

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par

Raphaëlle de COQUEREAUMONT

soutenu publiquement en juin 2021

Parcours médico-scolaires des enfants TSLE diagnostiqués au CRDTA de Lille

MEMOIRE dirigé par
Émilie AYROLE, orthophoniste, CRDTA, Lille
Loïc GAMOT, orthophoniste, CRDTA, Lille

Lille – 2021

Remerciements

Je remercie chaleureusement mes directeurs de mémoire Madame Ayrole et Monsieur Gamot, pour leur patience, leur disponibilité et leur accompagnement tout au long de ce travail. Vos conseils m'ont permis de réaliser sereinement ce projet.

Merci à Tiffany pour les échanges et partages enrichissants.

Merci aux différentes maîtres de stage qui m'ont accueillie au cours de ma formation, et dont les conseils ont contribué à l'enrichir.

Merci à Hélène d'avoir suivi de près cette folle aventure, et à Huguette pour tes relectures.

Merci à ma famille pour son soutien.

Enfin, un grand merci à Priscille, Marie, Claire, Anne-Sophie, Aliénor, Astrid, Sixtine, Marie-Stella et Laure pour ces 5 belles années passées à vos côtés.

Résumé :

Le Trouble Spécifique du Langage Écrit (TSLE) est un trouble neurobiologique, à l'origine de difficultés d'acquisition de la lecture, écriture, orthographe, et compréhension écrite. Il peut survenir en association avec un trouble attentionnel, du graphisme, de la coordination motrice, de la cognition mathématique, ou du comportement. Afin de limiter les conséquences de ce trouble sur leur réussite scolaire et professionnelle, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande l'inscription des enfants diagnostiqués TSLE dans un parcours de soin, dans lequel ils bénéficieront de prises en charge médicales et paramédicales, ainsi que d'aménagements scolaires. L'objectif de cette étude est de dresser un état des lieux de ces parcours au moment du passage des enfants au Centre Régional des Troubles des Apprentissages de Lille (CRDTA). Nous avons pour cela sélectionné une population de 68 patients dans la base de données du Centre, et consulté leurs courriers médicaux afin d'extraire les informations concernant leurs parcours médico-scolaire avant leur visite. Nous avons ainsi constaté que les enfants entrent précocement dans un parcours de soins, et que les dispositifs médicaux et scolaires mis en œuvre antérieurement au bilan au CRDTA sont régulièrement repris par le neuropédiatre dans ses préconisations, ce qui semble attester de leur cohérence. De plus, cette étude vise à améliorer la collecte d'informations au moment de l'évaluation au CRDTA, en étudiant et analysant les courriers médicaux rédigés à l'issue de l'évaluation des enfants, et en soulignant les données qui y étaient absentes, et qui nous semblaient importantes pour retracer leurs parcours médico-scolaires.

Mots-clés :

Trouble spécifique du Langage Écrit, CRTLA, parcours de soins, prise en charge, aménagements pédagogiques

Abstract:

Specific Language Impairment (SLI) is a neurobiological disorder, which causes difficulties in the acquisition of reading, writing, spelling, and reading comprehension. It can occur in association with attentional, graphic, motor coordination, mathematical cognition, or behavioural disorders. In order to limit the consequences of this disorder on their academic and professional success, the French National Authority for Health (HAS) recommends that children diagnosed with TSLE be enrolled in a treatment programme, in which they will benefit from medical and paramedical care, as well as school accommodations. The aim of this study is to draw up an inventory of these pathways at the time of the children's visit to the Regional Centre for Learning Disabilities in Lille (CRDTA). We selected a population of 68 patients from the Centre's database and consulted their medical correspondence in order to extract information concerning their medical and schooling history before their visit. We thus found that the children entered the care pathway at an early stage, and that the medical and schooling measures implemented prior to the assessment at the CRDTA were regularly taken up by the neuropaediatrician in his recommendations, which seems to attest to their consistency. In addition, this study aims to improve the collection of information at the time of the assessment at the CRDTA, by studying and analysing the medical letters written at the end of the children's assessment,

and by highlighting the data that were missing and that seemed important to us in order to retrace their medical and schooling pathways.

