreurs sont parfois tellement éloignées de la forme correcte qu'un correcteur orthographique est inopérant) ;
- une fatigabilité importante liée à l'activité de lecture et d'écriture ;
- une difficulté à consolider et à mobiliser le stock orthographique.

Les répercussions scolaires seront plus ou moins marquées selon les modalités pédagogiques employées et les matières enseignées :

- l'enfant a du mal à écrire sous la dictée de l'enseignant et à copier ce qui est écrit au tableau dans le temps imparti. Ses cahiers sont incomplets, illisibles ou incompréhensibles. Cela entraîne des difficultés à étudier les leçons et à faire les devoirs ;
- lorsque les consignes d'un exercice sont données exclusivement par écrit ;
- les difficultés de lecture et d'écriture entravent l'accès de l'enfant à l'information cruciale sur laquelle il est censé travailler ;
- les matières littéraires sont classiquement les plus affectées ;
- même en l'absence de dyscalculie associée, les matières scientifiques peuvent également être affectées de par les difficultés de compréhension des énoncés ;
- l'apprentissage puis la pratique des langues étrangères font partie des domaines les plus régulièrement altérés chez les dyslexiques ;
- les contrôles et examens écrits posent particulièrement problème pour ce qui concerne la compréhension des sujets écrits, de la production d'une copie lisible et correctement orthographiée et du temps excessif dédié à ces activités (par rapport à la finalité du contrôle ou de l'examen).

À l'âge adulte :

Certaines personnes dyslexiques restent en grande difficulté pour l'orthographe. Même lorsque l'évolution est la plus favorable, les personnes dyslexiques qui parviennent à atteindre un niveau de lecture acceptable le font en utilisant des stratégies atypiques, en étant plus lentes et au prix d'efforts cognitifs très importants.

La persistance des troubles aura des conséquences sur toutes les situations requérant la production écrite et/ou l'accès à une information écrite :

- dans le cadre socioprofessionnel, la rédaction d'un CV ou la lecture d'annonces d'emplois, les tests de recrutement se déroulant par écrit, ainsi que l'exercice de toute profession basée sur la lecture et l'écriture ;
- dans les loisirs, la vie quotidienne et sociale (lecture, correspondance privée, orientation sur des panneaux, lecture des consignes d'utilisation de produits de consommation courante...).

Dans tous les cas :

Les activités impliquant la lecture et l'écriture sont rendues difficiles : la lecture est lente et coûteuse ; l'écriture est malaisée, voire douloureuse, avec comme conséquence presque systématique une absence de goût pour ces activités. Leur réalisation laborieuse entraîne une fatigabilité importante et des résultats qui ne sont pas à la hauteur des efforts fournis d'où un découragement, un sentiment d'échec et d'incapacité et une altération de l'estime de soi.

Quel que soit l'âge, la fragilisation psychologique avec, en particulier, un affaiblissement de l'estime de soi représente un obstacle majeur à l'épanouissement de l'individu dans son milieu.

Les troubles spécifiques et durables des activités numériques (dyscalculies)

Nature des altérations de fonction

Il s'agit d'une altération spécifique et significative de la cognition mathématique, c'est-à-dire de la capacité à comprendre et à utiliser les nombres. Ces troubles retentissent sur l'insertion scolaire et sociale :

- les troubles spécifiques du calcul affectent les aspects procéduraux et conceptuels du calcul et du comptage ainsi que la mémorisation des faits numériques ;
- ces troubles s'associent souvent à d'autres troubles spécifiques (troubles de l'attention et exécutifs, troubles du langage, troubles visuospatiaux).

Principales limitations d'activité et restrictions de participation

Ces troubles ont des répercussions sur les apprentissages dans les différents domaines des activités mathématiques, dont :

- l'acquisition de la comptine numérique ;
- le dénombrement ;
- le *subitizing* (reconnaissance immédiate de petites quantités) ;
- la connaissance des systèmes numériques oral et/ou écrit ;
- le transcodage : passage d'un code numérique à un autre ;
- l'organisation de la numération en base 10 ;
- le calcul mental oral ;
- le calcul écrit posé ;
- la résolution de problèmes ;
- l'apprentissage des faits numériques : par exemple, les tables de multiplication.

Ces troubles retentissent donc de façon significative sur l'insertion scolaire et sociale :

- dans la vie quotidienne, ces troubles peuvent se répercuter sur l'utilisation de sommes d'argent et tous les autres actes de nécessité courante faisant appel à la manipulation de nombres et de chiffres (durée, distance, quantité) ;

- ces incapacités se répercutent sur les apprentissages scolaires, particulièrement en mathématiques et dans les matières nécessitant l'utilisation de données numériques.

Ces troubles peuvent également se retrouver à l'âge adulte avec des répercussions du même ordre sur les plans professionnel et social.

Les troubles spécifiques et durables du développement des processus attentionnels et des fonctions exécutives (TDAH)

On parle ici de déficits des différentes compétences attentionnelles et des fonctions dites « exécutives » (planification de l'action, contrôle de l'inhibition d'une réponse prédominante, contrôle de l'interférence, flexibilité, mémoire de travail, fluidité mentale, prise de décision, exploitation du *feed-back*). Ces déficits, lorsqu'ils sont significatifs, permanents et précoces, définissent le « trouble déficit de l'attention/hyperactivité » (TDAH)[5].

Nature des altérations de fonction

Elles s'expriment par des écarts significatifs à la moyenne des distributions aux tests normés pour tout ou partie des fonctions attentionnelles et exécutives : attention soutenue, dirigée sélectivement sur un stimulus (attention sélective, attention sélective visuospatiale), attention partagée (divisée), contrôle attentionnel, impulsivité, mémoire de travail, flexibilité, contrôle de l'inhibition, précision visuomotrice…

Elles sont permanentes, apparaissent avant l'âge scolaire et retentissent de façon significative sur les divers apprentissages (au plan scolaire, professionnel…) ainsi que sur la vie quotidienne personnelle, familiale, professionnelle et sociale.

Elles peuvent être associées à d'autres troubles comportementaux externalisés (troubles oppositionnels ou de conduite) ou internalisés (troubles anxieux, troubles de l'humeur). La comorbidité, TDAH et troubles des apprentissages, est élevée (25 à 40 %)[6].

Principales limitations d'activité et restrictions de participation

Les conséquences pour les personnes concernées peuvent toucher tous les domaines de la vie, scolaire, professionnelle ou sociale :

- tendance spontanée à avoir une activité désorganisée et inappropriée, tant par rapport aux buts qu'aux contextes, aussi bien dans la vie sociale que scolaire, que l'activité porte sur une tâche de routine, une tâche simple ou multiple, d'où une diminution du rendement scolaire comme professionnel ;
- difficultés à fixer et diriger son attention, grande distractibilité ;
- difficultés à gérer son comportement (principalement son impulsivité et son hyperactivité) ;
- difficultés à gérer le stress et autres exigences psychologiques ;
- difficultés dans les activités motrices fines ;
- difficultés à acquérir un savoir-faire complexe ;
- difficultés à lire, orthographier, calculer… ;
- difficultés d'engagement (initiation, durée…) dans le jeu seul ou collectif ;
- difficultés dans les interactions de base ou complexes avec autrui ;
- difficultés dans les relations formelles avec des personnes ayant autorité ;
- difficultés dans les relations avec les pairs ;

5 Ce nom de TDAH fait référence à deux dimensions du trouble : le déficit de l'attention et l'hyperactivité des personnes.
6 *ADHD with Language and/or Learning Disorders in Children and Adolescents.* TANNOCK (R.), BROWN (T.E.). In : ADHD Comorbidities : Handbook for ADHD Complications in Children and Adults. Washington, DC : American Psychiatric Press, 2009, p. 189-231.

- difficultés dans les relations sociales informelles ;
- difficultés dans les discussions avec une ou plusieurs personnes (engager, poursuivre, mettre fin) ;
- difficultés dans les relations familiales comme dans les relations intimes.

Chez l'enfant, elles concernent essentiellement la scolarisation du fait de la perturbation des apprentissages et des difficultés relationnelles, ainsi que l'intégration sociale du fait des difficultés relationnelles dans le cadre familial ou extrafamilial.

Chez l'adulte, les conséquences sont professionnelles et sociales : difficultés à obtenir un emploi stable, à le conserver ou à le quitter de manière appropriée ; difficultés d'investissement dans la vie communautaire, sociale et civique.

En l'absence d'aménagements pédagogiques ou professionnels, les acquisitions sont perturbées par des difficultés à rentrer dans un cycle préscolaire, scolaire ou dans un programme de formation professionnelle, à s'y maintenir et à l'achever.

La comorbidité fréquente avec d'autres troubles du comportement a un impact très négatif sur les dimensions affectives et relationnelles dès le plus jeune âge et tout au long de la vie.

2. La démarche diagnostique

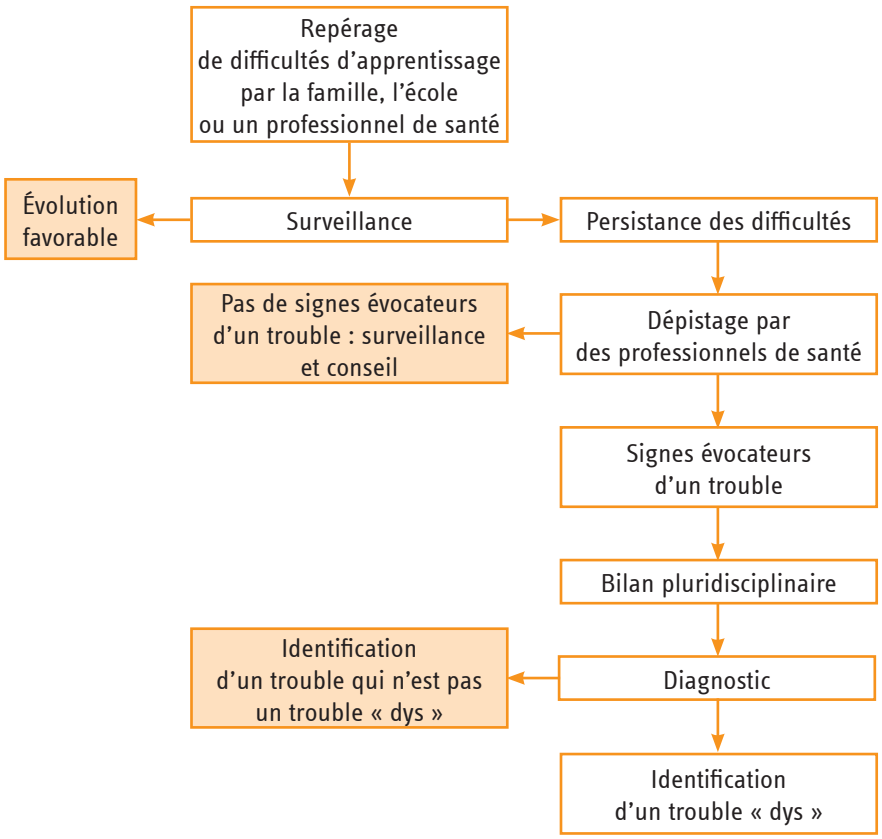
L'objectif final de la démarche diagnostique est de pouvoir poser un diagnostic sur des troubles repérés chez une personne. La nécessité d'engager une démarche diagnostique n'implique pas obligatoirement que le diagnostic soit déjà confirmé. Cette phase peut se dérouler selon les étapes suivantes :

- le repérage ;
- le dépistage ;
- le diagnostic proprement dit.

Le repérage et le dépistage sont deux processus dont l'objectif consiste à rechercher une difficulté de façon intuitive (repérage par une personne sensibilisée aux troubles) ou à l'aide d'un outil validé et étalonné (dépistage) afin de disposer de suffisamment d'éléments de présomption du trouble pour demander un avis diagnostique le plus précocement possible et mettre en place s'il y a lieu des moyens thérapeutiques[7].

7 *Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage.* DELLATOLAS (G.), VALLÉE (L.). Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2005, p. 51.

ARBRE DIAGNOSTIQUE



(Source : *Troubles « dys » de l'enfant. Guide ressources pour les parents*. BROUSSOULOUX (S.), CAPUANO-DELESTRE (V.), GILBERT (P.), LEFEUVRE (B.), LEFÈVRE (F.), URCUN (J.M.). Saint-Denis : INPES, 2009, p. 14)

Le repérage (facteurs de risques, signes d'appel) concerne, selon le type de difficulté ciblée, les parents/la famille, les professionnels de la petite enfance (crèches, haltes-garderies, assistantes maternelles…), l'école (enseignants et autres professionnels de l'Éducation nationale), la PMI, le médecin traitant, voire dans certains cas des intervenants du secteur social. Il s'agit du **repérage d'une difficulté et de la suspicion d'un trouble**. Il se caractérise par une observation de l'enfant ou du jeune et une remontée de ces informations auprès d'acteurs aptes à engager les étapes suivantes.

Les parents peuvent repérer les difficultés scolaires et les retentissements dans la vie quotidienne, qu'ils sont capables de décrire : ils ont une vision globale des difficultés de leur enfant. Le repérage effectué par la famille apporte également des informations sur d'éventuels troubles existant chez les parents ou la fratrie[8].

La proximité des enseignants avec les enfants les positionne en acteurs privilégiés du repérage de ces troubles. Ils doivent être en mesure de signaler une difficulté qu'ils ont repérée au regard du développement du groupe et de proposer la réponse pédagogique préventive. Leur rôle est de repérer les troubles, de sensibiliser les parents avec tact aux difficultés de l'enfant et d'adapter les enseignements[9].

Les enseignants peuvent être conduits à utiliser (s'ils sont formés et sensibilisés à ces troubles) des outils étalonnés qui leur sont destinés. En France, ces outils portent essentiellement sur la maîtrise du langage oral et écrit.

8 *Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*. DELLATOLAS (G.), VALLÉE (L.). Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2005, p. 51.

9 *Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages*. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE), *op.cit.*, p. 7.

Les professionnels de santé, médecins ou non, peuvent également participer à cette étape de repérage et s'appuyer sur des outils qu'ils utilisent aussi pour le dépistage.

Le dépistage consiste à identifier à l'aide d'outils validés et susceptibles d'une application rapide s'il existe un trouble cohérent avec la difficulté repérée ou passée jusque-là inaperçue. L'objectif est de rechercher un trouble systématiquement ou lorsqu'une difficulté a été repérée afin d'en informer la famille et les enseignants pour une réponse pédagogique adaptée et d'engager une démarche diagnostique assortie si nécessaire de soins avec, dans tous les cas, un suivi du trouble.

Il peut s'effectuer de deux manières différentes : ciblée ou systématique. Le dépistage ciblé se concentre sur des enfants pour lesquels les acteurs du repérage ont décelé des signes d'alerte. Le dépistage systématique est réalisé au moment d'une visite médicale, notamment dans la sixième année de l'enfant.

Le dépistage est du ressort des professionnels spécialisés, médicaux ou non, notamment les psychologues, les médecins, les orthophonistes... Il peut s'agir de professionnels libéraux, isolés ou membres de réseaux plus ou moins formalisés, ou parfois de professionnels intervenant dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les centres médico-psychopédagogiques (CMPP), les centres médico-psychologiques (CMP), les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD), des consultations hospitalières, des réseaux de soins...

La participation de différents professionnels au dépistage s'est développée, notamment celle des professionnels paramédicaux. Le dépistage porte alors sur le domaine précis de leur champ de compétences (par exemple la motricité pour les psychomotriciens ou le langage pour les orthophonistes). Si différents professionnels réalisent cette étape, elle nécessite alors d'être **coordonnée** et de s'inscrire dans une **approche pluridisciplinaire**.

Le repérage, comme le dépistage, doit être assorti d'une proposition d'accompagnement de l'enfant, qui doit au moins comprendre une phase préventive en milieu scolaire. Lorsque le trouble est avéré et perdure malgré la prise en charge préventive, la poursuite de la démarche diagnostique s'impose afin de déterminer la nécessité ou non de soins selon des référentiels précis.

Le diagnostic est du ressort du domaine médical et paramédical et relève, chaque fois que cela s'avère nécessaire, d'une démarche pluridisciplinaire avec, par exemple, une évaluation médicale, orthophonique, psychologique... D'autres professionnels peuvent intervenir au besoin comme les psychomotriciens, les ergothérapeutes, les neuropsychologues, les orthoptistes... Dans tous les cas, il est préconisé qu'un médecin fasse ensuite la synthèse et le diagnostic : le « bilan diagnostique pluridisciplinaire coordonné par un médecin »[10].

Il s'agit de la confirmation du trouble et de l'identification de la pathologie ainsi que de l'appréciation du contexte dans lequel ce trouble se situe (sensoriel, cognitif, psychique et social). **Au-delà du symptôme qui a servi de signe d'appel au repérage et au dépistage, cette démarche doit explorer l'ensemble des diagnostics différentiels de manière rigoureuse, allant du global au spécifique, sans se focaliser sur le symptôme ni préjuger de son origine**.

La notion de diagnostic différentiel consiste à établir que la difficulté d'apprentissage n'est pas complètement expliquée par une autre étiologie dans le cas où il n'existe pas de signe clinique ou d'examen spécifique permettant d'affirmer la présence d'un trouble Dys. Compte tenu de la complexité du diagnostic de troubles Dys, il est important d'effectuer un bilan pluridisciplinaire recherchant :

- un retard mental global ;
- des troubles psychopathologiques ;
- des carences éducatives ou pédagogiques précoces ;
- des atteintes neurologiques ou sensorielles (épilepsie, surdité...).

10 Voir *Troubles « dys » de l'enfant. Guide ressources pour les parents.* BROUSSOULOUX (S.), CAPUANO-DELESTRE (V.), GILBERT (P.), LEFEUVRE (B.), LEFÈVRE (F.), URCUN (J.M.). Saint-Denis : INPES, 2009.

C'est donc après avoir éliminé l'hypothèse que l'une (ou plusieurs) de ces étiologies explique à elle seule les troubles présentés par l'enfant que l'on peut parler de troubles Dys.

Pour ce faire et pour affiner le diagnostic fonctionnel, les professionnels ont la possibilité de recourir, selon les situations, à différents types de bilans :

- l'examen psychologique (WPPSI III, WISC IV, WNV, EDEI, KABC2…) pour mettre en évidence non seulement des fragilités, des limites ou des déficits, mais aussi des ressources (internes ou externes à l'enfant), ses forces, ses atouts, ses points d'ancrage et ses capacités à bénéficier des aides. Sa portée et son utilité débordent donc très largement la seule question du quotient intellectuel et nécessitent dans la majorité des cas l'utilisation de plusieurs outils[11] que le psychologue choisira au cas par cas selon les besoins de l'évaluation et la participation de l'enfant ;
- le bilan orthophonique[12] pour explorer tous les aspects du langage et de la communication (oral et écrit, versant expressif et versant réceptif) : praxies bucco-faciales, phonologie, vocabulaire, expression morphosyntaxique. Il explore en outre d'autres domaines, par exemple la mémoire auditivo-verbale fréquemment touchée ;
- le bilan ergothérapique[13] (Nepsy, Benton, BHK, Perdue Pegboard, Talbot, grille d'évaluation de l'autonomie scolaire…) pour différencier un trouble purement moteur d'un trouble cognitif, préciser les capacités, motrices, visuelles, spatiales, constructives (dont le graphisme) et organisationnelles, la motricité fine et les coordinations dans un contexte fonctionnel qui, pour l'enfant, sera représenté par ses activités de vie quotidienne ou encore l'école. Le bilan ergothérapique aborde de manière qualitative et quantitative le domaine des troubles spécifiques du développement du geste, des fonctions visuospatiales, des troubles attentionnels et des fonctions exécutives ;
- le bilan orthoptique pour évaluer l'oculomotricité volontaire et automatique (qualité de la poursuite et des saccades), la coordination visuospatiale, les possibilités de fusion en convergence ou divergence… ;
- le bilan psychomoteur[14] pour l'évaluation du schéma corporel, de la motricité fine et globale, du contrôle tonique, de la régulation posturale, de la structuration spatio-temporelle ;
- le bilan neuropsychologique qui permet d'évaluer des fonctions cognitives spécifiques, des fonctions exécutives, la mémoire, l'attention.

L'ensemble de cette démarche diagnostique s'inscrit dans un parcours gradué à trois niveaux :

- niveau 1 : premier niveau de proximité ;
- niveau 2 : défini par une mobilisation de ressources locales existantes plus spécialisées ;
- niveau 3 : réservé aux cas et/ou aux situations diagnostiques les plus complexes. Il est constitué par les centres de référence pour les troubles spécifiques du langage et des apprentissages (CRTLA).

L'orientation d'un usager et de sa famille vers un centre de référence ne doit être effectuée que :

- dans les cas complexes et/ou sévères, pour le diagnostic, l'analyse de la situation et dans certains cas pour une prise en charge en unité spécialisée ;
- s'il n'y a pas de progression dans les rééducations ;
- en cas de remise en cause ou de besoin d'affiner le diagnostic.

La CNNSE, suite à ses travaux, suggère ainsi que l'orientation des usagers vers les centres de référence s'effectue uniquement après avis d'un professionnel de niveau 2[15]. Le recours systématique aux CRTLA provoque en effet un flux trop important en inadéquation avec leur fonction, qui consiste principalement à analyser les troubles les plus complexes après une évaluation générale de l'enfant ainsi que de son histoire et de son environnement. Ceci génère des délais de prise en charge insupportables pour les familles et de nombreuses difficultés d'accès, qui pénalisent

11 L'examen psychologique et la présentation de ces outils sont explicités dans l'*Annexe 4*.
12 Le bilan orthophonique et des exemples d'outils utilisés pour celui-ci sont présentés dans l'*Annexe 5*.
13 Le bilan ergothérapique est davantage décrit dans l'*Annexe 6*.
14 L'*Annexe 7* apporte une définition plus précise de l'examen psychomoteur.
15 *Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages*. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE), *op. cit.*, p. 10.

particulièrement les familles les plus vulnérables.

La mobilisation des ressources expertes locales au niveau 2 doit permettre, en dehors des cas les plus complexes, la réalisation du bilan pluridisciplinaire, du diagnostic et de l'analyse de la situation. **Le recours aux CRTLA ne doit pas représenter un préalable à l'attribution de compensations spécifiques liées au handicap**.