Keywords :

Specific Written Language Disorder, CRDTA, care pathway, medical care, educational facilities

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et objectifs	1
Le Trouble Spécifique du Langage Écrit (TSLE)	1
.1.1. Terminologies	1
.1.2. Critères diagnostiques	2
.1.2.1. Critères diagnostiques issus des classifications internationales.....	2
.1.2.2. Critères diagnostiques issus de la littérature	2
.1.3. Signes cliniques.....	3
.1.4. Troubles associés	3
.1.4.1. Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).....	3
.1.4.2. Les troubles de la cognition mathématique.....	3
.1.4.3. Les troubles comportementaux et émotionnels.....	4
.1.4.4. Le trouble d'acquisition de la coordination.....	4
.1.4.5. Le trouble de la réalisation du geste graphique.....	4
.1.5. Prévalence	4
.2. Recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant le parcours de soin des enfants TSLE.....	4
.2.1. Entrée dans le parcours de soins	5
.2.2. Organisation du parcours de soins	5
.3. Parcours médical des enfants TSLE.....	6
.3.1. Acteurs du parcours.....	6
.3.1.1. Bilan et prise en charge orthophonique.....	6
.3.1.2. Ergothérapie	6
.3.1.3. Psychomotricité.....	6
.3.1.4. Examen ORL et/ou orthoptique et/ou ophtalmologique	7
.3.1.5. Psychologie	7
.3.2. Lieux d'intervention.....	7
.4. Parcours scolaire des enfants TSLE	7
.4.1. Les aménagements pédagogiques	7
.4.1.1. La pédagogie différenciée et les aménagements spontanés	7
.4.1.2. L'aide humaine.....	7
.4.1.3. L'aide matérielle	8
.4.1.4. Le décloisonnement	8
.4.1.5. Le redoublement.....	8
.4.2. Les plans de scolarisation.....	8
.4.2.1. Le Plan Personnalisé de Réussite Éducative (PPRE).....	8
.4.2.2. Le Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP).....	8

.4.2.3. Le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS).....	9
.4.3. Autres types d'aides	9
.5. Les Centres Référents des Troubles du Langage et des Apprentissages.....	9
.5.1. Missions	9
.5.2. Spécificités du Centre Régional de Diagnostic des Troubles des Apprentissages (CRDTA) de Lille	10
Buts et objectifs	10
Méthode	11
.1. Population d'étude	11
.1.1. Sélection de la population	11
.1.1.1. Type de population.....	11
.1.1.2. Modalités de recrutement.....	11
.1.1.3. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	11
.1.1.4. Règles déontologiques et éthiques	12
.1.2. Description de la population	12
.1.2.1. Population retenue.....	12
.1.2.2. Caractéristiques de la population finale	12
.2. Matériel	13
.3. Procédure.....	13
.4. Traitement des données.....	13
Résultats	13
.1. Entrée dans le parcours de soins	13
.2. Parcours médicaux et paramédicaux avant le bilan au CRDTA	14
.2.1. Orthophonie.....	14
.2.2. Autres bilans réalisés.....	15
.3. Parcours scolaire avant le bilan au CRDTA.....	16
.4. Bilan pluridisciplinaire au CRDTA	19
.4.1. Orientation au CRDTA	19
.4.2. Éléments observés lors du bilan pluridisciplinaire.....	20
.4.3. Diagnostic du neuropédiatre.....	20
.5. Préconisation de solutions médicales et paramédicales du CRDTA.....	20
.6. Préconisations de solutions scolaires du CRDTA.....	22
Discussion	23
.1. Discussion des principaux résultats concernant les parcours médico-scolaires.....	23
.1.1. Éléments relatifs à l'entrée dans le parcours de soins	23
.1.2. Éléments relatifs aux parcours médicaux et paramédicaux	24
.1.3. Éléments relatifs aux parcours scolaires	25
.1.4. Éléments relatifs au diagnostic.....	26
.2. Discussion des intérêts cliniques de l'étude.....	27

.2.1. Concernant la description de la population	28
.2.2. Concernant le diagnostic médical	28
.2.3. Concernant le parcours médico-scolaire	28
.2.3.1. Concernant le parcours médical et paramédical.....	28
.2.3.2. Concernant le parcours scolaire	29
.3. Discussion des limites de l'étude	29
Conclusion.....	30
Bibliographie.....	1
Liste des annexes	1
Annexe n°1 : Grille d'analyse des parcours médico-scolaires des enfants de la population .	1
Annexe n°2 : Questionnaire d'entretien parental	1

Introduction

Le trouble spécifique du langage écrit (TSLE) est un trouble des apprentissages apparaissant au cours l'enfance, et qui perturbe l'acquisition de la lecture et de l'orthographe (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5, 2015). Ce trouble relève du handicap et peut altérer la scolarité des enfants qui en sont atteints. Ils ont alors besoin d'adaptations et de remédiations pour pallier leurs difficultés et bénéficier d'un parcours scolaire leur garantissant toutes leurs chances de réussite (BOEN n°30 du 25-08-2016). Pour poser un diagnostic de TSLE, un bilan établissant un profil du patient réalisé par un orthophoniste et au besoin complété par une équipe pluridisciplinaire est nécessaire. Dans les cas les plus complexes, un bilan dans un Centre Référent des Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTLA) peut être envisagé. Ce dernier a pour mission d'apporter son expertise diagnostique afin de préciser la nature, la spécificité et la sévérité du trouble, d'assurer le suivi et la coordination des soins et de participer à la mise en place d'adaptations scolaires, en lien avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), les médecins et psychologues de l'Éducation Nationale, et différentes associations (Ringard & Veber, 2001). Ces aménagements ont pour but de compenser les difficultés rencontrées, afin d'en minimiser les effets (CNNSE, 2013).

Cette étude a pour objectif d'obtenir une vue d'ensemble des parcours de soins d'un groupe d'enfants diagnostiqués TSLE en analysant leurs parcours médicaux, paramédicaux et scolaires au regard des courriers rédigés à la suite de leur évaluation au CRDTA (Centre Régional de Diagnostic des Troubles des Apprentissages) de Lille. En outre, cette étude nous permettra d'étudier la collecte de données au cours de l'entretien, en pointant les informations qui n'y figurent pas, en vue de retracer de manière la plus précise possible les parcours médico-scolaires des enfants.

Dans un premier temps, nous rappellerons le cadre théorique du trouble spécifique du langage écrit, avant d'effectuer une présentation des parcours de soins des enfants qui en sont atteints, et d'analyser leur parcours médical et scolaire. Puis nous présenterons les buts, objectifs et méthode de cette étude, avant de développer les résultats obtenus et de les analyser à la lumière des données théoriques exposées.

Contexte théorique, buts et objectifs

Le Trouble Spécifique du Langage Écrit (TSLE)

.1.1. Terminologies

La récente parution du DSM 5 (2015) permet de clarifier la notion de trouble spécifique des apprentissages dont fait partie le TSLE. Cet ouvrage de référence propose une typologie des troubles mentaux, dont font partie les troubles des apprentissages, en fonction des classifications des maladies proposées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le DSM5 (2015) développe donc quatre points que nous exposerons plus loin, et qui permettent de justifier la spécificité, c'est-à-dire l'origine primaire du trouble (Launay, 2018). Dans le domaine du langage écrit, les difficultés seraient dues à un déficit neurobiologique affectant la composante phonologique du langage (Lyon et al., 2003).