À la suite de cette étape diagnostique, en fonction de l'importance du trouble, les professionnels pourront orienter l'usager et sa famille vers la MDPH si la situation le nécessite en fournissant à l'appui de la demande de la famille les informations issues du bilan, suffisamment précises pour que la MDPH puisse évaluer et décider d'un aménagement ou d'une réponse dans le champ de la compensation. En effet, comme il s'agit de troubles de longue durée, la notion de parcours de soins relevant de la responsabilité du champ sanitaire doit s'articuler à la notion de parcours de vie qui prend en compte l'enfant dans sa globalité et en en tant qu'être en développement[16]. Il est nécessaire d'insister sur la collaboration entre professionnels de l'éducation et des structures sanitaires et médico-sociales, entre professionnels et familles ainsi qu'avec la MDPH lorsqu'il est nécessaire de mobiliser des réponses spécifiques du champ du handicap[17].

Point fort à retenir : *Le diagnostic de trouble Dys nécessite une démarche rigoureuse (adaptée au[x] type[s] de trouble[s]) et pluridisciplinaire permettant d'éliminer les diagnostics différentiels. Un simple bilan établi par un professionnel paramédical est insuffisant. La synthèse des bilans et le diagnostic doivent être finalement posés par un médecin. Le recours au bon niveau de diagnostic est le garant de l'efficacité et de la pérennité des dispositifs.*

16 *Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages.* Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE), *op. cit.*, p. 5.
17 *Ibidem, IDEM*, p. 7.

2 Démarche d'évaluation de la situation et des besoins

1. Les altérations de fonctions (déficiences)

Les altérations de fonctions constituent des informations capitales que les MDPH doivent réunir afin de définir si la personne s'inscrit ou non dans une situation de handicap telle que posée par la loi du 11 février 2005 : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (art. L. 114 du Code de l'action sociale et des familles)

Selon les données de cette définition, il n'est ainsi pas obligatoire qu'un diagnostic soit posé pour envisager l'intervention de la MDPH. Une altération de fonction peut en effet être confirmée dès le dépistage ou durant l'étape du diagnostic, même si ce dernier n'est pas encore clairement et sûrement posé dans le cadre d'une démarche construite d'élimination des diagnostics différentiels (*voir chapitre précédent*). Dès lors qu'une altération de fonction est confirmée, que son évolution est supérieure à un an et qu'il existe des conséquences dans la vie de la personne, cette situation entre bien dans le champ de la définition du handicap. Il est donc alors possible, **si le droit commun ne suffit pas à répondre aux besoins de cette personne**, d'envisager la sollicitation du droit spécifique dès ce stade de mise en évidence d'une altération de fonction.

En fonction des données conceptuelles de la Classification internationale du fonctionnement (CIF), une altération de fonction ou de structure anatomique peut consister en une anomalie, une carence, une perte ou un autre écart important par rapport à une norme généralement acceptée de l'état biomédical du corps et de ses fonctions. Les déficiences peuvent être temporaires ou permanentes, progresser, régresser ou rester stables, être intermittentes ou continues. L'écart par rapport à la norme peut être grand ou petit, et il peut varier dans le temps. Les déficiences ne dépendent pas de l'étiologie ni de la façon dont elles sont apparues : toute déficience a nécessairement une cause, mais la cause en elle-même ne suffit pas forcément à expliquer la déficience qui en résulte.

Les moyens mis à disposition des MDPH pour identifier les altérations de fonctions dans le domaine des troubles Dys sont les résultats des tests réalisés. Il ne s'agit pas ici d'apporter un mode d'emploi ni un mode de lecture des tests, mais d'indiquer ce qu'il est nécessaire de prendre en compte dans ces tests. Il n'est pas attendu de la MDPH qu'elle analyse les tests transmis par des professionnels spécialisés en la matière, mais qu'elle sache identifier les altérations de fonctions qui en découlent et, si besoin est, vers quels professionnels orienter les personnes si ces informations manquent.

Les MDPH ne devraient théoriquement être sollicitées que lorsque la démarche diagnostique (repérage, dépistage, diagnostic proprement dit) a été mise en place, c'est-à-dire dès lors que les bilans des professionnels spécialisés (cités précédemment) confirment une altération de fonction suffisamment prolongée. En pratique, elles sont régulièrement sollicitées pour des situations où aucun élément ne permet de confirmer ou d'infirmer la présence d'une telle atteinte. Dès lors, les MDPH se trouvent en difficulté, et la tentation peut alors être grande de s'emparer d'un rôle qui n'est pas le leur : réaliser le diagnostic. Dans ces situations, la MDPH devrait plutôt choisir de rejeter la demande déposée du fait du manque de données lui permettant d'effectuer l'évaluation réglementairement prévue (art. L. 146-8 du Code de l'action sociale et des familles) et d'orienter les personnes concernées ou leurs parents vers les professionnels compétents.

En effet, la MDPH n'a pas vocation à réaliser elle-même des bilans diagnostiques spécialisés. Seul un travail de réseau, par exemple des groupes locaux de médecins (généralistes ou spécialistes) et de paramédicaux, peut garantir aux usagers une démarche diagnostique pertinente, cette dernière se faisant préalablement à la saisine de la MDPH et permettant d'envisager à ce stade une évaluation pertinente, puis une décision adaptée et rapide.

En tout état de cause, l'absence d'information permettant de confirmer la présence d'une altération de fonction ne doit pas conduire à orienter la personne concernée ou ses parents vers le niveau 3, c'est-à-dire un CRTLA. Dans ces situations, il est plutôt nécessaire de les orienter vers les professionnels de niveau 1 ou éventuellement de niveau 2 pour des situations plus complexes.

- les principales altérations de fonction pouvant être retrouvées en fonction des types de troubles Dys sont décrites dans ce guide (*chapitre I-1*) ;
- elles sont également présentées dans un tableau synthétique (avant les fiches techniques) construit sur la base de la « proposition de mise en correspondance des troubles des fonctions cognitives avec la CIF-EA » (*chapitre V-2*)[18].

Il n'est pas possible d'effectuer une liste exhaustive des tests permettant de confirmer ou d'infirmer la présence de ces déficiences. Néanmoins, il est envisageable de poser les bases générales d'analyse de ces tests.

Concernant l'examen psychologique, une conférence de consensus sur « l'examen psychologique de l'enfant et l'utilisation des mesures »[19] a été conduite entre 2008 et 2010. Une des recommandations indique que le choix des méthodes et des informations utilisées pour réaliser l'examen est guidé notamment par les caractéristiques de l'enfant et de son milieu. Le choix effectué par le psychologue doit aussi être raisonné, argumenté et spécifique à chaque situation. Les résultats et l'ensemble des informations récoltées par le psychologue lors des différentes phases de l'examen psychologique doivent être interprétés, notamment au regard des résultats de bilans complémentaires effectués par d'autres professionnels (comme les orthophonistes, orthoptistes, neurologues…). Le psychologue doit donc pouvoir apporter les résultats des tests effectués ainsi que son analyse psychoclinique.

L'examen – ou bilan – orthophonique est une exploration classiquement focalisée sur les fonctions langagières et non sur la personne dans son ensemble (psychisme global, cognition motrice, développement intellectuel global, émotion, relation…). Il est réalisé sur prescription du médecin. En pratique, les orthophonistes n'ont pas l'obligation d'utiliser des tests donnant des écarts-types, mais certains reposent sur une cotation. Concernant les troubles du langage oral, des résultats situés en dessous de -2DS, voire -1,6DS dans au moins deux domaines, doivent amener à considérer la situation comme pathologique. Concernant les troubles du langage écrit, les résultats aux tests étalonnés doivent se situer à -2DS, voire -1,6DS, en tenant compte de l'âge chronologique de l'enfant ou de sa classe, pour affirmer une déficience. Au-delà du déficit confirmé par les scores, l'aspect qualitatif, la nature de la plainte, l'âge de l'enfant sont autant d'éléments intervenant dans l'appréciation d'un langage pathologique.

En ce qui concerne les autres tests (ergothérapique, psychomoteur, orthoptique…) qui peuvent être réalisés en fonction de la nature des troubles, cette même approche serait susceptible d'être retenue afin de confirmer la présence d'une altération de fonction.

Il n'existe pas d'ordre ou de hiérarchie d'intervention de ces différents professionnels durant la démarche diagnostique : leur participation à cette phase peut varier selon les situations individuelles et les ressources du territoire.

18 *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Version pour enfants et adolescents (CIF-EA).* OMS. 2007. Publication de la version française par les Presses universitaires de France et le Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI) en 2008.

19 *L'examen psychologique de l'enfant et l'utilisation des mesures.* VOYAZOPOULOS (R.), VANNETZEL (L.), EYNARD (L.A.), (coord.). Paris : Dunod, 2011, 472 p.

2. La réalisation d'activités et la participation sociale

Les domaines correspondant aux activités et à la participation sociale couvrent toute la gamme des domaines de la vie, allant des apprentissages et actes élémentaires aux domaines plus complexes comme les relations avec autrui, la scolarité, l'activité professionnelle ou à caractère professionnel.

En référence à la CIF, l'activité désigne l'exécution d'une tâche par une personne et la participation désigne le fait de prendre part à une situation de la vie réelle. Il est parfois difficile de faire la distinction entre activités et participation selon les domaines de vie concernés.

Des difficultés ou des problèmes peuvent survenir dans ces domaines quand intervient une modification qualitative ou quantitative de la manière dont les fonctions sont exécutées. Les limitations et les restrictions sont estimées par rapport à une norme généralement acceptée dans une population donnée ne présentant pas de pathologie :

- les limitations d'activité désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités ;
- les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation de vie réelle.

Le degré de réalisation des activités et de participation sociale dépend de facteurs personnels et des capacités – aptitude d'un individu à effectuer une tâche ou à mener une action dans un environnement normalisé, qui neutraliserait les influences variables s'exerçant dans des environnements particuliers sur chaque personne ; niveau de fonctionnement le plus élevé possible qu'une personne est susceptible d'atteindre dans un domaine donné à un moment donné – **et/ou des performances** – ce qu'un individu fait dans son cadre de vie réel, c'est-à-dire la réalisation effective – **de la personne concernée**. Néanmoins, un problème de limitation d'activité ou de restriction de participation sociale peut également provenir de manière plus ou moins directe et importante de **l'environnement social, scolaire et/ou professionnel** dans lequel la personne vit. Il n'est pas toujours possible de faire la distinction entre ces facteurs individuels et sociétaux.

Les prises en charge thérapeutiques nécessaires, dont les rééducations, sont également des éléments à prendre en compte pour déterminer les restrictions de participation sociale. Le niveau des répercussions dans la vie quotidienne n'est donc pas forcément proportionnel au niveau des altérations de fonction.

Le niveau global de retentissement à retenir, en vue notamment d'étudier les éligibilités (telles que le taux d'incapacité ou l'accès à la prestation de compensation du handicap – PCH), correspond aux répercussions dans la vie quotidienne (limitations d'activité et restrictions de participation sociale) de la personne concernée et de son entourage familial.

• les principales limitations d'activité et restrictions de participation à la vie sociale pouvant être retrouvées en fonction des types de troubles Dys sont décrites dans ce guide (*chapitre I-1*) ;
• elles sont également présentées dans un tableau synthétique (avant les fiches techniques) construit sur la base de la « proposition de mise en correspondance des troubles des fonctions cognitives avec la CIF-EA[20] » (*chapitre V-2*).

20 *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Version pour enfants et adolescents (CIF-EA)*. OMS, *op. cit.*

3. Les informations nécessaires aux MDPH pour identifier les besoins

Qu'il s'agisse d'une première demande ou d'un réexamen, les informations nécessaires aux MDPH pour étudier la situation sont du même ordre.

Lorsque des aides ont été mises en œuvre, quelle qu'en soit la nature, il est nécessaire qu'un bilan de ces actions accompagne la demande de l'usager afin que la MDPH analyse la situation individuelle et les besoins de la personne qui adresse une demande. **Le contenu attendu des bilans et documents transmis à la MDPH dans le cadre d'une demande de compensation doit ainsi inclure un récapitulatif de ce qui a été mis en place avec/pour la personne** : les points d'appui, leviers et limites de ces actions, les capacités et difficultés de la personne dans la réalisation de ses activités, dans sa vie quotidienne, scolaire (ou professionnelle) et sociale.

Les équipes pluridisciplinaires des MDPH ont besoin de données sur la situation scolaire ou professionnelle, sur le retentissement des troubles dans la vie sociale et domestique de l'enfant ou de l'adulte ainsi que de données relatives à son autonomie. Ces différentes dimensions de la vie de la personne sont celles observées en comparaison à une personne du même âge.

Pour recueillir ces informations, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH s'appuie sur plusieurs supports :

- **le projet de vie de la personne**, c'est-à-dire la formulation de ses attentes, souhaits et besoins à court, moyen ou long terme afin que l'équipe pluridisciplinaire connaisse plus finement la situation individuelle du point de vue de la personne elle-même et apporte les réponses les plus adaptées possible à ses attentes, souhaits et besoins ;
- le **certificat médica**l qui doit inclure des informations pertinentes dont les MDPH ont besoin pour l'évaluation des situations et des besoins de compensation afin d'élaborer des réponses relatives au droit spécifique/droit à compensation. Les informations attendues comprennent non seulement le diagnostic de la pathologie, les altérations de fonctions, mais aussi, et surtout, le retentissement fonctionnel des troubles dans la vie quotidienne, les types et l'impact des prises en charge thérapeutiques… ;
- **tout bilan** (psychologique, orthophonique…) de professionnels médicaux et paramédicaux qui interviennent auprès des personnes avec des informations relatives au retentissement fonctionnel et/ou à l'impact de l'accompagnement mis en place pour réaliser des activités et mener une vie sociale ;
- dans le cadre d'une demande relative à la scolarisation : le contenu du **GEVA-Sco** (guide d'évaluation des besoins de scolarisation de la personne handicapée), renseigné par l'équipe éducative ou l'équipe de suivi de la scolarisation, doit faire état de la situation (bilans, évolution), des actions mises en place et du retentissement des troubles sur le plan scolaire.

4. Les besoins de compensation et leur identification : la démarche d'évaluation

Ces informations transmises aux équipes pluridisciplinaires des MDPH par les partenaires qui accompagnent et/ou interviennent auprès des personnes doivent être intégrées dans les différents volets du GEVA (guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées). Outil réglementaire national pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH, il structure la démarche d'évaluation[21] dont la définition résulte des définitions du handicap et du droit à compensation dans la loi du 11 février 2005. Il ne permet pas d'évaluer des besoins de façon codifiée pour aboutir à des réponses standardisées, mais il organise le recueil de données afin d'avoir une photographie nette de la situation de handicap.

L'utilisation du GEVA doit être à « géométrie variable », adaptée selon les situations de handicap. Si plusieurs personnes présentent des troubles identiques, la façon dont ceux-ci se manifestent et sont vécus varie ; de même,

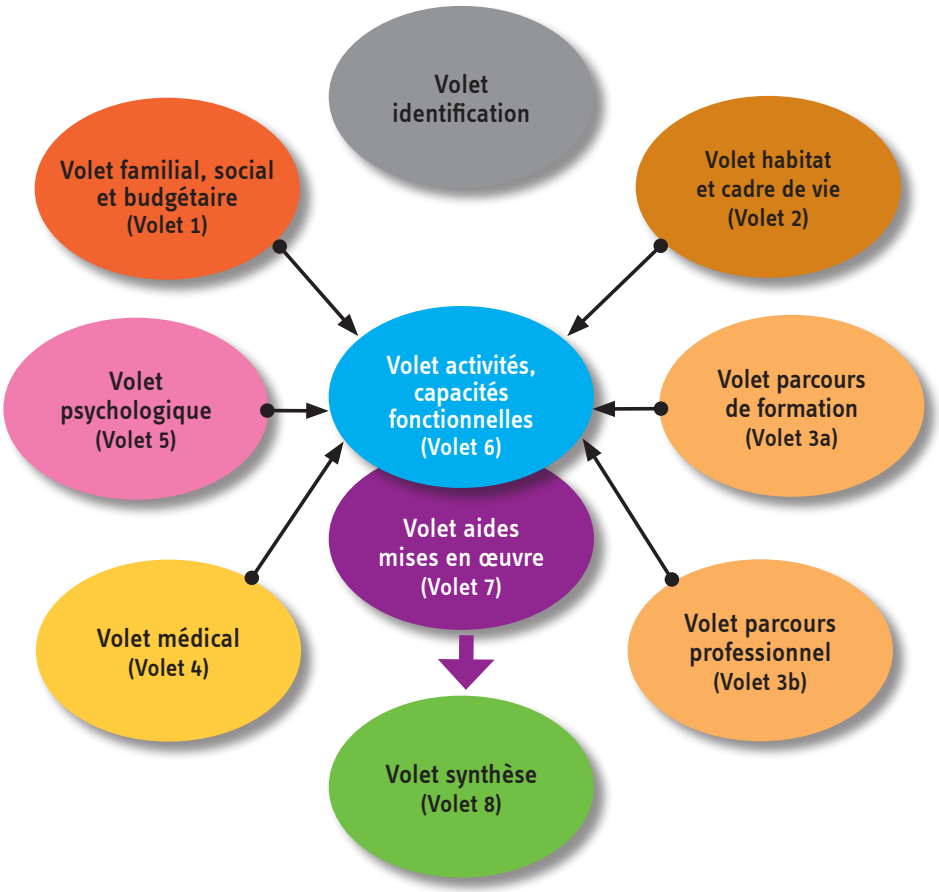
21 *Le GEVA. Évaluer les besoins de compensation.* CNSA. Paris : CNSA, 2012, « Les Cahiers pédagogiques de la CNSA ».

l'environnement, les prises en charge et accompagnements dont bénéficient les enfants se caractérisent différemment et génèrent des conséquences variées, non similaires d'une situation à l'autre. Quels que soient le type, le contenu et la quantité des informations transmises aux MDPH, l'idée est de réaliser une photographie la plus nette possible de la situation de handicap dont l'analyse permettra de mettre en évidence des besoins de compensation.

Différents types de besoins peuvent être identifiés[22] :

- des besoins pour réaliser les actes de la vie quotidienne : accomplir les actes essentiels (se laver, s'alimenter...), effectuer ses tâches domestiques... ;
- des besoins pour mener une vie sociale au sens large du terme : mener sa vie d'élève et d'étudiant, pratiquer des activités de jour, avoir une vie professionnelle, accéder à ses droits ;
- des besoins plus transversaux pour communiquer, assurer sa sécurité... ;
- des besoins pour les proches, pour proposer un répit aux parents, aux aidants...

En rassemblant les différentes données d'évaluation des besoins d'une personne dans tous ses domaines de vie (activités quotidiennes, vie sociale, santé, scolarisation, travail, cadre de vie/habitat...), le GEVA permet la mise en évidence de ces besoins. Sa logique est centrée sur les limitations d'activité et restrictions de participation sociale et sur les volets relatifs aux autres dimensions, d'ordre individuel ou environnemental, qui interagissent dans la situation de handicap d'une personne.



22 *Compensation*. CNSA. Paris : CNSA, 2009, « Mots-clés de l'aide à l'autonomie ».

Ces volets du GEVA permettent d'organiser les informations transmises et de percevoir si de nouvelles investigations sont à conduire pour améliorer la connaissance de la situation de handicap :

- le **volet 6** décrit les limitations d'activité et les restrictions de participation sociale de la personne en s'appuyant sur les concepts de la CIF. L'approche par les activités de la personne, et surtout leur réalisation effective, permet en effet de ne pas se limiter à une approche biomédicale du handicap, centrée sur la personne, et de bien mettre en évidence l'interaction avec l'environnement qui peut se comporter comme un facilitateur ou un obstacle. Cette approche permet d'identifier les types de compensation à mettre en œuvre : conforter ou mettre en place des facilitateurs (comme des aides humaines, aménagements divers...) ou lever des obstacles (activer le droit commun en matière d'accessibilité du logement, de l'école...) ;
- les **autres volets** viennent apporter des éléments supplémentaires et complémentaires dans les autres dimensions du handicap : les caractéristiques individuelles (aspects médicaux ou psychologiques) et les caractéristiques de l'environnement humain ou physique dans lequel évolue la personne ;
- le **volet 8** synthétise les informations collectées et met en évidence les différents besoins de compensation. Les éléments rassemblés doivent aussi préparer le dialogue entre l'équipe pluridisciplinaire et les membres de la CDAPH et motiver préconisations et décisions ;
- l'ensemble des données recueillies dans le GEVA doit également permettre de vérifier les critères d'éligibilité aux différentes prestations de compensation. Le volet 6 en particulier étudie l'éligibilité à la PCH en analysant les capacités fonctionnelles théoriques à réaliser dix-neuf activités. Mais les données recueillies ne peuvent être analysées en se limitant à ces seuls critères d'éligibilité : observer seulement ces dix-neuf activités restreint l'analyse, car elles ne couvrent pas l'ensemble des domaines à étudier. De plus, ceci ne permet pas d'explorer le spectre des réponses de compensation, lesquelles nécessitent de se baser sur les réalisations effectives en situation réelle de la personne et non sur ses capacités fonctionnelles théoriques.

Cette démarche de mise en évidence des besoins doit, dans l'idéal, être faite « hors contrainte de l'offre », sans présupposer les réponses possibles. C'est ce qui permettra l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation mobilisant les solutions les plus adéquates, non seulement au regard des besoins de la personne, mais également au regard de ses attentes sans se limiter obligatoirement aux demandes explicitement formulées par la personne ou ceux qui l'accompagnent.

La démarche d'évaluation n'est pas une finalité en soi ; elle n'a de sens que dans l'objectif d'élaborer des réponses personnalisées de compensation du handicap.

Il est nécessaire d'utiliser **le GEVA-Sco** pour rassembler les données scolaires (et de compléter le GEVA sur ce versant) et d'identifier les besoins de compensation relatifs à la scolarisation de l'enfant. Le GEVA-Sco est une extraction du GEVA, qui permet d'approfondir ce domaine. Cela n'interdit pas d'explorer les autres dimensions du GEVA dans la mesure où l'enfant n'est pas seulement un élève.

Le document « Première demande » doit être renseigné par l'équipe éducative, le document « Réexamen », par l'équipe de suivi de la scolarisation. L'intérêt est de porter à la connaissance des MDPH leurs observations de l'enfant en milieu scolaire, les démarches effectuées et/ou entreprises, les prises en charge et les accompagnements dont l'enfant bénéficie en identifiant les points d'appui et les obstacles à la réalisation d'activités, notamment dans le domaine des apprentissages, et à la participation sociale en milieu scolaire. Les données sont ensuite transmises à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH pour une analyse globale et multidimensionnelle, pour la mise en évidence de besoins de compensation et la formulation de propositions. Dans le cadre de l'évaluation des situations et des besoins des personnes présentant des troubles Dys, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH devrait retrouver des éléments relatifs aux bilans des différents professionnels ayant analysé et/ou accompagné ces situations et aux aides mises en place dans le GEVA-Sco en complément des éléments relatifs aux limitations d'activités et restrictions de participation.