Lorsque le trouble spécifique des apprentissages est associé à un déficit en lecture et/ou en transcription, on parle alors de trouble spécifique du langage écrit (DSM5, 2015). La terminologie française emploie le terme « dyslexie » (Launay, 2018). D'après le DSM 5, le TSLE se manifeste par une lecture lente, inexacte et laborieuse, des difficultés d'orthographe, et de compréhension de lecture. Les enfants qui présentent ce type de trouble ont des résultats aux épreuves standardisées en dessous de la moyenne des enfants de leur âge, et leurs difficultés interfèrent avec la réussite scolaire (DSM 5, 2015).

.1.2. Critères diagnostiques

.1.2.1. Critères diagnostiques issus des classifications internationales

Le DSM 5 (2015) développe quatre critères permettant d'orienter le diagnostic vers un trouble spécifique des apprentissages.

Le premier (critère A) concerne la difficulté d'apprentissage qui doit persister depuis au moins six mois. Dans le domaine du langage écrit, cette difficulté se manifeste par une lecture de mots lente et inexacte, des difficultés de compréhension en lecture, des difficultés d'épellation et par une orthographe déficitaire. Le deuxième critère (critère B) précise que les compétences de l'enfant sont inférieures au niveau attendu pour des enfants de son âge à des épreuves standardisées. Ces performances altérées perturbent la réussite scolaire et professionnelle de l'enfant, ainsi que ses activités quotidiennes. Le troisième critère (critère C) spécifie que les difficultés se manifestent lorsque la demande dépasse les capacités cognitives de l'enfant. Enfin, le dernier critère (critère D) rappelle qu'aucune déficience intellectuelle, trouble sensoriel, désordre neurologique ou mental, pédagogie inadaptée ou environnement psychosocial inadéquat ne peut expliquer le trouble. En cas de trouble spécifique des apprentissages, le DSM 5 (2015) précise de spécifier le domaine déficitaire. En langage écrit, l'atteinte concerne donc la lecture et / ou l'expression écrite.

De son côté, la CIM 10 (2008), Classification Internationale des Maladies de l'OMS propose également des critères diagnostiques. Les résultats de l'enfant à des épreuves standardisées le situent à deux écarts-type en lecture et/ou en écriture en dessous de la moyenne des enfants du même âge. De plus, le trouble se manifeste dans le cadre d'une scolarisation normale, en l'absence de déficit sensoriel et intellectuel (QI supérieur ou égal à 70) et interfère avec les performances scolaires ainsi que les activités quotidiennes.

.1.2.2. Critères diagnostiques issus de la littérature

Les données issues de la littérature mentionnent trois types de critères permettant de caractériser les troubles spécifiques des apprentissages.

- *Notion de discordance* : Fletcher et al. (2004 ; cités dans INSERM, 2007) affirment que les performances intellectuelles générales du patient, évaluées via un test de QI et celles observées dans le domaine du trouble ne sont pas cohérentes.
- *Notion d'exclusion* : il s'agit ici des critères qui permettent d'affirmer la spécificité du TSLE. Les troubles ne peuvent être expliqués par un désordre sensoriel ou neurologique, une déficience intellectuelle, une scolarisation inadaptée, ou encore un trouble psychiatrique ou du comportement (INSERM, 2007).
- *Origine neurobiologique des troubles* : les difficultés rencontrées seraient dues à un désordre neuro-développemental d'origine biologique (Rutter, 1989).

.1.3. Signes cliniques

Les difficultés posées par le TSLE se retrouvent en modalité de lecture et/ou de transcription. L'enfant a du mal à acquérir et à automatiser les correspondances graphèmes-phonèmes et l'identification de mots écrits est perturbée (Ramus, 2012). Le codage, c'est-à-dire l'exactitude et la vitesse de lecture est également atteint, ainsi que les compétences orthographiques (Billard & Delteil-Pinton, 2010). Le déficit en lecture peut également avoir pour conséquence un trouble de la compréhension écrite (Lyon et al., 2003). L'atteinte touche aussi bien la composante phonologique que lexicale du langage écrit. Le profil dyslexique qui ressort le plus est donc celui d'une atteinte mixte des stratégies de lecture et d'écriture, avec toutefois une atteinte plus sévère au niveau de la procédure phonologique (Sprenger-Charolles & Colé, 2013).

Actuellement, les TSLE sont classés selon une échelle basée sur les retentissements des troubles. Ils sont gradués de légers à graves et varient en fonction de la sémiologie des troubles en elle-même, des ressources cognitives de l'enfant, de ses capacités de compensation, de la précocité du diagnostic et du degré d'intensité des retentissements du trouble. (DSM 5, 2015) Un trouble est considéré comme sévère s'il empêche l'enfant d'accéder au sens de la phrase ou du texte, et que ses difficultés se manifestent en orthographe au point de rendre ses productions illisibles (Billard & Delteil-Pinton, 2010). Par ailleurs, les conséquences fonctionnelles du trouble sont multiples, et ont des répercussions sur la réussite scolaire, l'orientation scolaire et professionnelle, ainsi que sur la santé mentale du patient (DSM 5).

.1.4. Troubles associés

La dyslexie, par son origine neuro-développementale et génétique, survient souvent en association avec d'autres pathologies (Huc-Chabrolle, Barthez, Tripi, Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2010).

.1.4.1. Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)

La comorbidité entre dyslexie et TDA/H est la plus fréquente. Elle concernerait 15 à 40% des enfants dyslexiques. L'origine de cette comorbidité serait génétique (Huc-Chabrolle & al., 2010). Il existerait en effet un lien bidirectionnel entre ces deux pathologies : le trouble déficitaire de l'attention provoquerait une diminution des capacités attentionnelles qui entraînerait une diminution des habiletés en lecture de l'enfant. Parallèlement, le trouble du langage écrit entraîne une augmentation de la charge cognitive, à l'origine de difficultés attentionnelles (INSERM, 2007).

.1.4.2. Les troubles de la cognition mathématique

Le trouble de la cognition mathématique est également fréquemment associé à la dyslexie. Il concernerait un quart des cas (Huc-Chabrolle & al., 2010). Cette comorbidité serait expliquée par des facteurs étiologiques d'origine génétique. Ces deux pathologies présentent des signes cliniques communs. D'une part on observe un trouble de la mémoire de travail, qui intervient dans le décodage des mots dans la dyslexie, et dans le déroulement de la chaîne numérique, le comptage et le transcoding dans le trouble de la cognition mathématique. De plus, on note dans ces deux pathologies un déficit de l'empan langagier et/ou numérique. D'autre part, on observe un déficit des représentations phonologiques, qui affectent les capacités de lecture, ainsi que certaines tâches mathématiques (Simmons & Singleton, 2008).

.1.4.3. Les troubles comportementaux et émotionnels

Les enfants présentant une dyslexie auraient un risque accru de développer un trouble anxieux ou un syndrome dépressif. Ces troubles peuvent être internalisés ou externalisés. En effet, les successions d'échecs auxquels les patients sont confrontés sont un terrain propice au développement d'une anxiété de performance. L'association de la dyslexie à une dépression serait également fréquente (Huc-Chabrolle & al., 2010).

.1.4.4. Le trouble d'acquisition de la coordination

Les enfants présentant un trouble d'acquisition de la coordination auraient plus fréquemment une association avec un trouble du langage écrit que les enfants tout venant. Cette comorbidité pourrait s'expliquer par la présence d'un déficit visuospatial dans ces deux pathologies. Par ailleurs, les enfants dyslexiques éprouvent davantage de difficultés à exécuter des activités motrices que les autres (Huc-Chabrolle & al., 2010).

.1.4.5. Le trouble de la réalisation du geste graphique

Le trouble de la réalisation du geste graphique est également fréquemment associé à la dyslexie (Huc-Chabrolle & al., 2010). En effet, un trouble du graphisme génère une importante charge cognitive empêchant le développement de l'orthographe. L'appétence pour l'écrit voire la scolarité en général est alors perturbée (Habib & Joly-Pottuz, 2008).