3 Les réponses de droit commun

1. Les acteurs mobilisables en milieu scolaire, sans recourir à la MDPH

Pour répondre aux besoins spécifiques de l'enfant, des ressources peuvent être mobilisées uniquement par application du droit commun, sans recourir à la MDPH. Certaines de ces ressources existent **en milieu scolaire et sont accessibles grâce aux acteurs** suivants :

- **l'équipe pédagogique** : elle est composée de l'ensemble des enseignants de l'établissement. Leur travail en équipe leur apporte une connaissance approfondie des difficultés rencontrées par les élèves dans leurs apprentissages ;
- **l'équipe éducative** : elle est composée des personnes qui ont la responsabilité éducative d'un élève ou d'un groupe d'élèves. Autour des parents et de l'enfant, elle comprend le responsable de l'établissement scolaire, le ou les enseignants, le personnel du réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED) intervenant dans l'école, le médecin de l'Éducation nationale, l'infirmier scolaire, l'assistante sociale ainsi que les professionnels extérieurs médicaux, paramédicaux ou de services médico-sociaux qui concourent à la réussite scolaire ;
- **les psychologues scolaires et les enseignants spécialisés** : ils sont organisés en réseau au sein de chaque circonscription et peuvent apporter les aides nécessaires aux élèves qui en ont besoin. Ils contribuent à l'évaluation des compétences acquises en relation avec l'enseignant de la classe. Ils sont les interlocuteurs directs des parents dans l'évaluation de la situation de l'enfant et dans le suivi de son parcours en milieu scolaire ;
- **le personnel de santé scolaire** : les médecins et infirmiers de l'Éducation nationale participent aux orientations générales de la politique de santé en faveur des élèves, en particulier en ce qui concerne le dépistage et le diagnostic des causes susceptibles d'engendrer des difficultés d'apprentissage ou de mettre les élèves en situation d'échec scolaire. Une dizaine de villes françaises dispose d'un service de santé scolaire municipal qui intervient en liaison étroite avec l'Éducation nationale auprès des enfants scolarisés.

Ces acteurs peuvent être à l'origine de la mise en place du plan d'accompagnement personnalisé (PAP), décrit plus loin dans le guide.

Dans la majorité des cas, les difficultés rencontrées par l'élève qui présente des troubles Dys sont prises en compte à travers des aménagements simples, définis et mis en place par l'équipe éducative[23] : reformulation des consignes, photocopies adaptées (uniquement en recto), adaptation de la taille de la police de caractères, utilisation d'une clé USB, installation adaptée dans la classe, allègement du travail… L'aménagement de la scolarité peut également permettre l'intervention de professionnels extérieurs sur le temps scolaire dans le cadre d'un PAP (*voir infra*).

23 Les ressources d'accompagnement éducatif sont davantage décrites dans le document *Scolariser les enfants présentant des troubles des apprentissages (TSA)*. Ministère de l'Éducation nationale, Paris : ministère de l'Éducation nationale, août 2012. Il est accessible en ligne : http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Handicap/46/6/TSA_EDUSCOL_225466.pdf

2. Les autres dispositifs ressources

Si les ressources de droit commun disponibles dans l'école ne sont pas suffisantes ou ne répondent pas parfaitement aux besoins de l'enfant, d'autres aides de droit commun peuvent être mobilisées ; celles-ci sont formalisées et encadrées par des dispositifs.

Les aménagements des examens et concours : pour garantir l'égalité des chances entre les candidats, des aménagements des examens et concours de l'enseignement scolaire et supérieur sont prévus. Selon les conditions, ces aménagements peuvent s'appliquer à tout ou partie des épreuves. Toute personne présentant un handicap et candidate à un examen ou un concours peut déposer une demande d'aménagement des épreuves de l'examen ou du concours[24].

L'article D. 351-28 du Code de l'éducation prévoit que « les candidats sollicitant un aménagement des conditions d'examen ou de concours adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Le médecin rend un avis, qui est adressé au candidat et à l'autorité administrative compétente pour ouvrir et organiser l'examen ou le concours, dans lequel il propose des aménagements. L'autorité administrative décide des aménagements accordés et notifie sa décision au candidat. »

Les aménagements possibles peuvent porter (art. D. 351-27 du Code de l'éducation) sur :

- une majoration du temps imparti pour une ou plusieurs épreuves (écrite, orale, pratique), qui ne peut excéder le tiers du temps normalement prévu pour chacune d'elles. Cette majoration peut cependant être allongée en cas de situation exceptionnelle sur demande motivée du médecin désigné par la CDAPH ;
- les conditions de déroulement des épreuves pour permettre de bénéficier de conditions matérielles, d'aides techniques ou humaines, appropriées à la situation (accès aux locaux, installation matérielle dans la salle d'examen, utilisation de matériel technique, secrétariat ou assistance, assistance d'un spécialiste d'un mode de communication, adaptation de la présentation des sujets…) ;
- la conservation pendant cinq ans des notes obtenues aux épreuves ou des unités validées à l'un des examens, ainsi que le bénéfice d'acquis obtenus dans le cadre de la procédure de validation des acquis de l'expérience ;
- l'étalement du passage des épreuves pendant la même année sur la session normale et les épreuves de remplacement lorsqu'un examen fait l'objet d'épreuves de remplacement sur plusieurs sessions annuelles consécutives ;
- des adaptations d'épreuves ou des dispenses d'épreuves, rendues nécessaires par certaines situations de handicap.

Ces différents aménagements seront proposés, en fonction des besoins spécifiques propres à chaque situation, dès lors qu'un retentissement est envisageable sur la passation des concours et examens.

Les CAMSP sont des lieux de prévention, de dépistage, de cure ambulatoire et de rééducation des enfants de la naissance à l'âge de six ans, ainsi que d'accompagnement et de soutien aux familles. Ils mettent en place des consultations de dépistage et de suivi, notamment pour les enfants prématurés, pour ceux qui présentent des handicaps moteurs, sensoriels, cognitifs ou psychiques et plus généralement pour tous les enfants qui présentent un risque de difficultés de développement.

Ces centres sont polyvalents même s'ils se spécialisent parfois sur une déficience (visuelle, motrice…) et peuvent à ce titre accueillir au besoin des enfants présentant des troubles Dys.

Les équipes de CAMSP sont pluridisciplinaires et peuvent se composer, par exemple, de psychiatres, de pédiatres, de neuropédiatres, de travailleurs sociaux, d'éducateurs, d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, d'orthophonistes, d'orthoptistes, de psychologues ou encore de psychomotriciens. Par ailleurs, ces équipes peuvent accompagner l'accueil de l'enfant en halte-garderie, à la crèche ou à l'école.

24 Circulaire n° 2011-220 du 27 décembre 2011.

Les CMPP sont des services médico-sociaux qui accueillent exclusivement des enfants et des adolescents présentant des difficultés affectives, psychologiques ou familiales. Ils assurent le dépistage des troubles, le soutien éducatif, la rééducation ou la prise en charge thérapeutique du jeune afin de favoriser sa réadaptation tout en le maintenant dans son milieu habituel.

Les équipes pluridisciplinaires des CMPP sont généralement composées de médecins (pédopsychiatres, psychiatres, pédiatres...), de psychologues cliniciens, de psychothérapeutes, d'orthophonistes, de psychomotriciens, de psychopédagogues et de travailleurs sociaux. Certaines de ces structures peuvent disposer d'un médecin coordonnateur formé aux troubles Dys pour accompagner les enfants et adolescents concernés par ces troubles.

Les CMP sont des structures ambulatoires qui dépendent du secteur sanitaire et donc du service public de santé mentale. Ils accueillent toute personne (enfant ou adulte) résidant sur le « secteur » de psychiatrie. Il existe des CMP pour adultes et enfants. Les CMP pour enfants et adolescents participent, de fait, à la mise en œuvre de la politique de santé mentale en direction des enfants et des adolescents. Ceux-ci présentent des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs ou du comportement de nature à compromettre la poursuite d'une scolarisation dans le milieu ordinaire, voire le maintien de l'enfant dans son milieu familial.

Ces centres réunissent sous la responsabilité d'un pédopsychiatre une équipe pluridisciplinaire composée d'orthophonistes, de psychologues, de psychomotriciens, d'infirmiers. De même que pour les CMPP, certaines de ces structures peuvent disposer d'un médecin coordonnateur formé aux troubles Dys pour accompagner les enfants et adolescents concernés par ces troubles. L'enfant peut ainsi y bénéficier de soins et d'un accompagnement en situation individuelle ou en groupe avec diverses médiations.

Les libéraux exerçant des professions très diverses, paramédicales ou non, prises en charge (kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...) ou non (ergothérapeutes, psychologues, psychomotriciens...) par les caisses d'assurance maladie sur prescription médicale, assurent également les différents accompagnements spécifiques et nécessaires aux personnes concernées en fonction de leurs spécialités respectives.

3. Le PAP comme cadre de mise en œuvre des dispositifs de droit commun

Le PAP[25] est un dispositif d'accompagnement pédagogique qui s'adresse aux élèves du premier ou second degré dont les difficultés scolaires durables sont la conséquence d'un trouble des apprentissages. Il comporte les aménagements et adaptations pédagogiques nécessaires à l'élève pour lui permettre de poursuivre son parcours scolaire dans les meilleures conditions en référence aux objectifs du cycle.

Il doit répondre aux besoins constatés des élèves présentant des troubles des apprentissages lorsque la situation ne nécessite pas de solliciter la MDPH pour la mise en place de dispositifs relevant du droit spécifique.

Il est proposé aux élèves dont les besoins nécessitent un accompagnement pédagogique ; il ne s'adresse pas aux élèves dont la réponse aux besoins nécessite une décision de la CDAPH notamment pour une aide humaine, l'attribution d'un matériel pédagogique adapté, une dispense d'enseignement ou un redoublement en dehors des dispositions prévues par les articles D. 321-6 et D. 331-62 du Code de l'éducation. Si des réponses de droit commun sont à mettre en place avant d'envisager des réponses de droit spécifique, le PAP ne constitue pas pour les familles un préalable nécessaire à la saisine de la MDPH.

Le PAP peut être proposé par les enseignants ou demandé par la famille, à tout moment de la scolarité dans ce dernier cas. Sa mise en place fait suite à un examen des troubles par le médecin scolaire ou par le médecin qui suit l'enfant et, le cas échéant, à des bilans psychologiques et paramédicaux de l'élève.

25 Référence au projet de circulaire relatif aux aménagements de la scolarité pour les élèves présentant un ou des troubles des apprentissages. Au moment de la rédaction de ce guide, cette circulaire n'est pas encore publiée ; il est donc probable que cette description nécessite quelques ajustements et recommandé de se référer à la circulaire en tant que telle.

Le PAP est élaboré à partir d'un document type qui doit être utilisé au sein des établissements scolaires afin de faciliter l'homogénéité des pratiques académiques, la continuité et le suivi des aménagements, notamment pour les élèves qui seraient amenés à changer d'établissement. Ce document présente la situation de l'élève et les aménagements et mesures pédagogiques adaptés à mettre en œuvre pour répondre à ses besoins spécifiques. Réactualisé et enrichi tous les ans, il suit l'élève tout au long de sa scolarité, tant qu'il bénéficie du PAP.

4 Les réponses de droit spécifique/de compensation

Ces réponses nécessitent de s'adresser à la MDPH ; l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH les propose, dans le cadre d'un PPC, à la personne handicapée, le cas échéant, à son représentant légal et à la CDAPH. Les décisions sont ensuite prises par la CDAPH.

1. Les réponses spécifiques mobilisables en milieu scolaire

Lorsque la scolarité de l'élève s'effectue en totalité ou de manière partielle en milieu scolaire, celle-ci se déroule en priorité de manière individuelle dans une classe dite « ordinaire » de l'école.

Les classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) et les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS)[26]

La scolarisation en CLIS (primaire) ou en ULIS (collèges et lycées) n'est pas systématique pour tous les enfants présentant des troubles Dys. Elle répond à des besoins spécifiques.

La scolarisation en CLIS[27] doit être proposée dès lors que l'élève handicapé ne peut pas tirer pleinement profit d'une scolarisation complète en classe ordinaire du fait de conditions d'organisation et de fonctionnement incompatibles avec les contraintes de sa situation de handicap ou avec les aménagements dont il a besoin.

Les CLIS sont des classes à part entière dans les écoles dans lesquelles elles sont implantées. Elles se caractérisent par :

- un effectif généralement limité à douze élèves par classe ;
- un enseignement assuré par un enseignant spécialisé.

Il existe quatre catégories de CLIS :

- CLIS 1 : destinées aux élèves dont la situation de handicap est liée à des troubles cognitifs ou mentaux. En font partie les troubles envahissants du développement ainsi que les troubles spécifiques du langage et de la parole. Des CLIS 1 peuvent aussi être proposées dans certaines académies pour répondre aux besoins des enfants présentant un trouble spécifique du langage ; il s'agit alors de CLIS TSL ;
- CLIS 2 : destinées aux élèves en situation de handicap auditif avec ou sans troubles associés ;
- CLIS 3 : destinées aux élèves en situation de handicap visuel avec ou sans troubles associés ;
- CLIS 4 : destinées aux élèves en situation de handicap moteur dont font partie les troubles dyspraxiques avec ou sans troubles associés.

Chaque enseignant de l'école peut être amené à scolariser partiellement dans sa propre classe un ou des élèves de la CLIS pour une durée, des modalités et des objectifs variables, définis dans le projet personnalisé de scolarisation.

Dans le second degré, la situation de handicap de certains élèves peut générer une fatigabilité, une lenteur, des difficultés d'apprentissage ou des besoins pédagogiques spécifiques ne pouvant être pris en compte en classe ordinaire. Des modalités de scolarisation plus souples, plus diversifiées sur le plan pédagogique et adaptées aux besoins spécifiques, sont proposées par **les ULIS**[28] qui sont des dispositifs collectifs.

26 Compte tenu des travaux en cours dans le cadre de la modernisation de l'action publique, les dénominations et le fonctionnement des dispositifs collectifs de scolarisation sont susceptibles d'évoluer prochainement.
27 Circulaire n° 2009-087 du 17 juillet 2009.
28 Circulaire n° 2010-088 du 18 juin 2010.

L'organisation des ULIS correspond à une réponse cohérente aux besoins d'élèves handicapés présentant des :

- TFC : troubles des fonctions cognitives ou mentales ;
- TED : troubles envahissants du développement (dont l'autisme) ;
- TFM : troubles des fonctions motrices ;
- TFA : troubles de la fonction auditive ;
- TFV : troubles de la fonction visuelle ;
- TMA : troubles multiples associés (plurihandicap ou maladie invalidante) ;
- **TSA** : **troubles spécifiques des apprentissages**.

Les élèves suivent les cours dispensés dans une classe ordinaire de l'établissement correspondant à leur niveau de scolarité. Toutefois, lorsque les objectifs d'apprentissage envisagés pour eux requièrent des modalités adaptées nécessitant un regroupement et une mise en œuvre par le coordonnateur de l'ULIS, celles-ci le seront dans un lieu spécifique, répondant aux exigences de ces apprentissages (matériels pédagogiques adaptés, conditions requises d'hygiène et de sécurité).

L'orientation vers une CLIS ou une ULIS pour un enfant présentant un trouble Dys doit donc répondre aux mêmes critères d'orientation que pour les autres situations de handicap en fonction des besoins de l'élève.

Les unités d'enseignement en milieu spécialisé

Pour quelques enfants et adolescents, du fait de l'intensité du trouble et/ou de l'existence de troubles associés, une scolarisation au sein d'une unité d'enseignement en établissement spécialisé pour une période déterminée peut s'avérer nécessaire. Cette scolarisation peut s'effectuer à temps plein dans l'établissement spécialisé ou à temps partiel en complément d'une scolarisation en milieu ordinaire.

Le matériel pédagogique adapté (MPA)

C'est l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation (PPS), qui évalue le besoin de l'élève de disposer de ce type de matériel. Pour bénéficier de cette aide technique, l'élève doit être scolarisé dans un établissement scolaire public ou privé sous contrat et non dans un établissement privé hors contrat ou dans un établissement médico-éducatif. Le matériel est mis à disposition de l'élève dans le cadre d'un prêt à usage de biens mobiliers consenti par l'État en faveur des familles concernées. Il est inscrit en tant que propriété de l'État à l'inventaire de la direction départementale des services de l'Éducation nationale et/ou du rectorat, services qui sont gestionnaires de ce type de matériel[29].

Le matériel pédagogique adapté pour les enfants présentant des troubles Dys peut être par exemple un clavier virtuel, un ordinateur portable avec éventuellement des logiciels adaptés facilitant l'accès à l'écriture (prédiction de mots) et à la lecture (retour vocal)[30] , un correcteur orthographique, un logiciel de dictée vocale, de géométrie, une règle et des ciseaux adaptés[31]...

29 *Bulletin officiel. du ministère de l'Éducation nationale et du ministère de la Recherche.* N° 41, 8 novembre 2011. http://www.education.gouv.fr/botexte/bo011108/MENE0102353C.htm

30 http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-handicapes.html

31 *La scolarisation des enfants handicapés.* BLANC (P.). 2011, p. 38.

La circulaire du 5 avril 2001[32] indique que : « Le matériel à usage individuel est mis à disposition de l'élève qui doit pouvoir en conserver l'usage s'il change de classe, dans le cadre de l'académie. » Elle indique également que : « La spécificité de cette action réside dans la possibilité qu'auront les élèves de ramener les matériels à leur domicile. Il s'agit d'un prêt à usage unique de biens mobiliers, consenti par l'État en faveur des familles concernées. » De plus, il est prévu qu'« une concertation doit être menée avec les collectivités locales pour permettre l'installation optimale de l'élève handicapé dans la classe, de telle sorte que le matériel informatique dont il est doté lui soit d'un usage aisé, ce qui nécessite parfois l'achat d'élément de mobilier adapté. »[33]

Enfin, des mesures visant à adapter les manuels scolaires en vue de les rendre plus accessibles pour les élèves, notamment en exploitant le numérique, sont encouragées[34].

Exemple de pratiques

Certaines MDPH utilisent un système d'essai de MPA, mis en place par l'Éducation nationale. L'enseignant de l'élève à qui un matériel a été prêté fait un rapport de l'utilisation du MPA pour valider l'adéquation entre la réponse et le besoin. Ce système a l'avantage de permettre une réelle utilisation des matériels.

L'attribution d'un MPA n'est pas systématique pour toute situation de trouble Dys : elle doit répondre à un besoin objectivé spécifique à chaque enfant. Une aide professionnelle à l'utilisation d'un MPA peut aussi être proposée.

Quand la CDAPH se prononce sur l'attribution de MPA, la description doit porter sur les caractéristiques et fonctionnalités de l'outil en lien avec les besoins de l'enfant et non sur sa marque ou son modèle précis.

L'auxiliaire de vie scolaire (AVS)

L'intervention de l'AVS a pour but d'aider l'enfant à faire face à une restriction d'autonomie dans les apprentissages causée par son handicap. Sa présence ne peut être considérée comme une condition *sine qua non* de la scolarisation[35]. L'AVS facilite la participation de l'enfant aux activités d'apprentissage organisées par l'enseignant au sein de la classe et aux activités périscolaires (étude, cantine, permanences, sorties). Il intervient en appui du ou des enseignants qui lui précisent les modalités de son intervention. L'AVS n'a pas vocation à accompagner l'enfant pendant toute sa scolarité : il constitue une solution transitoire lui permettant de s'intégrer et de s'adapter aux exigences scolaires. Le cadre des missions pour lesquelles il peut intervenir est fixé dans le référentiel d'activités de ces professionnels.

L'aide individuelle et l'aide mutualisée constituent deux modalités de l'aide humaine susceptible d'être accordée aux élèves handicapés[36] en prenant en compte notamment l'environnement scolaire, la durée du temps de scolarisation, la nature des activités à accomplir par l'accompagnant, la nécessité d'un accompagnement effectué par une même personne identifiée, les besoins de modulation et d'adaptation de l'aide et sa durée.

L'aide mutualisée est destinée à répondre aux besoins d'accompagnement d'élèves qui ne requièrent pas une attention soutenue et continue. Dans ces cas, aucune quotité horaire n'est fixée par la CDAPH.

L'aide individuelle a pour objet de répondre aux besoins d'élèves qui requièrent une attention soutenue et continue sans que la personne qui apporte l'aide puisse concomitamment apporter son aide à un autre élève handicapé. Elle est accordée lorsque l'aide mutualisée ne permet pas de répondre aux besoins d'accompagnement de l'élève concerné. Dans ces cas, la CDAPH détermine la quotité horaire d'intervention de l'aide individuelle.

32 Voir la circulaire 2001-061 du 5 avril 2001.
33 *Scolariser les élèves handicapés*. Ministère de l'Éducation nationale, Direction générale de l'enseignement scolaire. Paris : Centre national de documentation pédagogique, 2013, « Collection Repères Handicap », p. 18.
34 Voir la circulaire 2001-06, *op. cit.*
35 Voir la circulaire 2003-93 du 11 juin 2003.
36 Voir le décret n° 2012-903 du 23 juillet 2012 relatif à l'aide individuelle et à l'aide mutualisée apportées aux élèves handicapés.

L'AVS peut être amené à effectuer quatre types d'activités :

- des interventions dans la classe, définies en concertation avec l'enseignant : aide aux déplacements et à l'installation matérielle de l'élève dans la classe, aide à la manipulation du matériel scolaire, aide au cours de certains enseignements, facilitation et stimulation de la communication entre le jeune handicapé et son entourage, développement de son autonomie ;
- la participation occasionnelle ou régulière aux sorties de classes ;
- l'accomplissement de gestes techniques ne requérant pas une qualification médicale ou paramédicale particulière, aide aux gestes d'hygiène ;
- la participation à la mise en œuvre et au suivi des projets individualisés de scolarisation (participation aux réunions de synthèse notamment).

L'attribution d'un AVS, individualisé ou mutualisé, n'est pas systématique pour les enfants présentant des troubles Dys et doit répondre aux besoins de l'enfant afin d'améliorer son autonomie dans le cadre des missions pouvant légalement lui être confiées. Il n'est pas là pour assurer un enseignement adapté à la place de l'enseignant.

2. Les autres réponses spécifiques mobilisables

La priorité posée par la loi du 11 février 2005 étant donnée à une scolarisation en milieu dit « ordinaire », le recours aux établissements ou services médico-sociaux est considéré de façon complémentaire ou, le cas échéant, subsidiaire. Il est confié aux CDAPH, au sein des MDPH, la responsabilité de définir le parcours de formation de l'élève dans le cadre de son projet de vie.

Des réponses spécifiques complémentaires aux précédentes peuvent ainsi être mobilisées en complément ou à la place de la scolarisation en milieu ordinaire.

Les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)

Le SESSAD est un service médico-social de proximité s'adressant aux enfants et adolescents âgés de zéro à vingt ans dont les difficultés rendent nécessaire la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs en vue de leur permettre d'accéder à une scolarisation et à une inclusion sociale dans tous les lieux de vie ordinaire (école, lieux de loisirs, domicile...). Ce service est destiné à apporter aux familles conseils et accompagnement, à approfondir les diagnostics ou à favoriser l'inclusion scolaire et l'acquisition de l'autonomie. La souplesse et la mobilité de ces structures leur permettent d'assurer un accompagnement éducatif, pédagogique et thérapeutique, quels que soient l'âge de la personne et le niveau de handicap. Les SESSAD se composent d'équipes pluridisciplinaires : médecin, orthophoniste, éducateur, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, kinésithérapeute, enseignant spécialisé... Il existe encore peu de services spécifiques aux troubles Dys, mais ces enfants peuvent bénéficier de l'intervention de SESSAD d'autres types en fonction de leurs déficiences : SESSAD déficient moteur, par exemple.

L'orientation vers un SESSAD pour un enfant présentant un trouble Dys doit donc répondre aux mêmes critères que pour les autres troubles en fonction des besoins spécifiques propres à chaque enfant.

Les établissements médico-sociaux

Bien qu'il n'existe pas sur le plan réglementaire de catégorie spécifique d'établissements pour les enfants « Dys », il peut arriver que l'orientation vers un établissement médico-social s'avère utile pour l'enfant pour un temps déterminé si son trouble est important ou s'accompagne de troubles associés, par exemple :

- les instituts d'éducation sensorielle qui accueillent les enfants et les adolescents présentant des handicaps d'ordre auditif, visuel... Certains ont développé une approche adaptée aux enfants dysphasiques, d'autres aux enfants dyspraxiques. Ces différents types d'établissements peuvent comporter des sections d'initiation et de première formation professionnelle (SIPFPro) qui accueillent les adolescents. Ils permettent d'entamer une formation préprofessionnelle tout en continuant à bénéficier d'une scolarité et de soins adaptés ;
- les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) qui accueillent les enfants et les adolescents souffrant de difficultés psychologiques avec notamment des troubles du comportement importants perturbant gravement leur socialisation et leur accès aux apprentissages ;
- les instituts médico-éducatifs (IME) spécialisés.

Ce besoin d'orientation en établissement médico-social concerne plutôt des situations sévères pouvant se retrouver dans tous les types de troubles.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et ses compléments

L'AEEH est destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Elle est attribuée :

- soit lorsque le taux d'incapacité est supérieur à 80 % ;
- soit lorsque le taux d'incapacité est entre 50 et moins de 80 %, et que l'enfant fréquente un établissement ou un service médico-social et/ou qu'il bénéficie d'un dispositif de scolarisation adapté lié au handicap (CLIS, ULIS, AVS, section d'enseignement général et professionnel adapté – SEGPA ou Centre national d'enseignement à distance – CNED sur orientation CDAPH, service d'assistance pédagogique à domicile – SAPAD) ou qu'il nécessite des soins et/ou des rééducations préconisés par la CDAPH (à mettre en place ou à maintenir).

Un complément d'allocation est accordé lorsque les besoins de l'enfant liés au handicap ont nécessité le recrutement d'une tierce personne rémunérée et/ou ont entraîné des répercussions sur l'activité professionnelle des parents (réduction, cessation, renoncement) et/ou ont entraîné/entraîneront des frais à la charge de la famille. Son montant varie suivant l'importance des dépenses supplémentaires engagées ou la permanence de l'aide nécessaire.

L'AEEH et les compléments peuvent couvrir plus ou moins complètement des soins non ou mal remboursés par la sécurité sociale dès lors qu'ils sont en lien avec le handicap (frais de transport, consultation de certains professionnels libéraux non remboursée par la sécurité sociale : psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens). Toutefois, lorsque le taux d'incapacité est inférieur à 50 %, en application des critères indiqués ci-dessus, cette prestation ne peut être attribuée ; les frais ou répercussions professionnelles ne peuvent donc être pris en compte au titre d'un complément de l'AEEH.

Le taux d'incapacité est inférieur à 50 % lorsque seuls les apprentissages scolaires sont perturbés sans retentissement important sur la vie quotidienne, l'insertion scolaire, professionnelle et sociale de la personne. Néanmoins, dans les situations où il existe une lourdeur effective des traitements et des remédiations à mettre en œuvre, le taux sera supérieur à 50 % pendant une durée limitée, permettant d'envisager l'attribution de cette prestation[37]. **Pour l'attribution de l'AEEH, la première question à se poser est donc celle du taux d'incapacité avant de se questionner sur la présence de frais ou de répercussions professionnelles**. Toutes les situations de troubles Dys ne permettront pas l'ouverture d'un droit à l'AEEH.

37 Voir la section 2 du chapitre IV du guide-barème et la circulaire DESCO et DGAS-3C 2004-157 du 29 mars 2004 relative à l'application, pour les personnes atteintes de troubles des apprentissages du langage oral ou écrit, du guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, chapitre IV, section II.

La prestation de compensation du handicap (PCH)

L'usager pourra éventuellement, en fonction de sa situation, prétendre à certains des éléments de la PCH : aide humaine, aide technique, aménagements du logement, aménagements de véhicule, surcoûts liés aux transports, dépenses spécifiques ou exceptionnelles liées au handicap. Toutefois, l'éligibilité à cette prestation est basée sur des difficultés graves ou absolues dans la capacité à réaliser certaines des dix-neuf activités d'une liste fermée. La cotation des capacités fonctionnelles se fait en référence à celles d'un enfant du même âge sans problèmes de santé. Des travaux complémentaires ont été réalisés par l'association AIR avec le soutien de la CNSA pour étayer et affiner cette cotation, et un outil en ligne est disponible à titre expérimental[38].

Pour que les enfants puissent accéder à la PCH, trois conditions doivent être réunies :

- être bénéficiaire de l'AEEH ;
- ouvrir droit à un complément de l'AEEH[39] ;
- être éligible à la PCH et, si besoin est, à son volet aide humaine.

Les personnes atteintes de troubles Dys seront probablement peu nombreuses à remplir ces critères. Concernant l'aide humaine en particulier, les critères sont basés sur la capacité à effectuer cinq actes essentiels ou sur la présence de graves et fréquentes difficultés cognitives ou psychiques entraînant un danger menaçant la sécurité ou l'intégrité de la personne, ce qui exclut de fait la majorité de cette population de l'élément aide humaine de la PCH.

Les réponses en matière professionnelle

Chaque trouble Dys est différent, mais il est possible de regrouper et d'observer un certain nombre de similitudes liées à l'incidence de ces troubles dans la vie professionnelle. Les points communs principaux sont un besoin de :

- plus de concentration (contrôle permanent nécessitant plus d'efforts et à l'origine d'une fatigabilité ; accroissement de la tension mentale en cas de double tâche, de stress, d'environnement bruyant) ;
- plus de temps (nécessaire pour comprendre, lire, écrire) ;
- plus d'apprentissage (du fait des difficultés d'automatisation des tâches, de nouveaux processus d'apprentissage sont nécessaires en cas de changement d'organisation, d'imprévus et de nouveaux objectifs, fonctions ou missions).

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Dans le cadre d'un parcours de formation professionnelle, une aide peut être apportée par le biais de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Elle peut être accordée à toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont réduites à cause de son handicap (art. L. 5213-1 du Code du travail). Cette reconnaissance peut être attribuée à partir de seize ans, voire quinze ans pour des jeunes en contrat d'apprentissage.

A fortiori, cette aide pourra également concerner des adultes n'ayant jamais effectué la moindre démarche dans le champ du handicap, mais présentant un de ces troubles et ayant ce type de répercussion professionnelle.

Le diagnostic de trouble Dys ne doit pas amener à accorder systématiquement cette reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (ni à la refuser de manière systématique). Son accord relève bien de la présence de difficultés à obtenir ou conserver un emploi du fait du handicap[40].

Dans certaines situations, il peut ne pas être nécessaire de passer par une telle démarche, car l'ouverture de droits à la PCH ou l'AEEH pour des jeunes de plus de seize ans qui disposent d'une convention de stage vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé valable pendant la durée du stage (art. L. 5213-7 du Code du travail).

38 Disponible en ligne sur http://pchenfant.apps-airmes.eu
39 Cette condition n'a pas besoin d'être remplie pour l'accès au seul élément 3 de la PCH.
40 Ces situations sont abordées dans une étude menée par l'Agence nationale des solidarités actives (ANSA) sur les pratiques d'attribution de la RQTH, cofinancée par la CNSA ; les résultats de cette étude seront disponibles en juin 2015.

L'orientation professionnelle

Toute attribution d'une RQTH nécessite de se prononcer également sur l'orientation professionnelle. Dans le cadre des troubles Dys, les possibilités légalement offertes sont les mêmes que pour les autres types de troubles : marché du travail, centre de rééducation professionnelle (CRP), milieu protégé (vu le type de retentissement professionnel envisageable, cette dernière orientation est exceptionnelle). Des aménagements des conditions de formation professionnelle (s'inspirant des aménagements pédagogiques nécessaires durant la scolarité) et de travail (organisation du travail, adaptation des missions, aides techniques) peuvent être préconisés par la MDPH.

Il est important dans le cadre de l'emploi de connaître le parcours de formation initiale et professionnelle de chaque personne présentant un trouble Dys[41]. La connaissance des modes de fonctionnement organisationnel et relationnel permet en effet de donner à ces personnes ainsi qu'à l'équipe dans laquelle elles évoluent un cadre propice à l'exercice de leurs compétences.

3. Le guide-barème

Avant toute autre chose, dans un but d'équité de traitement des situations et d'harmonisation des pratiques au sein des MDPH, si une sollicitation pour une prestation est effectuée, il est dans tous les cas nécessaire de suivre un raisonnement logique. La première question à toujours se poser est de savoir si la personne relève ou non du champ du handicap. S'il est nécessaire de déterminer un taux d'incapacité, il faut le faire sans tenir compte du type de demande déposé et de l'objectif de cette demande. L'arbre décisionnel du Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées[42] permet d'appliquer ce principe.

Le *Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées*[43] est l'outil d'éligibilité réglementaire permettant de déterminer les taux d'incapacité pour les personnes handicapées. En application des principes directeurs posés dans son introduction, cette détermination s'effectue à partir de **l'analyse des déficiences de la personne concernée et de leurs conséquences dans sa vie quotidienne** (scolaire, professionnelle, sociale, domestique) et **non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine**. La durée prévisible des conséquences doit au moins être égale à un an pour déterminer le taux.

41 *Histoires 2 comprendre les Dys en entreprise*. FFDys. Paris : FFDys, s. d. disponible sur le site de la FFDys http://www.ffdys.com/documentation/histoires2comprendre-les-dys.htm

42 *Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées*. CNSA. Paris : CNSA, 2013, « Dossier technique ». Arbre décisionnel en p. 6.

43 Mis en place par le décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993 et modifié par le décret n ° 2007-1574 du 6 novembre 2007.

L'annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles précise : « Le guide-barème ne fixe pas de taux d'incapacité précis » ; ce n'est pas un barème au sens strict du terme, mais plutôt un guide méthodologique permettant à l'équipe pluridisciplinaire de déterminer des fourchettes de taux (inférieur à 50 %, entre 50 et moins de 80 %, supérieur à 80 %) en se référant aux taux seuils de 50 % et de 80 % :

- **un taux de 50 %**[44] correspond à des troubles importants entraînant une gêne notable dans la vie sociale de la personne, soit concrètement repérée dans sa vie, soit compensée afin que cette vie sociale soit préservée, mais au prix d'efforts importants ou de la mobilisation d'une compensation spécifique. Toutefois, l'autonomie est conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne ;
- **un taux d'au moins 80 %**[45] correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle (aide totale, partielle ou surveillance dans l'accomplissement des activités ou réalisation avec les plus grandes difficultés ; déficience sévère avec abolition d'une fonction ; indication explicite du guide).

Pour les enfants, l'analyse doit prendre en compte les particularités liées au fait que l'enfance et l'adolescence sont des phases de développement. Même si les déficiences n'ont pas encore un impact direct sur les incapacités ou désavantages immédiats, elles peuvent entraver le développement à terme. Les mesures mises en œuvre pour éviter une telle évolution ou permettre l'apprentissage précoce de compensations diverses peuvent avoir un impact très important sur la vie de l'enfant et de son entourage proche (en général familial), qui peut de ce fait également supporter des contraintes[46].

Les troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit relèvent de l'application du chapitre IV relatif aux « déficiences du langage et de la parole » et plus particulièrement de la section II concernant les « troubles du langage et de la parole congénitaux ou acquis avant ou pendant l'acquisition de l'écriture et de la lecture ». Les autres troubles Dys ne sont pas explicitement désignés dans le guide-barème et relèvent donc, soit de l'application des données des différents chapitres en fonction des altérations de fonctions présentes (motrices, mentales, psychiques), soit plus simplement des données de l'introduction du guide-barème.

En fonction de ces éléments, les données à prendre en compte sont celles relatives aux répercussions des altérations de fonctions dans les apprentissages et la socialisation. Il ne faut pas oublier de prendre également en compte les contraintes liées aux prises en charge nécessaires, ainsi que les retentissements sur l'entourage familial. De manière générale :

- le taux sera inférieur à 50 % si les déficiences perturbent notablement les apprentissages, notamment scolaires, mais pas la socialisation ;
- le taux sera compris entre 50 et moins de 80 % si les déficiences perturbent notablement les apprentissages et retentissent sur la socialisation ;
- le taux sera supérieur à 80 % si les déficiences de l'acquisition du langage oral et écrit rendent celui-ci incompréhensible ou absent, ou en cas d'atteinte de l'autonomie.

La circulaire interministérielle (DESCO et DGAS-3C n° 2004-157) du 29 mars 2004 rappelle ces éléments. Elle indique que, dans les situations où il existe un retentissement sur les apprentissages, mais pas sur la socialisation, il faut vérifier l'impact des contraintes dans le cadre des prises en charge nécessaires pour ces troubles. Le degré de retentissement dépend du niveau des contraintes géographiques, de la fréquence de répétition des prises en charge, du temps nécessaire pour celles-ci... Lorsque ces contraintes sont suffisamment importantes pour entraîner une entrave notable dans la vie de l'enfant et de sa famille, le taux sera compris entre 50 et moins de 80 % sur une période restreinte au temps nécessaire pour la réalisation de ces prises en charge.

44 Taux compris entre 50 et moins de 80 %.
45 Taux supérieur ou égal à 80 %.
46 Annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles.

4. Le plan personnalisé de compensation et le projet personnalisé de scolarisation

Le PPC et le PPS constituent les cadres de mise en œuvre des dispositifs de droit spécifique/mesures de compensation.

Le PPC est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH au regard du projet de vie. Il fait partie des éléments pris en compte par la CDAPH pour prendre ses décisions. Le PPC prend la forme d'un document écrit, comportant plusieurs parties.

Les besoins de compensation de la personne sont mis en lumière par l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire au regard du projet de vie. Ils couvrent les domaines dans lesquels est identifié un obstacle à l'exercice d'une activité ou à la participation à la vie sociale. Les réponses à ces besoins doivent être réalistes, humainement et techniquement possibles. À ce stade, elles ne tiennent pas compte des disponibilités locales ou financières.

L'équipe pluridisciplinaire propose à la CDAPH de prendre les décisions d'orientation ou d'attribution de droits qui relèvent de sa compétence. Ces propositions, qui découlent de l'évaluation des besoins, prennent en considération les critères réglementaires d'éligibilité aux différentes prestations. Elles s'appuient également sur les réponses potentiellement disponibles et la réalité du terrain. Chaque décision est motivée et précise la durée d'ouverture des droits. Celle-ci ne peut être inférieure à un an ni supérieure à cinq ans, sauf cas particulier légalement prévu.

La situation de la personne évolue en fonction de la modification de son environnement, des problèmes de santé à l'origine du handicap, de ses besoins et aspirations. Le PPC est régulièrement réévalué et, si nécessaire, réajusté.

Le PPS est la partie du PPC qui traite des aspects de la vie scolaire. Le parcours scolaire de l'élève handicapé fait l'objet d'un PPS lors d'une demande relative aux besoins de scolarisation auprès de la MDPH. Élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH à partir des besoins identifiés, il vise à organiser la scolarité de l'élève qui en bénéficie (art. L. 112-2 du Code de l'éducation). Il précise les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales en y associant les professionnels du secteur médico-social et ceux de l'éducation en lien étroit avec l'élève et sa famille. Il s'agit de privilégier, chaque fois que cela s'avère possible, la scolarisation en milieu ordinaire la plus proche du domicile du jeune. Le PPS définit les modalités de déroulement de la scolarité en précisant :

- la qualité et la nature des accompagnements nécessaires, notamment thérapeutiques ou rééducatifs ;
- les activités de la personne chargée de l'aide humaine, s'il y a une décision en ce sens ;
- l'utilisation d'un matériel pédagogique adapté, s'il y a une décision en ce sens ;
- les aménagements pédagogiques.

Le contenu du PPS est évolutif par nature, il est régulièrement réajusté. Il constitue un carnet de route pour l'ensemble des acteurs, contribue à la scolarisation de l'élève et à son accompagnement et permet d'assurer la cohérence et la continuité du parcours scolaire. Il faut cependant rappeler qu'il n'a aucune légitimité pour dispenser l'élève de l'enseignement d'une ou plusieurs matières.

Une équipe de suivi de la scolarisation (ESS) facilite la mise en œuvre du PPS et assure, pour chaque élève handicapé, un suivi attentif et régulier. C'est l'enseignant-référent, interlocuteur privilégié des parties prenantes du projet, qui veille à la continuité et à la cohérence de la mise en œuvre du PPS.

Le document de mise en œuvre du PPS est un outil rédigé par l'équipe pédagogique et soumis à l'ESS. Il opérationnalise le PPS qui s'impose à tous. Il vise à expliciter précisément et de manière partagée entre les différents acteurs de la scolarisation de l'élève les objectifs et les modalités de la scolarisation pour une année scolaire. Ce document doit être utilisé, quel que soit le mode de scolarisation de l'élève. En cas de scolarisation partagée entre différents lieux scolaires (par exemple IME et école élémentaire, IME et ULIS…), c'est l'équipe pédagogique qui scolarise l'élève pendant le temps le plus important, qui sera amenée à rédiger le document de mise en œuvre du PPS.

Toutes les situations de troubles Dys ne nécessitent pas la mise en place d'un PPS dès lors que l'application du droit commun suffit à répondre aux besoins de l'enfant.

5 Synthèse des points à retenir

1. Les principaux points à retenir

1. Le diagnostic de trouble Dys nécessite une démarche rigoureuse, pluridisciplinaire, permettant d'éliminer les diagnostics différentiels. Un simple bilan établi par un professionnel paramédical est insuffisant. La synthèse des bilans et le diagnostic doivent être finalement posés par un médecin. **Le recours au bon niveau de diagnostic est le garant de l'efficacité et de la pérennité des dispositifs. Le recours aux CRTLA notamment ne constitue pas un préalable à l'attribution de compensations spécifiques** liées au handicap. L'orientation d'un usager et de sa famille vers un centre de référence ne doit être effectuée que dans les situations suivantes :

- dans les cas complexes ou sévères, pour le diagnostic, l'analyse des situations et dans certains cas pour une prise en charge en unité spécialisée ;
- s'il n'y a pas de progression dans les rééducations ;
- en cas de remise en cause ou de besoin d'affiner le diagnostic.

2. Pour qu'un trouble Dys soit confirmé, il faut au préalable avoir éliminé une déficience intellectuelle globale, une déficience sensorielle, une déficience neurologique lésionnelle, un trouble du spectre autistique ou un déficit psychique.

3. Les MDPH, diagnostic posé ou non, ont besoin d'une confirmation d'altération(s) de fonction(s) et de sa (leur) durabilité d'un an minimum avec des conséquences sur la vie de la personne pour savoir si celle-ci s'inscrit dans le champ du handicap et pour identifier les retentissements sur la réalisation des activités et la participation sociale.

4. Il n'est pas attendu que les MDPH réalisent le diagnostic et analysent les tests transmis par les professionnels spécialisés en la matière. Si les dossiers ne comportent aucune information leur permettant de confirmer ou d'infirmer la présence d'altérations de fonction, il leur est recommandé de rejeter la demande déposée (du fait du manque de données leur permettant d'effectuer l'évaluation réglementairement prévue à l'article L. 146-8 du Code de l'action sociale et des familles) et d'orienter les personnes concernées ou leurs parents vers les professionnels compétents (essentiellement de niveau 1 ou éventuellement de niveau 2).

Par ailleurs, les deux documents qui suivent apportent des solutions pratiques facilitant la démarche des MDPH pour l'évaluation et l'élaboration des réponses :

- le tableau synthétise les principales altérations de fonction, limitations d'activité et restrictions de la participation pouvant être retrouvées selon les différents types de troubles ;
- l'arbre décisionnel structure la démarche d'évaluation des situations/besoins et d'élaboration de réponses.

2. Mise en correspondance des troubles des fonctions cognitives avec la CIF-EA

Ce tableau (*voir pages suivantes*) se base sur la proposition de mise en correspondance des troubles avec la CIF-EA (OMS, 2007) du groupe de travail réuni à l'initiative du délégué interministériel aux personnes handicapées pour caractériser les troubles des fonctions cognitives *Contribution à la définition, à la description et à la classification des handicaps cognitifs*, finalisée en novembre 2011 et présentée au CNCPH en 2012.

Cette proposition a été élaborée par un groupe technique, composé de : Christine AUCHÉ-LE MAGNY, Catherine BARRAL, Brigitte DHERBEY, Danièle LANGLOYS, Pierre LAPORTE.