.1.5. Prévalence

La prévalence de la dyslexie est difficile à évaluer. En effet, les différentes définitions proposées, ainsi que la diversité des seuils de pathologie retenus et des outils d'évaluation existants contribuent à la variabilité des données épidémiologiques. De plus, la langue maternelle, le niveau socio-économique, ou encore le sexe du patient sont des facteurs qui influencent les données démographiques de la dyslexie (Habib, 2018). Toutefois, on observe une certaine homogénéité des données qui concordent entre 5 et 10% de prévalence.

A l'échelle internationale, les taux de prévalence de la dyslexie varient. En effet, dans les pays de langue anglophone comme aux États-Unis, la prévalence des troubles de la lecture varierait entre 5,3% et 11,8% (Katusic & al., 2001 dans INSERM 2007). L'étude NEURODYS, publiée en 2013 par un groupe de collaborateurs de différents pays de l'Union Européenne estimait qu'entre 5 et 10% des enfants d'âge scolaire, c'est-à-dire entre 8 et 12 ans étaient concernés par la dyslexie (Becker et al., 2014). Toutefois, le rapport de l'INSERM (2007) soulignait un manque de données épidémiologiques en France concernant la prévalence de ce type de trouble des apprentissages. Cependant, on peut estimer une prévalence entre 5 et 10 % pour Huc-Chabrolle et al. (2010), et entre 6 et 8% selon Habib (2018).

.2. Recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant le parcours de soin des enfants TSLE

Les enfants dyslexiques ont besoin d'aménagements et de moyens de compensation afin de limiter les conséquences du trouble sur leur activités de la vie quotidienne et leur réussite scolaire et professionnelle (BO n° 30 du 25-08-2016). Dans cette optique, un parcours de soin peut être proposé à ces enfants. Il a pour objectif de répondre à des enjeux d'accès au diagnostic, de leur permettre de bénéficier d'une prise en charge adaptée, d'accéder aux apprentissages, de limiter les situations de handicap, et de maintenir l'estime personnelle (HAS, 2017).

.2.1. Entrée dans le parcours de soins

L'entrée dans le parcours de soins se fait le plus souvent suite au repérage des difficultés par l'enseignant, le médecin de l'enfant, le médecin scolaire ou la famille (HAS, 2017). Différents signaux permettent d'alerter sur la présence de difficultés d'apprentissage du langage écrit. En CP, ils se manifestent par des difficultés de langage oral persistantes, une absence de mise en place des correspondances graphème-phonème, ou une absence d'entrée dans la lecture de syllabes (HAS, 2017). En CE1, une lecture lente et imprécise, une écriture illisible comprenant des erreurs phonétiques sont des signes d'alerte de difficultés de langage écrit (HAS, 2017). En CE2 et plus, un score insuffisant à un test étalonné de lecture et d'orthographe, des erreurs de déchiffrement persistantes, une lenteur en lecture, des difficultés de mémorisation de l'orthographe ou des règles de grammaires ainsi qu'un accès limité au sens du texte sont des éléments pouvant alerter de la présence d'un trouble du langage écrit (HAS, 2017).

Pour pallier ces difficultés de mise en place du langage écrit, les enseignants sont invités à proposer à l'enfant une pédagogie différenciée le plus précocement possible (HAS, 2017). Lorsque ces aménagements pédagogiques précoces se révèlent insuffisants, un parcours de soin est organisé autour de l'enfant afin de remédier à ses fonctions déficitaires, et de mettre en place des adaptations et des moyens de compensation (HAS, 2017).

.2.2. Organisation du parcours de soins

Ce parcours est organisé en trois niveaux en fonction du degré de difficultés de l'enfant. Le premier niveau concerne les situations dites « simples », c'est-à-dire lorsque la symptomatologie fait clairement ressortir un trouble spécifique des apprentissages. Différents acteurs sont alors mobilisés. D'une part le médecin de l'enfant, qui a la responsabilité du parcours de soin, et qui oriente vers différents professionnels de santé. Les autres acteurs du parcours sont l'orthophoniste ou un autre rééducateur en fonction du trouble, et le psychologue. Ils ont pour mission la mise en œuvre des rééducations demandées par le médecin, ainsi que la contextualisation du trouble, grâce à leurs différentes évaluations (HAS, 2017).