Types d'altération de fonction	Sous-types d'altération de fonction
	Troubles spécifiques du
a. Fonctions mentales spécifiques	1. fonctions perceptuelles : • perception auditive 2. fonctions mentales du langage : • réception du langage parlé • expression du langage parlé • fonctions intégratives du langage
	Troubles spécifiques de
a. Fonctions mentales spécifiques	1. fonctions perceptuelles : • perception auditive • perception visuelle • perception visuospatiale 2. fonctions mentales du langage : • réception du langage écrit • expression du langage écrit • fonctions intégratives du langage 3. fonctions mentales relatives aux mouvements complexes 4. fonctions de l'attention 5. mémoire à court terme

Types de limitation d'activité et de restriction de participation	Sous-types de limitation d'activité et de restriction de participation
développement du langage oral	
a. Apprentissage et application des connaissances	1. obtenir des informations 2. acquérir le langage 3. répéter 4. apprendre à lire 5. apprendre à écrire 6. apprendre à calculer
b. Communication	1. communiquer – recevoir – des messages parlés 2. parler 3. communication préverbale 4. chanter 5. utiliser des appareils de communication 6. conversation 7. discussion
c. Grands domaines de la vie	1. éducation : • éducation préscolaire • éducation scolaire • formation professionnelle • éducation supérieure • vie scolaire et activités associées 2. travail et emploi : • apprentissage • obtenir, garder et quitter un emploi
d. Vie communautaire, sociale et civique	1. vie communautaire 2. récréation et loisirs 3. vie politique et citoyenneté
l'acquisition du langage écrit	
a. Apprentissage et application des connaissances	1. copier 2. acquérir le langage 3. apprendre à lire 4. apprendre à écrire 5. lire 6. écrire
b. Communication	1. écrire des messages 2. conversation 3. discussion 4. utiliser des appareils et techniques de communication
c. Grands domaines de la vie	1. éducation 2. travail et emploi 3. vie économique

Types d'altération de fonction	Sous-types d'altération de fonction
Troubles spécifiques du développement	
a. Fonctions mentales globales	1. fonctions d'orientation : • orientation par rapport aux objets • orientation par rapport à l'espace
b. Fonctions mentales spécifiques	1. fonctions psychomotrices : • qualité des fonctions psychomotrices • organisation des fonctions psychomotrices 2. fonctions perceptuelles : • perception visuelle • perception visuospatiale 3. fonctions cognitives de niveau supérieur : • organisation et planification • flexibilité cognitive • résolution de problèmes 4. fonctions mentales relatives aux mouvements complexes
c. Fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement	1. fonctions relatives au contrôle des mouvements volontaires : • coordination des mouvements volontaires

Types de limitation d'activité et de restriction de participation	Sous-types de limitation d'activité et de restriction de participation
du geste et/ou des fonctions visuospatiales	
a. Apprentissage et application des connaissances	1. regarder 2. toucher (explorer les objets en utilisant les mains) 3. copier 4. apprendre à travers des actions portant sur des objets 5. apprendre à écrire : • acquérir la compétence à utiliser du matériel pour l'écriture • acquérir la compétence à écrire des symboles, des caractères et l'alphabet 6. acquérir un savoir-faire de base 7. acquérir un savoir-faire complexe
b. Tâches et exigences générales	1. entreprendre une tâche complexe
c. Communication	1. produire des messages non verbaux : • produire des messages gestuels • produire des signes et des symboles • produire des dessins
d. Mobilité	1. activités de motricité fine : • manipuler 2. conduire un véhicule : • conduire un moyen de transport à énergie humaine
e. Entretien personnel	1. se laver 2. s'habiller : • mettre ses vêtements • ôter ses vêtements • mettre des chaussures • ôter des chaussures 3. manger
f. Vie domestique	1. préparer les repas 2. faire le ménage 3. s'occuper des effets ménagers : • fabriquer et réparer des vêtements • entretenir le lieu d'habitation et le mobilier • entretenir des appareils ménagers
g. Grands domaines de la vie	1. éducation : • éducation scolaire • accéder à un programme scolaire ou à ses différents niveaux • se maintenir dans un programme scolaire • formation professionnelle • éducation supérieure • engagement dans le jeu • jeu collectif partagé 2. travail et emploi : • apprentissage (préparation à l'emploi) • chercher un emploi
h. Vie communautaire, sociale et civique	1. récréation et loisirs

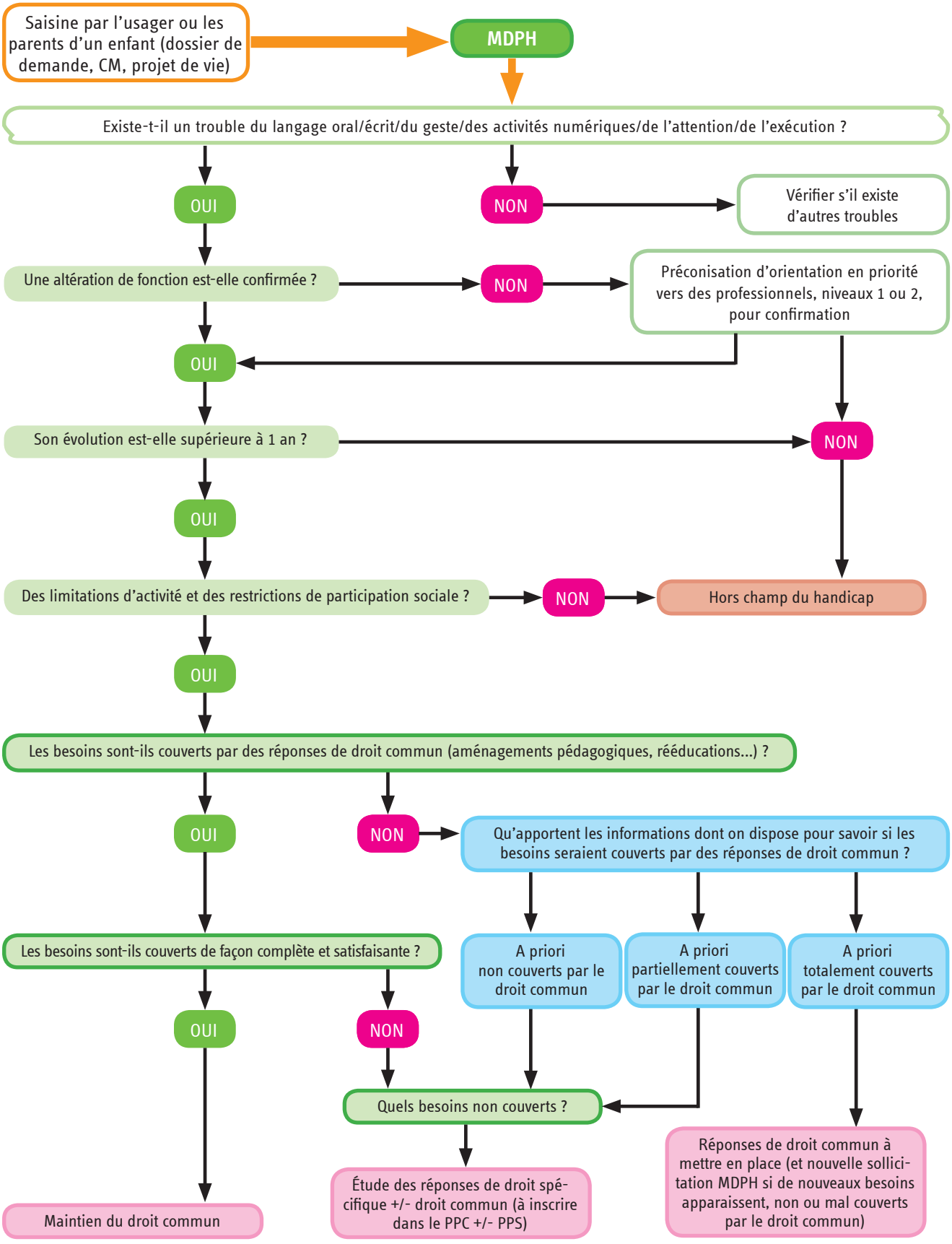
Types d'altération de fonction	Sous-types d'altération de fonction
Troubles spécifiques du développement des	
a. Fonctions mentales globales	1. fonctions du tempérament et de la personnalité
b. Fonctions mentales spécifiques	1. fonctions de l'attention 2. fonctions de la mémoire 3. fonctions psychomotrices : • maîtrise psychomotrice • qualité des fonctions psychomotrices • organisation des fonctions psychomotrices 4. fonctions émotionnelles 5. fonctions de la pensée 6. fonctions cognitives de base 7. fonctions cognitives de niveau supérieur : • abstraction • organisation, planification • gestion du temps • flexibilité cognitive • intuition • jugement • résolution de problèmes 8. expérience de soi-même et fonctions du temps

Types de limitation d'activité et de restriction de participation	Sous-types de limitation d'activité et de restriction de participation
processus attentionnels et des fonctions exécutives	
a. Apprentissage et application des connaissances	1. apprentissage élémentaire : • apprendre à lire • apprendre à écrire • apprendre à calculer • acquérir un savoir-faire complexe 2. appliquer des connaissances : • fixer son attention • diriger son attention • lire • écrire • calculer
b. Tâches et exigences générales	1. entreprendre une tâche unique (actions simples, complexes ou coordonnées) 2. entreprendre des tâches multiples 3. effectuer la routine quotidienne 4. gérer le stress et autres exigences psychologiques 5. gérer son comportement
c. Mobilité	1. garder la position du corps 2. activités de motricité fine
d. Vie domestique	1. préparer les repas 2. faire le ménage
e. Communication	1. discussion
f. Relations et interactions avec autrui	1. interactions de base avec autrui 2. interactions complexes avec autrui : • maîtriser son comportement dans ses relations à autrui • relations avec des personnes ayant autorité • relations avec ses pairs 3. relations formelles 4. relations sociales informelles 5. relations familiales 6. relations intimes
g. Grands domaines de la vie	1. éducation : • éducation préscolaire • vie préscolaire et activités associées • éducation scolaire • vie scolaire et activités associées • jeu solitaire • jeu collectif partagé • formation professionnelle • éducation supérieure 2. travail et emploi : • apprentissage (préparation à l'emploi) • obtenir, garder, quitter un emploi • emploi rémunéré
h. Vie communautaire, sociale et civique	1. vie communautaire 2. récréation et loisirs

Types d'altération de fonction	Sous-types d'altération de fonction
	Troubles spécifiques
a. Fonctions mentales globales	1. fonctions d'orientation : • orientation par rapport aux objets • orientation par rapport à l'espace
b. Fonctions mentales spécifiques	1. fonctions de la mémoire 2. perception visuelle 3. fonctions cognitives de niveau supérieur : • organisation et planification • jugement • résolution de problèmes 4. fonctions de calcul : • calcul arithmétique simple • calcul complexe • autres fonctions précisées de calcul 5. fonctions de l'attention 6. fonctions mentales du langage

Types de limitation d'activité et de restriction de participation	Sous-types de limitation d'activité et de restriction de participation
des activités numériques	
a. Apprentissage et application des connaissances	1. apprentissage élémentaire : • répéter • acquérir des concepts de base • acquérir des concepts complexes • apprendre à calculer • acquérir la capacité de reconnaître les chiffres, les signes arithmétiques et les symboles • acquérir la capacité de dénombrer et ordonner • acquérir la capacité d'utiliser les opérations de base 2. appliquer des connaissances : • calculer • résoudre des problèmes
b. Vie domestique	1. acquérir des produits et des services
c. Grands domaines de la vie	1. éducation : • éducation préscolaire • éducation scolaire • formation professionnelle • éducation supérieure 2. travail et emploi : • apprentissage • obtenir, garder et quitter un emploi • transactions économiques

3. Arbre décisionnel relatif à la démarche d'évaluation des situations/besoins et d'élaboration des réponses pour les personnes présentant des troubles Dys



6 Fiches techniques

Pour chacune des cinq grandes catégories de troubles définies dans ce guide, cette partie décrit les grandes questions à se poser pour identifier les besoins de compensation et, de là, définir les réponses les plus adaptées. Ces grandes questions découlent de la CIF.

Précisions pour la lecture des fiches	
Quel signe évocateur **principal** ?	Précisions sur les difficultés conduisant à évoquer le trouble en question (ne sont pas évoqués les signes évocateurs des troubles associés).
Quelle altération de fonction ?	Liste des fonctions potentiellement atteintes et devant être repérées dans les documents transmis à la MDPH.
Quels documents et quels éléments peuvent confirmer une altération de fonction ?	Liste de documents et d'éléments pouvant confirmer une ou plusieurs altérations de fonction.
Quelles limitations d'activités et restrictions de la participation sociale ?	Liste des répercussions dans la vie de la personne concernée relatives aux altérations de fonction confirmées et devant être appréciées par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.
Quels documents peuvent informer sur les limitations d'activité et restrictions de participation sociale ?	Liste **non exhaustive** de documents sur lesquels les membres de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH peuvent s'appuyer pour identifier ces répercussions.
Quels facteurs environnementaux ?	Liste des facteurs environnementaux pouvant constituer un obstacle ou un facilitateur dans la réalisation d'activités et la participation sociale de la personne concernée.
Si prise en charge thérapeutique, quelles contraintes ?	Liste **non exhaustive** et descriptive du type et du niveau de contraintes d'une prise en charge thérapeutique éventuelle.
Quels besoins ?	Liste des besoins potentiels à objectiver.
Quelles réponses apporter ?	Liste **non exhaustive** d'exemples de réponses possibles à proposer en fonction des besoins dans le cadre de la compensation.

Pour chacune de ces catégories, les items ne sont pas forcément cumulatifs (le questionnement correspond à et/ou).

Fiche 1 - Les troubles spécifiques et durables de développement du langage oral

Quel signe évocateur principal ?	Difficultés d'expression orale sur le plan phonologique, lexical, syntaxique et/ou pragmatique.	
Quelle altération de fonction ?		Perception auditive ?
	Et/ou	Réception, compréhension du langage parlé ?
	Et/ou	Expression du langage parlé ?
	Et/ou	Fonctions intégratives du langage ?
Quels documents et quels éléments peuvent confirmer une altération de fonction ?		Le diagnostic de la pathologie et la description de l'altération de fonction, indiqués dans le certificat médical complété par le médecin spécialiste ou non.
	Et	L'analyse psychoclinique globale prenant en compte les résultats des tests du psychologue (et non les résultats bruts des tests) dans son bilan.
	Et/ou	Le bilan orthophonique du langage et de la communication : résultats situés en dessous de -2DS, voire -1,6DS dans au moins deux domaines.
Quelles limitations d'activités et restrictions de la participation sociale ?		Difficultés pour les apprentissages et l'application des connaissances (obtenir des informations, acquérir le langage, répéter, apprendre à lire, à écrire, à calculer) ?
	Et/ou	Difficultés pour la communication (recevoir des messages parlés, parler, communiquer de façon préverbale, chanter, utiliser des appareils de communication, converser, discuter) ?
	Et/ou	Difficultés pour la vie scolaire (éducation préscolaire, scolaire et supérieure, formation professionnelle, vie scolaire et activités associées) ?
	Et/ou	Difficultés pour la vie professionnelle (apprentissage, obtenir, garder et quitter un emploi) ?
	Et/ou	Difficultés pour la vie communautaire, sociale et civique (vie communautaire, récréation et loisirs, vie politique et citoyenneté) ?
	Et/ou	Conséquences (professionnelles, sociales...) pour l'entourage familial ?
Quels documents de quels professionnels peuvent informer sur les limitations d'activité et les restrictions de participation sociale ?		Le certificat médical complété par le médecin spécialiste ou non.
	Et	Le bilan du psychologue.
	Et/ou	Le bilan de l'orthophoniste.
	Et/ou	Les données scolaires (à travers le GEVA-Sco) et/ou professionnelles.
Quels facteurs environnementaux ?		Aides matérielles (pour la vie quotidienne, la communication, l'éducation) ?
	Et/ou	Soutiens et relations (famille, proches, pairs, professionnels...) ?
	Et/ou	Attitudes (individuelles de ces acteurs, sociétales), normes ?
	Et/ou	Types et organisation des services, systèmes et politiques ?

Fiche 1 - Les troubles spécifiques et durables de développement du langage oral

Si prise en charge thérapeutique, quelles contraintes ?		Type ? *et* Fréquence ? *et* Durée ? *et* Lieu ? *et*...
Quels besoins ?		Besoins en matière de soins ?
	Et/ou	Besoins pour l'apprentissage et l'application des connaissances ?
	Et/ou	Besoins pour communiquer ?
	Et/ou	Besoins pour mener sa vie d'élève ?
	Et/ou	Besoins pour vivre sa vie d'étudiant ?
	Et/ou	Besoins pour s'insérer professionnellement (accès et maintien) ?
	Et/ou	Besoins pour accéder à ses droits ?
	Et/ou	Besoins pour mener une vie communautaire, sociale et civique ?
	Et/ou	Besoins pour assurer sa sécurité ?
	Et/ou	Besoins pour un répit ou une présence des parents et/ou des aidants ?
	Et/ou	Autres besoins ?

Quelles réponses apporter ?
Elles sont à adapter aux besoins individuels, mis en évidence suite à la démarche d'évaluation globale prenant en compte les autres troubles associés et le projet de vie.
Mobiliser prioritairement le droit commun, si nécessaire adapté, et si besoin est le droit spécifique.

Exemples d'adaptations pédagogiques possibles : canaliser l'attention, gérer la fatigabilité, aider à l'organisation, faciliter la compréhension des consignes, aider à la communication orale/gestuelle, aider à la lecture, aider à la mémorisation, faciliter la numération, aider à l'évaluation...

Exemples d'interventions possibles de l'AVS : stimuler l'enfant, le mettre en confiance, faciliter son expression et sa participation, utiliser des supports adaptés, l'aider à comprendre et à appliquer les consignes... (voir Annexe 4 de la circulaire n° 2010-139 du 31 août 2010 MEN – DGESCO A1-3).

Exemples d'aides techniques possibles : logiciels d'assistance à l'écriture, correcteurs d'orthographe, de lecture...

Exemples d'aménagements professionnels possibles : mettre en place des cadres de travail précis, limiter les situations d'urgence, éviter les sources de distraction (perturbations sonores et visuelles), adapter les modalités des réunions (cadrer les interventions, les préparer suffisamment tôt, ne pas interrompre...), adapter les supports écrits (présentation, limitation des schémas et tableaux...), mettre en place si nécessaire des aides techniques...

Fiche 2 – Les troubles spécifiques et durables de développement du geste et/ou des fonctions visuospatiales

Quel signe évocateur principal ?		Difficultés de motricité fine et de coordination du geste avec maladresse, difficultés pour automatiser les gestes appris pour écrire, reproduire une forme, accéder à l'écriture cursive, écrire entre les lignes, dessiner, construire en trois dimensions.
Quelle altération de fonction ?		Orientation par rapport aux objets ?
	Et/ou	Orientation par rapport à l'espace ?
	Et/ou	Fonction psychomotrice ?
	Et/ou	Perception visuelle ?
	Et/ou	Perception visuospatiale ?
	Et/ou	Organisation et planification ?
	Et/ou	Fonction de flexibilité cognitive ?
	Et/ou	Fonction de résolution de problèmes ?
	Et/ou	Fonction mentale relative aux mouvements complexes ?
	Et/ou	Coordination des mouvements volontaires ?
Quels documents et quels éléments peuvent confirmer une altération de fonction ?		Le diagnostic de la pathologie et la description de l'altération de fonction, indiqués dans le certificat médical complété par le médecin spécialiste ou non.
	Et	L'analyse psychoclinique globale prenant en compte les résultats des tests du psychologue (et non les résultats bruts des tests).
	Et/ou	Le bilan orthophonique du langage et de la communication : résultats situés en dessous de -2DS, voire -1,6DS, dans au moins deux domaines.
	Et/ou	L'analyse globale du bilan ergothérapique ainsi que des résultats situés en dessous de -2DS, dans au moins deux domaines.
	Et/ou	Le bilan psychomoteur : résultats situés en dessous de -2DS, dans au moins deux domaines.
	Et/ou	Le bilan orthoptique.
Quelles limitations d'activités et restrictions de la participation sociale ?		Difficultés pour les apprentissages et l'application des connaissances (regarder, toucher, copier, apprendre à travers des actions portant sur des objets, acquérir la compétence à utiliser du matériel pour l'écriture, à écrire des symboles, des caractères et l'alphabet, des savoir-faire simples ou complexes) ?
	Et/ou	Difficultés pour les tâches et exigences générales (s'orienter dans l'espace, entreprendre une tâche complexe) ?
	Et/ou	Difficultés pour la communication (produire des messages gestuels, des signes, des symboles, des dessins) ?
	Et/ou	Difficultés pour la motricité (manipuler, conduire) ?
	Et/ou	Difficultés pour l'entretien personnel (se laver, s'habiller, manger...) ?
	Et/ou	Difficultés pour les tâches domestiques (préparer les repas, faire le ménage, s'occuper des effets ménagers) ?

Fiche 2 – Les troubles spécifiques et durables de développement du geste et/ou des fonctions visuospatiales

Quelles limitations d'activités et restrictions de la participation sociale ? (*suite*)	*Et/ou*	Difficultés pour la vie scolaire (éducation scolaire et supérieure, formation professionnelle, accéder et se maintenir dans un programme scolaire, participer aux jeux) ?
	Et/ou	Difficultés pour la vie professionnelle (apprentissage, obtenir, garder un emploi) ?
	Et/ou	Difficultés pour la vie communautaire, sociale et civique (vie communautaire, jeux et loisirs, vie politique et citoyenneté) ?
	Et/ou	Conséquences (professionnelles, sociales…) pour l'entourage familial ?
Quels documents de quels professionnels peuvent informer sur les limitations d'activité et les restrictions de participation sociale ?		Le certificat médical complété par le médecin spécialiste ou non.
	Et	Le bilan du psychologue.
	Et/ou	Le bilan de l'orthophoniste.
	Et/ou	Le bilan de l'ergothérapeute.
	Et/ou	Le bilan du psychomotricien.
	Et/ou	Le bilan de l'orthoptiste.
	Et/ou	Les données scolaires (à travers le GEVA-Sco) et/ou professionnelles
Quels facteurs environnementaux ?		Aides matérielles (pour la vie quotidienne, l'éducation) ?
	Et/ou	Soutiens et relations (famille, proches, pairs, professionnels…) ?
	Et/ou	Attitudes (individuelles de ces acteurs, sociétales), normes ?
	Et/ou	Types et organisation des services, systèmes et politiques ?
Si prise en charge thérapeutique, quelles contraintes ?	Type ? *et* Fréquence ? *et* Durée ? *et* Lieu ? *et*…	
Quels besoins ?		Besoins en matière de soins ?
	Et/ou	Besoins pour l'apprentissage et l'application des connaissances ?
	Et/ou	Besoins pour accomplir ses actes essentiels ?
	Et/ou	Besoins pour accomplir ses tâches domestiques ?
	Et/ou	Besoins pour mener sa vie d'élève ?
	Et/ou	Besoins pour vivre sa vie d'étudiant ?
	Et/ou	Besoins pour s'insérer professionnellement (accès et maintien) ?
	Et/ou	Besoins pour accéder à ses droits ?
	Et/ou	Besoins pour mener une vie communautaire, sociale et civique ?
	Et/ou	Besoins pour un répit ou une présence des parents et/ou des aidants ?
	Et/ou	Autres besoins ?

Fiche 2 – Les troubles spécifiques et durables de développement du geste et/ou des fonctions visuospatiales

Quelles réponses apporter ?
Elles sont à adapter aux besoins individuels mis en évidence suite à la démarche d'évaluation globale prenant en compte les autres troubles associés et le projet de vie.
Mobiliser prioritairement le droit commun, si nécessaire adapté, et si besoin est le droit spécifique.

Exemples d'adaptations pédagogiques possibles : faciliter le décodage, la fluidité de lecture et la prise de repères dans le texte, permettre l'accession au sens du texte, faciliter l'orthographe, la copie et l'écriture, vérification de la posture assise et de la prise de crayon, faciliter l'apprentissage de la calligraphie, aider pour les mathématiques, faciliter les activités de dénombrements, les opérations simples, sur papier, la résolution de problèmes écrits, la géométrie, aider à appréhender de nouvelles activités motrices, travailler les changements de direction, favoriser les jeux d'équipe...

Exemples d'interventions possibles de l'AVS : réaliser les actes essentiels, faciliter les déplacements, stimuler l'enfant, le mettre en confiance, faciliter sa participation, utiliser des supports adaptés, l'aider à comprendre et appliquer les consignes... (voir Annexe 4 de la circulaire n° 2010-139 du 31 août 2010 MEN – DGESCO A1-3)

Exemples d'aides techniques possibles : stylos numériques, logiciels d'assistance à l'écriture, correcteurs d'orthographe, de reconnaissance vocale, de lecture...

Exemples d'aménagements professionnels possibles : mettre en place des cadres de travail précis, limiter les situations d'urgence, adapter l'environnement en évitant les sources de distraction (perturbations sonores et visuelles), adapter les modalités des réunions (cadrer les interventions et les préparer suffisamment tôt, ne pas interrompre...), adapter les supports écrits (police, présentation, limitation des schémas et tableaux...), mettre en place si nécessaire des aides techniques...

Fiche 3 – Les troubles spécifiques et durables de l'acquisition du langage écrit

Quel signe évocateur principal ?	Difficultés d'accès à la lecture avec inversion, ajouts, confusion, difficultés d'apprentissage de nouveaux mots et d'accès à l'orthographe.	
Quelle altération de fonction ?		Perception auditive ?
	Et/ou	Perception visuelle ?
	Et/ou	Perception visuospatiale ?
	Et/ou	Réception, compréhension du langage écrit ?
	Et/ou	Expression du langage écrit ?
	Et/ou	Fonction intégrative du langage ?
	Et/ou	Fonction mentale relative aux mouvements complexes ?
	Et/ou	Fonction de l'attention ?
	Et/ou	Fonction de mémorisation à court terme ?
Quels documents et quels éléments peuvent confirmer une altération de fonction ?		Le diagnostic de la pathologie et la description de l'altération de fonction, indiqués dans le certificat médical complété par le médecin spécialiste ou non.
	Et	L'analyse psychoclinique globale prenant en compte les résultats des tests du psychologue (et non les résultats bruts des tests).
	Et/ou	Le bilan orthophonique du langage et de la communication : résultats situés en dessous de -2DS, voire -1,6DS, dans au moins deux domaines.
Quelles limitations d'activités et restrictions de la participation sociale ?		Difficultés pour les apprentissages et l'application des connaissances (copier, acquérir le langage, apprendre à lire et à écrire, lire, écrire) ?
	Et/ou	Difficultés de communication (écrire des messages, converser, discuter, utiliser des appareils et techniques de communication) ?
	Et/ou	Difficultés pour la vie scolaire (éducation préscolaire, scolaire et supérieure, formation professionnelle) ?
	Et/ou	Difficultés pour la vie professionnelle (apprentissage, obtenir, garder et quitter un emploi) ?
	Et/ou	Difficultés pour la vie communautaire, sociale et civique (vie communautaire, récréation et loisirs, vie politique et citoyenneté) ?
	Et/ou	Conséquences (professionnelles, sociales...) pour l'entourage familial ?
Quels documents de quels professionnels peuvent informer sur les limitations d'activité et les restrictions de participation sociale ?		Le certificat médical complété par le médecin spécialiste ou non.
	Et	L'analyse psychoclinique globale prenant en compte les résultats des tests du psychologue (et non les résultats bruts des tests).
	Et/ou	Le bilan orthophonique du langage et de la communication : résultats situés en dessous de -2DS, voire -1,6DS, dans au moins deux domaines.
	Et/ou	Les données scolaires (à travers le GEVA-Sco) et/ou professionnelles

Fiche 3 – Les troubles spécifiques et durables de l'acquisition du langage écrit

Quels facteurs environnementaux ?		Aides matérielles (pour l'éducation) ?
	Et/ou	Soutiens et relations (famille, proches, pairs, professionnels…) ?
	Et/ou	Attitudes (individuelles de ces acteurs, sociétales), normes ?
	Et/ou	Types et organisation des services, systèmes et politiques ?
Si prise en charge thérapeutique, quelles contraintes ?		Type ? *et* Fréquence ? *et* Durée ? *et* Lieu ? *et*…
Quels besoins ?		Besoins en matière de soins ?
	Et/ou	Besoins pour l'apprentissage et l'application des connaissances ?
	Et/ou	Besoins pour communiquer ?
	Et/ou	Besoins pour mener sa vie d'élève ?
	Et/ou	Besoins pour vivre sa vie d'étudiant ?
	Et/ou	Besoins pour s'insérer professionnellement (accès et maintien) ?
	Et/ou	Besoins pour accéder à ses droits ?
	Et/ou	Besoins pour mener une vie communautaire, sociale et civique ?
	Et/ou	Besoins pour un répit ou une présence des parents et/ou des aidants ?
	Et/ou	Autres besoins ?

Quelles réponses apporter ?
Elles sont à adapter aux besoins individuels mis en évidence suite à la démarche d'évaluation globale prenant en compte les autres troubles associés et le projet de vie.
Mobiliser prioritairement le droit commun, si nécessaire adapté, et si besoin est le droit spécifique.

Exemples d'adaptations pédagogiques possibles aménager les modalités d'apprentissage, organiser la classe, aménager les conditions d'évaluation, favoriser la compréhension des consignes, adapter les supports, adapter le travail à la maison, contourner la lecture, adapter la lecture, faciliter l'écrit, développer le lexique, favoriser la production d'écrit, s'appuyer sur des entrées qui fonctionnent…

Exemples d'interventions possibles de l'AVS : stimuler l'enfant, le mettre en confiance, faciliter sa participation, utiliser des supports adaptés, l'aider à comprendre et appliquer les consignes. (voir Annexe 4 de la circulaire n° 2010-139 du 31 août 2010 MEN – DGESCO A1-3).

Exemples d'aides techniques possibles : stylos numériques, logiciels d'assistance à l'écriture, correcteurs d'orthographe, de reconnaissance vocale, de lecture…

Exemples d'aménagements professionnels possibles : mettre en place des cadres de travail précis, limiter les situations d'urgence, éviter les sources de distraction (perturbations sonores et visuelles), adapter les modalités des réunions (cadrer les interventions et les préparer suffisamment tôt, ne pas interrompre…), adapter les supports écrits (présentation, limitation des schémas et tableaux…), mettre en place si nécessaire des aides techniques…

Fiche 4 – Les troubles spécifiques et durables des activités numériques

Quel signe évocateur principal ?	Difficultés de mémorisation des faits arithmétiques, d'apprentissage des tables d'addition et de multiplication, d'utilisation de retenues et de compréhension des problèmes mathématiques.	
Quelle altération de fonction ?		Orientation par rapport aux objets ?
	Et/ou	Orientation par rapport à l'espace ?
	Et/ou	Fonction de mémorisation ?
	Et/ou	Perception visuelle ?
	Et/ou	Fonction d'organisation et de planification ?
	Et/ou	Fonction de jugement ?
	Et/ou	Fonction de résolution de problèmes ?
	Et/ou	Fonction de calcul ?
	Et/ou	Fonction de l'attention ?
	Et/ou	Fonction mentale du langage ?
Quels documents et quels éléments peuvent confirmer une altération de fonction ?		Le diagnostic de la pathologie et la description de l'altération de fonction, indiqués dans le certificat médical complété par le médecin spécialiste ou non.
	Et	L'analyse psychoclinique globale prenant en compte les résultats des tests du psychologue (et non les résultats bruts des tests).
	Et/ou	Le bilan orthophonique du langage et de la communication : résultats situés en dessous de -2DS, voire -1,6 DS, dans au moins deux domaines, notamment pour les activités numériques, du calcul et des mathématiques.
Quelles limitations d'activités et restrictions de la participation sociale ?		Difficultés pour les apprentissages et l'application des connaissances (répéter, acquérir des concepts de base ou complexes, apprendre à calculer, acquérir la comptine numérique, acquérir la capacité de reconnaître les chiffres, les signes arithmétiques, dénombrer, ordonner, utiliser les opérations de base, calculer de façon mentale ou à l'écrit, résoudre des problèmes) ?
	Et/ou	Difficultés pour gérer la vie domestique (acquérir des produits et des services) ?
	Et/ou	Difficultés pour la vie scolaire (éducation préscolaire, scolaire et supérieure, formation professionnelle) ?
	Et/ou	Difficultés pour la vie professionnelle (apprentissage, obtenir, garder et quitter un emploi, faire des transactions financières) ?
	Et/ou	Conséquences (professionnelles, sociales…) pour l'entourage familial ?
Quels documents de quels professionnels peuvent informer sur les limitations d'activité et les restrictions de participation sociale ?		Le certificat médical complété par le médecin spécialiste ou non.
	Et	Le bilan du psychologue.
	Et/ou	Le bilan de l'orthophoniste.
	Et/ou	Les données scolaires (à travers le GEVA-Sco) et/ou professionnelles.

Fiche 4 – Les troubles spécifiques et durables des activités numériques

Quels facteurs environnementaux ?		Aides matérielles (pour le jeu, l'éducation) ?
	Et/ou	Soutiens et relations (famille, proches, pairs, professionnels...) ?
	Et/ou	Attitudes (individuelles de ces acteurs, sociétales), normes ?
	Et/ou	Types et organisation des services, systèmes et politiques ?
Si prise en charge thérapeutique, quelles contraintes ?	Type ? *et* Fréquence ? *et* Durée ? *et* Lieu ? *et*...	
Quels besoins ?		Besoins en matière de soins ?
	Et/ou	Besoins pour l'apprentissage et l'application des connaissances ?
	Et/ou	Besoins pour mener sa vie d'élève ?
	Et/ou	Besoins pour vivre sa vie d'étudiant ?
	Et/ou	Besoins pour s'insérer professionnellement (accès et maintien) ?
	Et/ou	Besoins pour sa sécurité ?
	Et/ou	Besoins pour accéder à ses droits ?
	Et/ou	Autres besoins ?

Quelles réponses apporter ?
Elles sont à adapter aux besoins individuels mis en évidence suite à la démarche d'évaluation globale prenant en compte les autres troubles associés et le projet de vie.
Mobiliser prioritairement le droit commun, si nécessaire adapté, et si besoin est le droit spécifique.

Exemples d'adaptations pédagogiques possibles : aider au repérage spatio-temporel, proposer des outils d'aide, modifier les stratégies d'apprentissage, organiser la classe.

Exemples d'interventions possibles de l'AVS : stimuler l'enfant, le mettre en confiance, faciliter sa participation, utiliser des supports adaptés, l'aider à comprendre et appliquer les consignes... (voir Annexe 4 de la circulaire n° 2010-139 du 31 août 2010 MEN – DGESCO A1-3).

Exemples d'aides techniques possibles : calculatrice, logiciels d'assistance à l'écriture...

Exemples d'aménagements professionnels possibles : mettre en place des cadres de travail précis, éviter les sources de distraction (perturbations sonores et visuelles), adapter les modalités des réunions (cadrer les interventions et les préparer suffisamment tôt, ne pas interrompre...), adapter les supports écrits (présentation, limitation des schémas et tableaux...), mettre en place si nécessaire des aides techniques...

Fiche 5 – Les troubles spécifiques et durables de développement des processus attentionnels et des fonctions exécutives

Quel signe évocateur principal ?	Difficultés d'attention avec attention sélective et/ou moins soutenue, hyperactivité, impulsivité.	
Quelle altération de fonction ?		Fonction du tempérament et de la personnalité ?
	Et/ou	Fonction de l'attention ?
	Et/ou	Fonction de mémorisation ?
	Et/ou	Fonction psychomotrice (qualité, maîtrise, organisation) ?
	Et/ou	Fonction émotionnelle ?
	Et/ou	Fonction de la pensée ?
	Et/ou	Fonction cognitive de base ?
	Et/ou	Fonction d'abstraction, organisation, planification, gestion du temps, flexibilité cognitive, intuition, jugement, résolution de problème ? (appelée aussi fonction exécutive).
	Et/ou	Orientation par rapport au temps ?
Quels documents et quels éléments peuvent confirmer une altération de fonction ?		Le diagnostic de la pathologie et la description de l'altération de fonction, indiqués dans le certificat médical complété par le médecin spécialiste ou non.
	Et	L'analyse psychoclinique globale prenant en compte les résultats des tests (et non les résultats bruts des tests) du psychologue (et/ou neuropsychologue).
	Et/ou	Le bilan d'un autre professionnel paramédical (orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien).
Quelles limitations d'activités et restrictions de la participation sociale ?		Difficultés pour les apprentissages et l'application des connaissances (apprendre à lire, écrire, calculer, acquérir un savoir-faire complexe, fixer et diriger son attention, lire, écrire, calculer) ?
	Et/ou	Difficultés pour les tâches et exigences générales (entreprendre une tâche unique ou des tâches multiples, effectuer la routine quotidienne, gérer le stress et son comportement) ?
	Et/ou	Difficultés pour la communication (discuter) ?
	Et/ou	Difficultés pour la motricité (manipuler, garder la position du corps) ?
	Et/ou	Difficultés pour les tâches domestiques (préparer les repas, faire le ménage) ?
	Et/ou	Difficultés pour les relations avec autrui (interactions de base et complexes, relations formelles, informelles, familiales, intimes) ?
	Et/ou	Difficultés pour la vie scolaire (éducation préscolaire, scolaire et supérieure, formation professionnelle, vie préscolaire ou scolaire et activités associées, jeux solitaires ou collectifs) ?

Fiche 5 – Les troubles spécifiques et durables de développement des processus attentionnels et des fonctions exécutives

Quelles limitations d'activités et restrictions de la participation sociale ? (*suite*)	*Et/ou*	Difficultés pour la vie professionnelle (apprentissage, obtenir, garder et quitter un emploi) ?
	Et/ou	Difficultés pour la vie communautaire, sociale et civique (vie communautaire, jeux et loisirs, vie politique et citoyenneté) ?
	Et/ou	Conséquences (professionnelles, sociales…) pour l'entourage familial ?
Quels documents de quels professionnels peuvent informer sur les limitations d'activité et les restrictions de participation sociale ?		Le certificat médical complété par le médecin spécialiste ou non.
	Et	Le bilan du psychologue (ou neuropsychologue).
	Et	Les données scolaires (à travers le GEVA-Sco) et/ou professionnelles
Quels facteurs environnementaux ?		Aides matérielles (pour le jeu, l'éducation) ?
	Et/ou	Soutiens et relations (famille, proches, pairs, professionnels…) ?
	Et/ou	Attitudes (individuelles de ces acteurs, sociétales), normes ?
	Et/ou	Types et organisation des services, systèmes et politiques ?
Si prise en charge thérapeutique, quelles contraintes ?	Type ? *et* Fréquence ? *et* Durée ? *et* Lieu ? *et*…	
Quels besoins ?		Besoins en matière de soins ?
	Et/ou	Besoins pour l'apprentissage et l'application des connaissances ?
	Et/ou	Besoins pour accomplir ses tâches domestiques ?
	Et/ou	Besoins pour mener sa vie d'élève ?
	Et/ou	Besoins pour vivre sa vie d'étudiant ?
	Et/ou	Besoins pour s'insérer professionnellement (accès et maintien) ?
	Et/ou	Besoins pour communiquer ?
	Et/ou	Besoins pour accéder à ses droits ?
	Et/ou	Besoins pour mener une vie communautaire, sociale et civique ?
	Et/ou	Besoins pour un répit ou une présence des parents et/ou des aidants ?
	Et/ou	Autres besoins ?

Fiche 5 – Les troubles spécifiques et durables de développement des processus attentionnels et des fonctions exécutives

Quelles réponses apporter ?
Elles sont à adapter aux besoins individuels mis en évidence suite à la démarche d'évaluation globale prenant en compte les autres troubles associés et le projet de vie.
Mobiliser prioritairement le droit commun, si nécessaire adapté, et si besoin est le droit spécifique.

Exemples d'adaptations pédagogiques possibles : aider à s'organiser, à planifier les tâches, canaliser l'impulsivité, renforcer les comportements positifs, recentrer l'élève sur la tâche, structurer, simplifier les consignes, offrir un ancrage matériel (utiliser des technologies), permettre des pauses, prévoir des déplacements...

Exemples d'interventions possibles de l'AVS : faciliter les déplacements, stimuler l'enfant, le mettre en confiance, faciliter sa participation, utiliser des supports adaptés, l'aider à comprendre et appliquer les consignes... (voir Annexe 4 de la circulaire n° 2010-139 du 31 août 2010 MEN – DGESCO A1-3).

Exemples d'aides techniques possibles : stylos numériques, logiciels d'assistance à l'écriture, correcteurs d'orthographe, de reconnaissance vocale, de lecture...

Exemples d'aménagements professionnels possibles : mettre en place des cadres de travail précis, limiter les situations d'urgence, éviter les sources de distraction (perturbations sonores et visuelles), adapter les modalités des réunions (cadrer les interventions et les préparer suffisamment tôt, ne pas interrompre...), adapter les supports écrits (police, présentation, limitation des schémas et tableaux...), mettre en place si nécessaire des aides techniques...

Annexes

Annexe 1 – Les membres du comité de relecture 2014

Le comité de relecture, animé par Jean-Michel LAMIAUX, Typhaine MAHÉ et Frédéric TALLIER (Direction de la Compensation – CNSA) était composé, par ordre alphabétique, de :

AGUT Cyril – TDAH France (Association des personnes concernées par un trouble déficit de l'attention/hyperactivité)

AKRICH Madeleine – CIANE (Collectif interassociatif autour de la naissance)

AUCHE-LE MAGNY Christine – FFDys (Fédération française des Dys)

AULNETTE-LE ROUX Véronique – MDPH 35

BAGHDADLI Amaria – CHRU Montpellier/centre de ressources autisme en Languedoc-Roussillon

BILLARD Catherine – Projet Paris santé réussite

BLOCH Juliette – CNSA

DEQUIDT Nelly – ARS Lorraine

DERION Martine – MDPH 35

GADOIS Annick – FNO (Fédération nationale des orthophonistes)

GALLET Corinne – INSHEA

GARCIA Françoise – FNO (Fédération nationale des orthophonistes)

GAZZOLA Ève – CNSA

GENTILS Angélique – MDPH 08

GETIN Christine – TDAH France (Association des personnes concernées par un trouble déficit de l'attention/hyperactivité)

GONZALEZ-MONGE Sibylle – CHU de Lyon/centre de référence TSLA

GROH Nathalie – FFDys (Fédération française des Dys)

LAIR Sandrine – DGESCO

LAMIAUX Jean-Michel – CNSA

LECLERCQ Virginie – INSHEA

LEFEUVRE Brigitte – DGS/sous-direction de la promotion de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques/bureau santé des populations

LEPLÈGE Alain – Université Paris Diderot

LEVY Ariel – MDPH 54

LUBELSKI Patricia – Médecin libéral

MAHÉ Typhaine – CNSA

MARSEAULT Anne – MDPH 78

PIOLLET Anne – AFPA (Association française de pédiatrie ambulatoire)

SCHLUMBERGER Émilie – APHP/centre de référence des troubles du langage et des apprentissages

TALLIER Frédéric – CNSA

TEIL Laurent – MDPH 15

THOUVENOT Françoise – CDAPH 35

URCUN Jeanne-Marie – DGESCO

VANNETZEL Léonard – APPEA/Revue ANAE

La CNSA remercie ces membres pour leur participation à cette relecture, leur investissement, leurs observations et leurs conseils qui ont contribué à enrichir ce guide d'appui aux pratiques.

La CNSA remercie également les différentes équipes et collaborateurs que les membres de ce comité ont sollicités pour une relecture, des précisions, des avis et/ou des contributions écrites : chaque équipe des MDPH représentées dans ce comité, les équipes des différentes associations et institutions citées ici ainsi que les membres du comité scientifique de la FFDys.

Annexe 2 – Les troubles du développement psychologique, les troubles du comportement et les troubles émotionnels dans la CIM 10[47]

Troubles du développement psychologique (F80-F89)

Les troubles classés dans ce groupe ont en commun : a) un début obligatoirement dans la première ou la seconde enfance ; b) une altération ou un retard du développement de fonctions étroitement liées à la maturation biologique du système nerveux central ; et c) une évolution continue sans rémissions ni rechutes. Dans la plupart des cas, les fonctions atteintes concernent le langage, le repérage visuospatial et la coordination motrice. Habituellement, le retard ou le déficit était présent dès qu'il pouvait être mis en évidence avec certitude et il diminue progressivement avec l'âge (des déficits légers peuvent toutefois persister à l'âge adulte).

F80 Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage

Troubles dans lesquels les modalités normales d'acquisition du langage sont altérées dès les premiers stades du développement. Ces troubles ne sont pas directement attribuables à des anomalies neurologiques, des anomalies anatomiques de l'appareil phonatoire, des altérations sensorielles, un retard mental ou des facteurs de l'environnement. Les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage s'accompagnent souvent de problèmes associés, tels des difficultés de la lecture et de l'orthographe, une perturbation des relations interpersonnelles, des troubles émotionnels et des troubles du comportement.

F80.0 Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation

Trouble spécifique du développement dans lequel l'utilisation par l'enfant des phonèmes est inférieure au niveau correspondant à son âge mental, mais avec un niveau linguistique normal.