On parle de situation de niveau 2 lorsque les difficultés de l'enfant nécessitent la participation de plusieurs intervenants, et que la pose d'un diagnostic est perturbée par la présence de comorbidités. Cette situation complexe mobilise une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin spécialisé dans les troubles spécifiques des apprentissages, et de différents professionnels formés aux troubles des apprentissages comme un psychologue, un orthophoniste, un psychomotricien ou un ergothérapeute. Il est également possible d'avoir recours à un neuropédiatre ou un pédopsychiatre, ou à tout autre professionnel spécialisé dont les compétences seraient indispensables en cas de trouble associé (HAS, 2017). Cependant, les modalités du parcours de soin exposées par la HAS sont bien souvent théoriques, et il est possible que la réalité du terrain (absence de médecin scolaire ou de structures adaptées) ne permette pas toujours la bonne application de ces recommandations.

Enfin, lorsque la situation est très complexe et que les troubles persistent malgré les rééducations mises en place, ou que le diagnostic reste difficile à poser, une orientation vers un Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTLA) de niveau 3 est proposée. Ces centres ont pour mission d'éclairer le diagnostic en procédant à une réévaluation pluridisciplinaire, d'orienter et de coordonner les soins et la prise en charge en se basant sur son expertise pour guider les équipes et les parents. (HAS, 2017).

La mise en place du parcours de soins recourt donc à des solutions médicales, scolaires, et médico-scolaires.

.3. Parcours médical des enfants TSLE

Différents organismes de santé proposent des solutions médicales afin de déterminer la nature, la spécificité et l'intensité du trouble et de ses retentissements. Pour cela, ils suggèrent la réalisation d'examen et de bilans médicaux. Ces derniers ont pour objectif la contextualisation du trouble et l'élimination d'un éventuel diagnostic différentiel. Ils s'effectuent au moyen de tests standardisés qui permettent une comparaison avec les enfants de même âge ou niveau scolaire. Les prises en charge qui en découlent ont pour objectif d'apporter à l'enfant des stratégies de compensation de ses difficultés (Ameli, 2020). Les soins apportés à l'enfant seront coordonnés par un médecin référent (HAS, 2017).

.3.1. Acteurs du parcours

.3.1.1. Bilan et prise en charge orthophonique

L'orthophonie est l'orientation principale en cas de trouble du langage écrit (Ameli, 2020). Un bilan orthophonique peut être proposé début CP si l'enfant a des antécédents familiaux de trouble du langage, et une prise en charge à partir de la mi-CP s'il n'y a pas d'amélioration de la lecture malgré des adaptations scolaires, ni de mise en place du décodage au deuxième trimestre de l'année. On proposera également une prise en charge en CE1 si l'encodage et le décodage restent lent et imprécis (HAS, 2017). L'intervention orthophonique se doit d'être ajustée aux difficultés de l'enfant, et nécessite donc une réévaluation régulière. L'orthophoniste doit également veiller à fournir un cadre à la rééducation, et pour cela déterminer à l'avance des critères d'arrêt de la prise en charge. Celle-ci aura pour objectifs d'amener l'enfant à acquérir les compétences nécessaires à l'apprentissage du langage écrit et à développer des stratégies de compensation afin de pallier ses difficultés (INSERM 2007). Nous n'avons pas relevé d'indications sur la fréquence-type que devraient avoir les séances d'orthophonie dans la littérature. Toutefois, l'Assurance Maladie précise que la prise en charge doit être « régulière », et que la fréquence des séances est établie au cas par cas, selon le profil du patient (Ameli, 2020).

Si malgré la prise en charge proposée par l'orthophoniste les troubles persistent, d'autres professionnels de santé peuvent être mobilisés.