Dyslalie

Lallation

Trouble :

- du développement (de) :
  - l'articulation
  - phonologique
- fonctionnel de l'articulation

Excl. : altération de l'articulation (associée à) (due à) :

- aphasie SAI (R47.0)
- apraxie (R48.2)
- perte de l'audition (H90-H91)
- retard mental (F70-F79)
- trouble de l'acquisition du langage :
  - de type expressif (F80.1)
  - de type réceptif (F80.2)

47 Classification internationale des maladies, 10e révision. OMS.

F80.1 Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif

Trouble spécifique du développement dans lequel les capacités de l'enfant à utiliser le langage oral sont nettement inférieures au niveau correspondant à son âge mental, mais dans lequel la compréhension du langage se situe dans les limites de la normale. Le trouble peut s'accompagner ou non d'une perturbation de l'articulation.

Dysphasie ou aphasie de développement, de type expressif

Excl. :

- aphasie acquise avec épilepsie [Landau-Kleffner] (F80.3)
- dysphasie et aphasie SAI (R47.0)
- dysphasie ou aphasie de développement, de type réceptif (F80.2)
- mutisme électif (F94.0)
- retard mental (F70-F79)
- troubles envahissants du développement (F84.-)

F80.2 Trouble de l'acquisition du langage, de type réceptif

Trouble spécifique du développement dans lequel les capacités de l'enfant à comprendre le langage sont inférieures au niveau correspondant à son âge mental. En fait, dans la plupart des cas, le versant expressif est, lui aussi, nettement altéré et il existe habituellement des perturbations de l'articulation.

Aphasie de développement, de type Wernicke

Dysphasie ou aphasie de développement, de type réceptif

Surdité verbale

Trouble réceptif auditif congénital

Excl. :

- aphasie acquise avec épilepsie [Landau-Kleffner] (F80.3)
- autisme (F84.0-F84.1)
- dysphasie et aphasie :
  - SAI (R47.0)
  - de développement, de type expressif (F80.1)
- mutisme électif (F94.0)
- retard (de) :
  - acquisition du langage secondaire à une perte de l'audition (H90-H91)
  - mental (F70-F79)

F80.3 Aphasie acquise avec épilepsie [Landau-Kleffner]

Trouble dans lequel l'enfant, dont le langage s'est auparavant développé normalement, perd ses acquisitions de langage, à la fois sur le versant expressif et réceptif, tout en gardant une intelligence normale. La survenue du trouble s'accompagne d'anomalies paroxystiques à l'EEG et, dans la plupart des cas, de crises d'épilepsie. Le trouble apparaît habituellement entre trois et sept ans, avec perte du langage en quelques jours ou quelques semaines. La succession dans le temps, entre le début des crises épileptiques et la perte du langage, est assez variable, l'une des deux manifestations précédant l'autre (ou inversement) de quelques mois à deux ans. Ce trouble pourrait être dû à un processus encéphalitique inflammatoire. Dans environ deux tiers des cas, les sujets gardent un déficit plus ou moins important du langage (de type réceptif).

Excl. : aphasie (due à) :

- SAI (R47.1)
- autisme (F84.0-F84.1)
- troubles désintégratifs de l'enfance (F84.2-F84.3)

F80.8 Autres troubles du développement de la parole et du langage

Zézaiement

F80.9 Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision

Trouble du langage SAI

F81 Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires

Troubles dans lesquels les modalités habituelles d'apprentissage sont altérées dès les premières étapes du développement. L'altération n'est pas seulement la conséquence d'un manque d'occasions d'apprentissage ou d'un retard mental et elle n'est pas due à un traumatisme cérébral ou à une atteinte cérébrale acquise.

F81.0 Trouble spécifique de la lecture

La caractéristique essentielle est une altération spécifique et significative de l'acquisition de la lecture, non imputable exclusivement à un âge mental bas, à des troubles de l'acuité visuelle ou à une scolarisation inadéquate. Les capacités de compréhension de la lecture, la reconnaissance des mots, la lecture orale et les performances dans les tâches nécessitant la lecture, peuvent, toutes, être atteintes. Le trouble spécifique de la lecture s'accompagne fréquemment de difficultés en orthographe, persistant souvent à l'adolescence, même quand l'enfant a pu faire quelques progrès en lecture. Les enfants présentant un trouble spécifique de la lecture ont souvent des antécédents de troubles de la parole ou du langage. Le trouble s'accompagne souvent de troubles émotionnels et de perturbations du comportement pendant l'âge scolaire.

Dyslexie de développement

Retard spécifique de lecture

Excl. :

- alexie SAI (R48.0)
- difficultés de lecture secondaires à des troubles émotionnels (F93.-)
- dyslexie SAI (R48.0)

F81.1 Trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe

La caractéristique essentielle est une altération spécifique et significative du développement des performances en orthographe, en l'absence d'antécédents d'un trouble spécifique de la lecture et non imputable à un âge mental bas, à des troubles de l'acuité visuelle, ou à une scolarisation inadéquate. Les capacités à épeler oralement et à écrire correctement les mots sont toutes deux affectées.

Retard spécifique de l'orthographe (sans trouble de la lecture)

Excl. :

- agraphie SAI (R48.8)
- difficultés d'orthographe :
  - associées à un trouble de la lecture (F81.0)
  - dues à un enseignement inadéquat (Z55.8)

F81.2 Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique

Altération spécifique des performances en arithmétique, non imputable exclusivement à un retard mental global ou à une scolarisation inadéquate. L'altération concerne la maîtrise des éléments de base du calcul : addition, soustraction, multiplication et division (c'est-à-dire, n'est pas limitée aux capacités mathématiques plus abstraites impliquées dans l'algèbre, la trigonométrie, la géométrie ou le calcul différentiel et intégral).

Acalculie de développement

Syndrome de Gerstmann

Trouble de l'acquisition de l'arithmétique

Excl. :

- acalculie SAI (R48.8)
- difficultés en arithmétique :
  - associées à un trouble de la lecture ou de l'orthographe (F81.3)
  - dues à un enseignement inadéquat (Z55.8)

F81.3 Trouble mixte des acquisitions scolaires

Catégorie résiduelle mal définie de troubles dans lesquels il existe à la fois une altération significative du calcul et de la lecture ou de l'orthographe, non imputable exclusivement à un retard mental global ou une scolarisation inadéquate. Cette catégorie doit être utilisée pour des troubles répondant à la fois aux critères de F81.2 et de F81.0 ou de F81.1.

Excl. : trouble spécifique de l'acquisition de :

- arithmétique (F81.2)
- lecture (F81.0)
- orthographe (F81.1)

F81.8 Autres troubles du développement des acquisitions scolaires

Trouble de l'acquisition de l'expression écrite

F81.9 Trouble du développement des acquisitions scolaires, sans précision

Incapacité (de) :

- apprentissage SAI
- concernant l'acquisition des connaissances SAI

Trouble de l'apprentissage SAI

F82 Trouble spécifique du développement moteur

Altération sévère du développement de la coordination motrice, non imputable exclusivement à un retard mental global ou à une affection neurologique spécifique, congénitale ou acquise. Dans la plupart des cas, un examen clinique détaillé permet toutefois de mettre en évidence des signes traduisant une immaturité significative du développement neurologique, par exemple des mouvements choréiformes des membres, des syncinésies d'imitation, et d'autres signes moteurs associés, ainsi que des perturbations de la coordination motrice fine et globale.

Inclus :

- Débilité motrice de l'enfant
- Dyspraxie de développement
- Trouble de l'acquisition de la coordination

Excl. :

- anomalies de la démarche et de la motilité (R26.-)
- manque de coordination (R27.-)
  - secondaire à un retard mental (F70-F79)

F83 Troubles spécifiques mixtes du développement

Catégorie résiduelle de troubles, dans lesquels il existe à la fois des signes d'un trouble spécifique du développement, de la parole et du langage, des acquisitions scolaires et des fonctions motrices, mais sans qu'aucun de ces éléments ne prédomine suffisamment pour constituer le diagnostic principal. Cette catégorie, mixte, doit être réservée à des cas où il existe un chevauchement important de chacun de ces troubles spécifiques du développement. Ces troubles s'accompagnent habituellement, mais pas toujours, d'un certain degré d'altération des fonctions cognitives. Cette catégorie doit ainsi être utilisée pour des perturbations répondant aux critères d'au moins deux des catégories F80.-, F81.- et F82.

Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98)

F90 Troubles hyperkinétiques

Groupe de troubles caractérisés par un début précoce (habituellement au cours des cinq premières années de la vie), un manque de persévérance dans les activités qui exigent une participation cognitive et une tendance à passer d'une activité à l'autre sans en finir aucune, associés à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive. Les troubles peuvent s'accompagner d'autres anomalies. Les enfants hyperkinétiques sont souvent imprudents et impulsifs, sujets aux accidents, et ont souvent des problèmes avec la discipline à cause d'un manque de respect des règles, résultat d'une absence de réflexion plus que d'une opposition délibérée. Leurs relations avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue. Ils sont mal acceptés par les autres enfants et peuvent devenir socialement isolés. Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi.

Excl. :

schizophrénie (F20.-)

troubles (de) :

- anxieux (F41.-)
- envahissants du développement (F84.-)
- humeur (F30-F39)

F90.0 Perturbation de l'activité et de l'attention

Altération de l'attention :

- syndrome avec hyperactivité
- trouble avec hyperactivité

Excl. : trouble hyperkinétique associé à un trouble des conduites (F90.1)

F90.1 Trouble hyperkinétique et trouble des conduites

Trouble hyperkinétique associé à un trouble des conduites

F90.8 Autres troubles hyperkinétiques

F90.9 Trouble hyperkinétique, sans précision

Réaction hyperkinétique de l'enfance ou de l'adolescence SAI

Syndrome hyperkinétique SAI

Annexe 3 – Tableau de correspondance des classifications internationales : DSM-5 et CIM-10

Ce tableau présente une proposition d'élaboration d'une correspondance des classifications internationales pour une définition des troubles communément appelés en France troubles Dys, faite par Franck RAMUS[48], directeur de recherche au CNRS.

Les troubles Dys sont des troubles cognitifs spécifiques : ils affectent une ou plusieurs fonctions cognitives, mais pas le fonctionnement cognitif global (déficience intellectuelle). Ce sont des troubles neuro-développementaux (terminologie DSM-5), c'est-à-dire des troubles qui traduisent une déviation/perturbation/un dysfonctionnement du développement du cerveau.

Ils incluent les troubles suivants :

DSM-5	CIM-10	Synonymes, acronymes usuels
Trouble du langage	F80.9 Trouble de l'acquisition du langage	Dysphasie
Trouble de l'articulation (*speech sound disorder*)	F80.0 Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation	Dyslalie, zézaiement
Trouble de la communication sociale	F80.89	Trouble sémantique/ pragmatique
Trouble spécifique des apprentissages • Avec difficultés en lecture • Avec difficultés dans l'expression écrite • Avec difficultés en mathématiques	F81 Trouble spécifique du développement des acquisitions scolaires • F81.0 Trouble spécifique de la lecture • F81.81 Trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe • F81.2 Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique	• Dyslexie • Dysorthographie • Dyscalculie
Trouble de l'acquisition de la coordination	F82 Trouble spécifique du développement moteur	Dyspraxie, inclus la dysgraphie
Trouble déficit de l'attention/ hyperactivité	F90 Trouble hyperkinétique	TDAH

48 Franck RAMUS est docteur en sciences cognitives de l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), chargé de recherches au CNRS et membre du comité scientifique de la FFDys. Il mène des recherches en psychologie et en neurosciences sur le développement cognitif et cérébral de l'enfant et sur les causes de troubles comme la dyslexie, le trouble du langage ou l'autisme.

Annexe 4 – L'examen psychologique et la variété de ses outils[49]

Définition, portée et objectifs

L'examen psychologique de l'enfant est une méthode d'exploration complète de son fonctionnement psychique. Il repose sur l'utilisation raisonnée d'outils d'exploration, dont l'entretien, qui mobilisent non seulement les aspects cognitifs (langage, motricité, cognition spatiale, attention/concentration), mais aussi les composantes émotionnelles, relationnelles, le registre de l'imaginaire et de la personnalité.

Souvent décrit comme « pierre angulaire du parcours de soin », l'examen psychologique ne vise pas seulement la mise en évidence des fragilités, des limites ou des déficits, mais aussi celle des ressources internes et externes de l'enfant, ses forces, ses atouts, ses points d'ancrage et ses capacités à bénéficier des aides.

Sa portée et son utilité débordent donc très largement la seule question du QI (concept mal compris) et nécessitent dans la majorité des cas l'utilisation de plusieurs outils que le psychologue choisira au cas par cas selon les besoins de l'évaluation.

L'examen psychologique est une étape indispensable si l'on souhaite évaluer le développement cognitif global d'un enfant, établir un différentiel avec une hypothèse psychopathologique ou encore apprécier l'intrication de ses mouvements émotionnels et de ses capacités cognitives.

Une conférence de consensus sur l'examen psychologique de l'enfant

Entre 2008 et 2011, les principales associations de psychologues français (Fédération française des psychologues et de psychologie – FFPP, Association française des psychologues de l'Éducation nationale – AFPEN, Société française de psychologie – SFP, Association des conseillers d'orientation-psychologues de France – ACOP-F) ont conduit une conférence de consensus sur le thème de « l'examen psychologique de l'enfant et l'utilisation des mesures »[50].

Cette expertise collective a permis l'élaboration de trente-deux recommandations à destination des professionnels de l'enfance, des usagers et des acteurs de l'évaluation[51]. Renforçant les principes du Code de déontologie des psychologues (2012)[52] , elles sont réparties en cinq catégories :

- les compétences nécessaires pour réaliser un examen psychologique ;
- les critères d'acceptation de la demande ;
- le cadre de l'examen ;
- le choix des méthodes et les sources d'information ;
- l'interprétation des données et la formulation de recommandations.

On y apprend notamment que les résultats de l'examen psychologique et l'ensemble des informations utiles à la compréhension des besoins de l'enfant :

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

49 Par Léonard VANNETZEL, psychologue et membre du comité de relecture de ce guide.
50 *L'examen psychologique de l'enfant et l'utilisation des mesures.* VOYAZOPOULOS (R.), VANNETZEL (L.), EYNARD (L.A.), (coord.). Paris : Dunod, 2011, 472 p.
51 Accessible sur le site de l'APPEA : http://www.appea.org
52 Voir le site de la Commission nationale consultative de déontologie des psychologues : http://www.cncdp.fr

Les outils du psychologue

Pour mobiliser et saisir l'ensemble du fonctionnement psychique de l'enfant, il existe schématiquement deux grandes familles d'épreuves : les épreuves intellectuelles, cognitives ou du raisonnement et les épreuves dites projectives pour la mobilisation des registres émotionnels, affectifs, relationnels, de la structure et des traits de personnalité.

Les tests cognitifs/intellectuels (liste non exhaustive)

WISC-IV. Échelle d'intelligence de Wechsler pour les enfants et adolescents (quatrième version)

Particulièrement polyvalent et apprécié pour sa sensibilité clinique, le WISC-IV permet une exploration complète des fonctions cognitives de l'enfant âgé entre 6 ans et 16 ans 11 mois. D'une durée de passation entre 60 et 90 minutes, il mobilise :

- les capacités verbales de l'enfant – Indice de compréhension verbale (ICV) ;
- les aptitudes visuospatiales et perceptives – Indice de raisonnement perceptif (IRP) ;
- les fonctions attentionnelles et la mémorisation/manipulation mentale de données auditivo verbales – l'Indice de mémoire de travail (IMT) ;
- la rapidité et la précision de traitement visuographique – l'Indice de vitesse de traitement (IVT).

Avec l'ensemble des épreuves, le psychologue peut calculer un indice global – le Quotient intellectuel total (QIT). Ce dernier doit toujours être présenté au sein d'un intervalle de confiance.

WPPSI-III et WPPSI-IV. Échelle d'intelligence de Wechsler pour la période préscolaire et primaire (troisième et quatrième version)

Destinée aux jeunes enfants âgés de 2 ans 6 mois à 7 ans 7 mois, la passation de la WPPSI varie en fonction de l'âge du sujet entre 25 et 60 minutes[53].

Dans sa quatrième et dernière version, la WPPSI permet l'évaluation :

- du développement verbal de l'enfant – Échelle de compréhension verbale ;
- de ses capacités de raisonnement visuospatial – Échelle visuospatiale ;
- de son intelligence dite « fluide » – Échelle de raisonnement fluide ;
- de ses aptitudes à maintenir son attention et à manipuler mentalement des données auditivo verbales en mémoire de travail – Échelle de mémoire de travail ;
- de sa rapidité en contexte visuographique – Échelle de vitesse de traitement.

L'ensemble des épreuves permet de calculer un indice global qu'il convient toutefois d'interpréter avec de grandes précautions au regard de l'importante variabilité inter et intra individuelle propre au développement du jeune enfant.

La NEMI-2

Destinée aux enfants entre 4 ans et 12 ans, la NEMI-2 couvre globalement les mêmes aspects que le WISC-IV, mais de manière plus succincte et moins approfondie en termes psychométriques. Particulièrement appréciée pour sa souplesse, sa rapidité d'utilisation et sa pertinence clinique, la NEMI-2 permet d'évaluer :

- les connaissances culturelles de l'enfant et son développement verbal ;
- ses capacités attentionnelles et ses aptitudes en mémoire de travail ;
- ses capacités en logique visuelle ou intelligence « fluide » ;
- le développement cognitif global avec le calcul d'un indice d'efficience cognitive qui peut être calculé sous forme d'intervalle de confiance.

53 Les Éditions du Centre de psychologie appliquée (ECPA). 15, rue Henri Rol Tanguy, 93100 Montreuil. http://www.ecpa.fr

WNV. Échelle non verbale d'intelligence de Wechsler (D. WESCHSLER et J. NAGLIERI, 2009)

Cette échelle destinée à la mesure des compétences cognitives non verbales s'adresse à un public de 4 ans à 21 ans 11 mois. La passation peut durer entre 20 minutes (forme courte) et 45 minutes (forme longue). Elle s'adapte parfaitement aux enfants :

- de langue maternelle et/ou de culture différente ;
- présentant des troubles de l'audition, sourds ou malentendants ;
- des troubles envahissants du développement ;
- un retard mental léger ou modéré.

Le KABC-II. Kaufman Assessment Battery for Children, second edition (KAUFMAN, A. et KAUFMAN, N., 2008, ECPA)

Destiné aux enfants entre 3 ans et 12 ans, ce test peut être utilisé pour une approche très précise des capacités intellectuelles globales et des processus cognitifs/neuropsychologiques nécessaires pour les apprentissages académiques (mémorisation, fonctions exécutives, attention, processus séquentiels et simultanés).

Particulièrement adapté aux problématiques scolaires, il comporte un indice non verbal qui peut s'avérer très précieux en contexte de bilinguisme, de privation langagière, de mutisme ou d'autisme non verbal.

L'UDN-II. Utilisation du nombre, deuxième édition (MELJAC, C. et LEMMEL, G., 1999, ECPA)

Batterie d'examen de la pensée logique et du raisonnement logico-mathématique, cet outil permet d'observer et d'analyser de manière dynamique la pensée de l'enfant et son raisonnement en situation d'interaction avec l'adulte. Aussi raffiné dans sa conception que dans sa passation et dans son utilisation, l'UDN-II évalue notamment les capacités de l'enfant à s'approprier des aides dans différentes situations de raisonnement et d'expérimentation.

La Figure complexe de Rey (WALLON ET MESMIN, 2009, ECPA)

Souvent utilisé par d'autres professionnels que les psychologues, le test de la Figure de Rey se présente sous deux formes : une version A pour les plus jeunes enfants (entre 3 et 7 ans), une version B pour les enfants de plus de 7 ans.

L'enfant doit copier une figure géométrique complexe puis la reproduire de mémoire quelques minutes après. Le psychologue s'attache avant tout à la modalité de réalisation (qualitatif) puis à la qualité formelle (quantitatif). Très rapide d'utilisation et de cotation (15 minutes environ), sa polyvalence en fait un outil très pertinent pour l'examen :

- des capacités visuographospatiales de l'enfant et de sa rapidité de réalisation ;
- des fonctions exécutives en situation graphique (stratégie, planification, exécution, attention soutenue, mémorisation) ;
- des capacités mnésiques en situation graphomotrice .

Les outils pour l'examen de la personnalité et de la sphère émotionnelle (liste non exhaustive)

Les tests projectifs

On en distingue classiquement deux catégories : les projectifs thématiques (Patte-noire, CAT, TAT, FAT...) et les projectifs structuraux (par exemple le test de Rorschach). Ils permettent l'examen de la personnalité, des émotions, de l'imaginaire, des fragilités et des défenses psychiques. Ce type de tests se présente sous forme d'images plus ou moins figuratives qui mobilisent à dessein des mouvements émotionnels ciblés comme la tristesse, la solitude, l'agressivité, la rivalité, la dynamique familiale, les relations au sein de la fratrie, l'image du corps... Très subtils d'utilisation, ces outils nécessitent un sens clinique aiguisé et une solide connaissance théorique : l'interprétation des réponses de l'enfant se base sur l'analyse dynamique du discours, mais aussi sur les éléments infraverbaux observables dans le cadre de la relation avec le psychologue.

Dessins libres ou dessins sur demande (dessin de bonhomme, de famille, la dame de Fay…)

L'examen et l'analyse des dessins d'enfants constituent un champ spécifique de l'exploration psychologique : certes dépendant d'éléments socioculturels et scolaires, le dessin mobilise non seulement des aspects intellectuels et cognitifs complexes, mais aussi la sphère symbolique et le registre de l'imaginaire [54]. Aujourd'hui, le dessin n'est plus utilisé pour l'évaluation intellectuelle, mais reste actuel et pertinent pour l'examen de la dynamique émotionnelle, d'éventuels conflits intrapsychiques, de l'image de soi, des ressources affectives…

Les questionnaires et grilles d'enquête

À destination de l'enfant, mais aussi dans certains cas de ses parents ou enseignants, l'utilisation de questionnaires fait partie des pratiques d'évaluation psychologiques. Ces outils très variés et souvent adaptés de l'anglo-saxon permettent par recoupement d'algorithmes de déduire des indices concernant l'anxiété (par exemple, RCMAS), l'estime de soi, les aspects dépressifs (par exemple, CDI), la qualité de l'attachement, le comportement global (par exemple, CBCL)…

L'observation, l'entretien (dont anamnèse) et le jeu

Parfois basés sur des grilles ou des inventaires standardisés, l'observation, l'entretien avec l'enfant et/ou sa famille, les jeux (libres ou structurés) sont autant d'outils que le psychologue peut ajuster selon les besoins du cadre et de la situation. Ils permettent notamment d'évaluer la qualité des interactions, des relations, l'autonomie, la capacité de l'enfant à respecter des règles (de jeu, de conversation, d'alternance…), à tenir compte de contraintes, de limites…

54 *Comprendre et interpréter les dessins d'enfants*, COGNET (G.). Paris : Dunod, 2011.

Annexe 5 – Le bilan orthophonique et ses outils[55]

Le bilan orthophonique est la clé de voûte de l'intervention orthophonique

Avant toute intervention thérapeutique, le bilan orthophonique a pour but d'établir un état de la situation d'un patient à un moment donné et une évaluation préalable de ses capacités/incapacités, qui décideront de l'intervention auprès de ce patient. Le bilan orthophonique est un examen clinique et technique, centré sur le ou les domaines du trouble concernant la plainte du patient.

Le bilan orthophonique est un outil clinique de diagnostic orthophonique, de pronostic, de dépistage, de prévention et d'information. Il est pratiqué exclusivement par l'orthophoniste et ne peut être effectué que sur prescription médicale.

Il précise le type de trouble du langage, de communication, et sa gravité, en évaluant à la fois l'aspect expressif (phonologie, vocabulaire, morphosyntaxe et récit), réceptif (perception et compréhension) et pragmatique (emploi du langage dans les interactions sociales et familiales). Des épreuves étalonnées dans la population générale permettent la réalisation de ces bilans orthophoniques.

Le bilan orthophonique permet de préciser les déficits et leurs domaines, les potentialités conservées, la répercussion du trouble du langage et/ou de la communication et les potentialités d'évolution de l'enfant. Il précise les indications et modalités du traitement orthophonique.

Le bilan orthophonique fait l'objet d'un compte-rendu écrit, détaillé, argumenté et clairement explicité mentionnant les tests utilisés et leurs résultats.

Il consiste en :

- un entretien ;
- une anamnèse à recueillir ;
- des tests à appliquer, à analyser et à interpréter ;
- un diagnostic à poser ;
- un projet thérapeutique à proposer ;
- un compte-rendu écrit obligatoire à adresser au médecin.

Durant le bilan, l'entretien anamnestique est fondamental afin que les parents et l'enfant, s'il peut les exprimer lui-même, énoncent leur demande, leurs inquiétudes et les motifs de consultation.

L'orthophoniste est tenu au secret professionnel et seul un médecin peut être destinataire des conclusions. Les parents ont également accès à ce compte-rendu de bilan qui leur sera remis par l'orthophoniste en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Le diagnostic orthophonique peut être composé d'hypothèses, car des examens complémentaires peuvent être suggérés par l'orthophoniste : un bilan auditif, une évaluation de la vision, un bilan psychomoteur, un entretien psychologique… Les domaines explorés concernant le langage et la communication et permettent d'établir un profil linguistique, un profil de lecture, de la cognition mathématique… L'orthophonie s'attache en effet aux dimensions plurielles du concept de langage comme moyen d'expression, d'interaction et d'accès à la symbolisation dans toutes ses dimensions, notamment dans :

- ses dimensions linguistiques : préverbales, articulatoires, phonologiques, prosodiques, lexico-sémantiques, morphosyntaxiques, mais aussi habiletés discursives et pragmatiques ;

55 Par Françoise GARCIA, orthophoniste, vice-présidente chargée de la prévention de la Fédération nationale des orthophonistes et membre du comité de relecture de ce guide.

- ses dimensions cognitives dépendantes des fonctions mnésiques, des fonctions exécutives, du raisonnement, des ressources attentionnelles et des cognitions sociales ;
- ses dimensions psychoaffectives : le langage comme organisateur de la pensée et du psychisme ;
- ses dimensions sociales : le langage comme vecteur de la socialisation et repère d'identité culturelle.

Les outils de l'orthophoniste (liste non exhaustive)

Les orthophonistes peuvent utiliser des tests, des batteries étalonnées parmi lesquels on peut citer :

EVALO-bb (Françoise COQUET, Pierre FERRAND et Jacques ROUSTIT). Évaluation du développement du langage oral du jeune enfant à partir de 20 mois jusque 36 mois.

EVALO 2-6 (Françoise COQUET, Pierre FERRAND et Jacques ROUSTIT). Bilan du langage de l'enfant de 2 à 6 ans 3 mois.

ELO (Abdelhamid KHOMSI). Évaluation du langage oral.

Batterie Exalang 3-6 (Marie-Christel HELLOIN et Marie-Pierre THIBAULT). Batterie informatisée pour l'examen du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans.

Kikou 3-8 (Corinne BOUTARD et Magalie BOUCHET). Protocole d'évaluation compréhension syntaxique et narrative chez l'enfant de 3 à 8 ans 11 mois.

Batterie Exalang 5-8 (Marie-Christel HELLOIN, Bénédicte CROTEAU et Marie-Pierre THIBAULT). Batterie informatisée pour l'examen du langage oral et écrit chez l'enfant de 5 à 8 ans.

TCS (Christine MAEDER). Test de compréhension syntaxique de 8 ans à 15 ans.

L2MA-2 (Claude CHEVRIE-MULLER, Christelle MAILLART, Anne-Marie SIMON et Sylvie FOURNIER). Bilan complet du langage écrit et oral de 8 ans 6 mois à 10 ans 6 mois.

Batterie Exalang 8-11 (Marie-Christel HELLOIN, Marie-Pierre THIBAULT et Mickaël LENFANT). Bilan informatisé pour l'examen du langage et des compétences transversales chez l'enfant de 8 à 11 ans (ou scolarisé du CE2 au CM2).

TLOCC (Nicole MAURIN). Test de langage oral complexe pour collégiens.

PELEA (Corinne BOUTARD, Astrid GUILLON et Anne-Laure CHARLOIS). Protocole d'évaluation du langage élaboré de l'adolescent de 11 à 18 ans.

N-EEL (Claude CHEVRIE-MULLER et Monique PLAZA). Bilan complet du langage oral de l'enfant de 3 ans 7 mois à 8 ans 7 mois.

Batterie Exalang 11-15 (Marie-Christel HELLOIN, Marie-Pierre THIBAULT et Mickaël LENFANT). Batterie informatisée pour l'examen du langage oral, du langage écrit et des compétences transversales chez le collégien.

EVALAD (Catherine PECH-GEORGEL et Florence GEORGE). Évaluation du langage écrit et des compétences transversales. Adolescents de 1ère et de terminale ou adultes.

TEDIMATHS (Catherine VAN NIEUWENHOVEN, Jacques GRÉGOIRE et Marie-Pascale NOËL). Test diagnostique des compétences de base en mathématiques. Enfants de MSM au CE2.

ZAREKI-R (Michaël VON ASTER et Georges DELLATOLAS). Batterie pour l'évaluation du traitement des nombres et du calcul. Enfants de 6 à 11 ans (CP au CM2).

NUMERICAL (François GAILLARD). Traitement neurocognitif des nombres. Enfants (CE1 à CM1).

UDN II (Claire MELJAC et Gilles LEMMEL). Construction et utilisation du nombre. Enfants de 4 à 11 ans.

Annexe 6 – Le bilan ergothérapique et ses outils[56]

Le bilan ergothérapique

Le bilan ergothérapique, dans le cadre d'une évaluation pluridisciplinaire à visée diagnostique d'un trouble d'apprentissage, se compose habituellement d'un entretien avec l'enfant et ses parents, d'une évaluation avec des épreuves standardisées et de mises en situation dans des activités. L'évaluation porte sur le traitement de l'information et l'élaboration de réponses dans les domaines sensori-moteur, visuospatial, attentionnel-exécutif. Elle est réalisée au moyen d'épreuves récentes présentant des qualités psychométriques satisfaisantes et une normalisation récente afin de déterminer précisément dans quelle mesure les performances de l'enfant s'écartent de celles de ses pairs. Cette mesure quantitative des performances de l'enfant prend en compte les paramètres de précision et de rapidité. L'observation qualitative de l'enfant pendant la tâche permet de recueillir des informations essentielles pour comprendre les résultats obtenus (comportement moteur, adaptation à la tâche, processus cognitifs mis en jeu, attitude générale face à la tâche). Cette évaluation est réalisée selon les objectifs prédéfinis par le médecin prescripteur, avec différentes épreuves sollicitant, entre autres, les capacités et habiletés suivantes :

- exploration visuelle ;
- analyse visuospatiale ;
- représentation spatiale mentale ;
- praxies constructives et graphiques ;
- planification motrice ;
- praxies gestuelles ;
- coordination visuomotrice et bilatérale des membres supérieurs ;
- dextérité fine et manuelle ;
- graphisme ou écriture manuelle ;
- utilisation des outils scolaires.

Ses outils (liste non exhaustive)

Les outils d'évaluation susceptibles de correspondre aux critères énoncés ci-dessus sont entre autres :

Les épreuves du domaine sensori-moteur de la Nepsy 2 qui mesurent la dextérité, la coordination visuomotrice, les praxies gestuelles (imitation de positions) et les séquences motrices manuelles.

Le domaine visuospatial de la Nepsy 2 mesurant la perception visuospatiale, la perception visuelle, les praxies constructives en 3D et 2D (cubes et copie de formes géométriques) et le repérage visuospatial.

Le domaine attentionnel-exécutif mesure les processus attentionnels et exécutifs, dont l'inhibition, la planification, la flexibilité et l'attention sélective auditive.

Le BHK et BHK collège : outils diagnostic de dysgraphie mesurant la vitesse d'écriture manuelle en situation de copie et la qualité de la production.

Test des Voitures mesurant l'exploration visuelle.

Le Repérage topologique et directionnel (RTD), communément appelé « Points et Barres » mesurant les perceptions spatiales.

56 Par Valérie BARRAY, ergothérapeute au centre de référence de Garches, membre du comité scientifique de la FFDys.

Le *Purdue pegboard test* mesurant la dextérité digitale et manuelle.

Le *Block Taping Test* ou cubes de Corsi mesurant la mémoire visuospatiale.

La Mhavie enfants qui évalue exhaustivement les difficultés en vie quotidienne.

Différentes grilles d'évaluation de l'autonomie scolaire et/ou vie quotidienne.

Dans le décours de cette évaluation, par l'observation lors de mises en situation dans le milieu de vie habituel de l'enfant ou de manière plus standardisée avec les outils appropriés, l'ergothérapeute réalise aussi une analyse approfondie du déroulement de l'activité. Cette analyse peut porter sur l'ensemble des activités réalisées par l'enfant dans sa journée ou se focaliser spécifiquement sur l'une ou certaines d'entre elles, en contexte de vie quotidienne ou en milieu scolaire. La conclusion de cette analyse met en avant les limitations au déroulement des activités et les restrictions de participation dans la vie sociale de l'enfant, mais aussi les bonnes compétences de l'enfant sur lesquelles l'ergothérapeute pourra s'appuyer.

Annexe 7 – L'examen psychomoteur[57]

L'examen psychomoteur a pour cible la motricité en relation avec les milieux social et physique. Il évalue le développement des différentes habiletés psychomotrices ainsi que les processus impliqués dans les troubles psychomoteurs, notamment le trouble de l'acquisition de la coordination (TAC) ou dyspraxie de développement et le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H), et ce à différents âges de la vie. Il mesure aussi les atteintes de la motricité intentionnelle présentes dans les troubles des apprentissages et de la communication. L'examen comporte un entretien, un temps d'observation de l'activité spontanée de l'enfant et des mises en situation standardisées.

Les différents tests et échelles utilisés possèdent de bonnes qualités psychométriques (fidélité, validité, sensibilité) et sont étalonnés sur une population française. Ils concernent principalement les fonctions posturales et d'équilibration, les habiletés locomotrices, les coordinations générales, la dextérité manuelle et digitale, les praxies visuoconstructives et gestuelles, la connaissance et l'utilisation des notions spatiales élémentaires, la dominance latérale des membres supérieurs, l'écriture et le tonus. Des tests plus spécifiques s'adressent aux processus attentionnels et aux fonctions exécutives, aux gnosies digitales, à l'orientation dans l'espace locomoteur et aux communications non verbales.

L'examen psychomoteur s'insère dans une approche interdisciplinaire et constitue un élément indispensable du diagnostic et du suivi des troubles des apprentissages et du développement.

57 Par Jean-Michel ALBARET, directeur de l'Institut de formation en psychomotricité, université Toulouse III – Paul Sabatier.

Annexe 8 – Références

Bibliographie

Les troubles spécifiques des apprentissages. Académie de Versailles. Versailles : Académie de Versailles, novembre 2006, « Dossier EPLE », 32 p.

Actualité sociales hebdomadaires, n°2761. 25 mai 2012.

Éclairer les pratiques d'attribution de RQTH. Agence nationale des solidarités actives (ANSA). Étude en cours cofinancée par la CNSA, finalisation et diffusion prévue en juin 2015.

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (de l'anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). 5e éd. Association américaine de psychiatrie, mai 2013.

La scolarisation des enfants handicapés. BLANC (P.). 2011, 64 p.

Troubles « dys » de l'enfant. Guide ressources pour les parents. BROUSSOULOUX (S.), CAPUANO-DELESTRE (V.), GILBERT (P.), LEFEUVRE (B.), LEFÈVRE (F.), URCUN (J.M.). Saint-Denis : INPES, 2009, 56 p.
http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1276.pdf

Histoire 2 comprendre les DYS. CECCHI-TENERINI (R.), (Dr), IGAS et Fédération française des Dys. Journée nationale des Dys, 2008, 12 p.

Consensus régional formalisé sur la dyspraxie développementale. CHABLOZ (C.), DARGENT (S.), JOMAIN-GUEDEL (V.), MARIGNIER (S.), MONGE (A.), SÉRAPHIN (O.), DESCOTES (A.). In : ANAE Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant vol. 23, t. I, n°111, 2011.

La dyslexie. Fiche générale : *Troubles spécifiques des apprentissages*. CHRU de Besançon et académie de Besançon. 2011.

Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE), Direction générale de la santé (DGS – coord.), Paris : CNNSE, 2013, « Collection CCNSE », 27 p.

Compensation. CNSA. Paris : CNSA, 2009, « Mots-clés de l'aide à l'autonomie », 7 p.

Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées. CNSA. Paris : CNSA, 2013, « Dossier technique », 86 p.

Le GEVA. Évaluer les besoins de compensation. CNSA. Paris : CNSA, 2012, « Les Cahiers pédagogiques de la CNSA », 13 p.

L'éligibilité à la PCH. Ce qu'il faut savoir sur la cotation des capacités fonctionnelles. CNSA. Paris : CNSA, 2013, « Les Cahiers pédagogiques de la CNSA », 19 p.

L'évolution du langage de l'enfant. De la difficulté au trouble. Guide ressources pour les professionnels. DELAHAIE (M.). Saint-Denis : INPES, 2009, 88 p.

Auxiliaire de vie scolaire (AVS). Guide pratique à destination des AVS, des établissements scolaires et des familles. ASH 94, s. d.

Contribution à la définition, à la description et à la classification des handicaps cognitifs. Novembre 2011, 89 p. Disponible notamment sur le site de la FFDys : http://www.ffdys.com/wp-content/uploads/2012/09/Handicap-cognitif-version-2011-11.pdf

Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. DELLATOLAS (G.), VALLÉE (L.). Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2005, 129.

L'examen psychologique de l'enfant et l'utilisation des mesures. VOYAZOPOULOS (R.), VANNETZEL (L.), EYNARD (L.A.), (coord.). Paris : Dunod, 2011, 472 p.

Histoires 2 comprendre les Dys en entreprise. FFDys, s. d., 13 p.
Disponible sur le site de la FFDys : http://www.ffdys.com/documentation/histoires2comprendre-les-dys.htm

Réussir son orientation et sa vie professionnelle quand on est Dys. FFDys. Paris : Éditions Belin, à paraître.

Dyslexie, dysorthographie, dyscalculie : bilan des données scientifiques. INSERM. Paris : Éditions INSERM, 2007, « Expertise collective », 842 p.

Scolarisation des enfants handicapés. Les AVS, c'est pas automatique. VIGAN (E.). In : Le Journal de l'action sociale n° 160, octobre 2011. Tiré à part en collaboration avec la CNSA.

100 idées pour aider les élèves dyspraxiques. KIRBY (A.), PETERS (L.). Paris : Éditions Tom Pousse, 2010, 202 p.

Scolariser les enfants présentant des troubles des apprentissages (TSA). Ministère de l'Éducation nationale. Paris : ministère de l'Éducation nationale, août 2012, 18 p.

Scolariser les élèves handicapés. Ministère de l'Éducation nationale, Direction générale de l'enseignement scolaire. Paris : Centre national de documentation pédagogique, 2013, « Collection Repères Handicap », 47 p.

De l'intégration à l'inclusion, la spécificité française. In : Université d'automne – Le système scolaire français et les élèves à besoins éducatifs particuliers. Ministère de l'Éducation nationale, 2003, « Dossier Eduscol ».
http://eduscol.education.fr/

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM). 10e révision. OMS. 2008.
Disponible sur http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F80-F89
et http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F90-F98

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). OMS. 2001.

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Version pour enfants et adolescents (CIF-EA). OMS. 2007.

Intégration ou inclusion ? Éléments pour contribuer au débat. PLAISANCE (E.), BELMONT (B.), VERILLON (A.), SCHNDER (C.) In : La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation n° 37, 1er trimestre 2007, 159-164 p.
http://www.ecolepourtous.education.fr/fileadmin/pdf/INSHEA_Plaisance.pdf

Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de 5 ans. Guide pratique. Société française de pédiatrie. Paris : Société française de pédiatrie, Direction générale de la santé, avril 2009, 27 p.

Caractéristiques de la dysgraphie ou du trouble de l'apprentissage de la graphomotricité (TAG) au collège. SOPPELSA (R.), ALBARET (J.M.). In : ANAE Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant vol. 26, t. I, n° 128, 2014, p. 53-58.

ADHD with Language and/or Learning Disorders in Children and Adolescents. TANNOCK (R.), BROWN (T.E.). In : ADHD Comorbidities : Handbook for ADHD Complications in Children and Adults. Washington, DC : American Psychiatric Press, 2009, p. 189-231.

Textes réglementaires

Bulletin officiel du ministère de l'Éducation nationale et du ministère de la Recherche. N° 41, 8 novembre 2011.

Circulaire n° 2001-061 du 5 avril 2001. Financement de matériels pédagogiques adaptés au bénéfice d'élèves présentant des déficiences sensorielles ou motrices.

Circulaire n° 2003-93 du 11 juin 2003. Assistants d'éducation et auxiliaires de vie scolaire. Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003. Accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Circulaire DESCO et DGAS-3C 2004-157 du 29 mars 2004 relative à l'application, pour les personnes atteintes de troubles des apprentissages du langage oral ou écrit, du guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, chapitre IV, section II.

Circulaire n° 2006-126 du 17 août 2006. Mise en œuvre et suivi du projet personnalisé de scolarisation.

Circulaire n° 2006-138 du 25 août 2006. Programmes personnalisés de réussite éducative. Mise en œuvre des PPRE à l'école et au collège.

Circulaire n° 2011-220 du 27 décembre 2011. Examens et concours de l'enseignement scolaire et de l'enseignement supérieur : organisation pour les candidats présentant un handicap.

Circulaire n° 2009-087 du 17 juillet 2009. Scolarisation des élèves handicapés à l'école primaire ; actualisation de l'organisation des classes pour l'inclusion scolaire (CLIS).

Circulaire n° 2010-088 du 18 juin 2010. Scolarisation des élèves handicapés. Dispositif collectif au sein d'un établissement du second degré.

Circulaire n° 2010-139 du 31 août 2010. Élèves handicapés. Mission d'accompagnement scolaire effectuée par des personnels employés par des associations.

Décret n °2007-1574 du 6 novembre 2007 modifiant l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles établissant le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

Décret n° 2012-903 du 23 juillet 2012 relatif à l'aide individuelle et à l'aide mutualisée apportées aux élèves handicapés.

Sitographie, pour aller plus loin

Fédération française des Dys : http://www.ffdys.com/

Fédération nationale des orthophonistes : http://www.orthophonistes.fr/

HyperSupers – TDAH France : http://www.tdah-france.fr/

Association francophone de psychologie et psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : http://www.appea.org/

ANAE – Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant : http://www.anae-revue.com/

Collectif interassociatif autour de la naissance : http://ciane.net/blog/

Association française de pédiatrie ambulatoire : http://www.afpa.org/

Les troubles « dys » (INPES – 28 juillet 2010) : http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/troubles_langage/index.asp

Dossier « Langage » (ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes) :

Dyslexie et dysorthographie (Integrascol – 20 janvier 2012) : http://www.integrascol.fr/fichemaladie.php?id=50

Aider les élèves souffrant de troubles des apprentissages. Un site de ressources pour les enseignants et les parents d'enfants « dys » : http://blog.crdp-versailles.fr/ressourcesdysgarches/index.php/ et plus spécifiquement sur ce même site : http://blog.crdp-versailles.fr/ressourcesdysgarches/index.php/category/RESSOURCES-POUR-L-ENSEIGNANT

Les Éditions du Centre de psychologie appliquée : http://www.ecpa.fr/support-technique.asp

Mentor vous permet de consulter les références des textes parus au Bulletin officiel (BO) ou au Journal officiel (JO) après 1987 ainsi que l'intégralité des textes eux-mêmes s'ils sont postérieurs à juillet 1998 pour le BO et à juillet 2003 pour le JO (ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche) : http://mentor.adc.education.fr

Le Bulletin officiel de l'Éducation nationale : http://www.education.gouv.fr/bo

Portail national d'information et d'accompagnement des professionnels de l'éducation – enseignants, personnels d'éducation, personnels de direction, corps d'inspection : http://eduscol.education.fr

Guide Handicap et formation (AGEFIPH – 2009) : http://www.handipole.org/IMG/pdf/Agefiph_Handicap_et_Formation.pdf

Site du laboratoire Cogni-sciences (IUFM de Grenoble) : il recense et propose des OUTILS élaborés par ce laboratoire, par l'académie de Grenoble, Montpellier et Rennes, le LPE UMR CNRS de l'UPMF de Grenoble, le département de psychologie de l'université Rennes 2 et le centre de référence des troubles des apprentissages du CHU de Grenoble et de Montpellier : http://www.cognisciences.com/article.php3?id_article=42

Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents handicapés (ministère de l'Éducation nationale, MAIF – 2011) : http://media.education.gouv.fr/file/60/6/20606.pdf

Imprimeur : Imprimerie de La Centrale 62302 Lens cedex
Date d'achèvement du tirage : décembre 2014
Dépôt légal : décembre 2014

www.cnsa.fr

CNSA
66, avenue du Maine
75682 Paris cedex 14
Tél. : 01 53 91 28 00
contact@cnsa.fr

CNSA
Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie

Conception-réalisation : comfluence