.3.1.2. Ergothérapie

L'ergothérapie vise l'amélioration de l'autonomie et de la participation aux activités de la vie quotidienne de l'enfant, en lui proposant, après une évaluation de ses besoins et capacités, des outils lui permettant d'accéder à ces objectifs. Dans le domaine du langage écrit, ces outils s'apparentent à la mise en place d'une aide informatique (Ameli, 2020).

.3.1.3. Psychomotricité

La prise en charge en psychomotricité fait suite à un bilan constatant des difficultés sensorimotrices ou visuo-spatiales, limitant la qualité et la participation à la vie scolaire et quotidienne de l'enfant (HAS, 2017).

.3.1.4. Examen ORL et/ou orthoptique et/ou ophtalmologique

Ces bilans chercheront à objectiver une éventuelle limitation sensorielle au niveau auditif ou visuel (HAS, 2017). A la suite de son bilan, l'orthoptiste pourra proposer une prise en charge des troubles oculomoteurs.

.3.1.5. Psychologie

Le trouble du langage écrit peut entraîner des retentissements psychologiques ou psycho-affectifs, à l'origine de difficultés comportementales ou relationnelles. Un avis pourra alors être demandé à un psychologue ou à un pédopsychiatre (HAS, 2017). Par ailleurs, en cas d'incertitude face au profil cognitif de l'enfant, un examen psychométrique pourra être réalisé par un psychologue. Enfin, un neuropsychologue peut être sollicité pour évaluer les capacités cognitives telles que l'attention, la mémoire ou les fonctions exécutives (HAS, 2017).

.3.2. Lieux d'intervention

La prise en charge des troubles du langage écrit peut être proposé par différentes structures en plus des cabinets libéraux. Elle peut ainsi se dérouler au sein de (Ameli, 2020) :

- Centres d'Action Médico-Sociaux Précoces (CAMSP), pour des enfants dont les difficultés nécessitent un diagnostic et une prise en charge précoce, avant l'entrée en primaire.
- Centres Médico-Psychologiques (CMP), pour des enfants présentant des difficultés psychiques nécessitant une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire.
- Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP), pour des enfants présentant en plus de leurs difficultés d'apprentissage, des troubles du comportement.
- Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD), pour des enfants dont le trouble nécessite une intervention dans son lieu de vie.

.4. Parcours scolaire des enfants TSLE

Depuis la loi sur le handicap de 2005, l'école se veut inclusive. En ce sens, de nombreux dispositifs sont mis en place afin d'adapter les apprentissages aux enfants présentant des besoins spécifiques particuliers (Eduscol, 2020).

.4.1. Les aménagements pédagogiques

Les aménagements pédagogiques ont pour objectif de permettre à l'enfant de compenser ses difficultés et de rattraper son retard scolaire (HAS, 2017).

.4.1.1. La pédagogie différenciée et les aménagements spontanés

En cas de difficultés, et avant même l'entrée dans le parcours de soin, des mesures pédagogiques adaptées au niveau de l'enfant peuvent être mises en place et permettent d'éviter par la suite une surmédicalisation du problème. Ces mesures doivent être « précoces, explicites, ciblées, intensives, redondantes et différenciées », et doivent pouvoir permettre à l'enfant de rejoindre des petits groupes d'élèves aux mêmes besoins pédagogiques que lui (HAS, 2017, p.15). L'objectif est d'éviter à l'enfant de se retrouver en situation de double tâche.

.4.1.2. L'aide humaine

Les Accompagnant d'Élèves en Situation de Handicap (AESH) ont pour mission de favoriser l'autonomie des élèves en situation de handicap en intervenant de manière individuelle

(AESH-i), mutualisée (AESH-m) auprès de plusieurs élèves, ou collective (AESH-co) auprès d'élèves orientés en unités spécialisées. (BOEN n°18 du 4 mai 2017). L'aide apportée porte sur les activités de la vie quotidienne, l'accès aux apprentissages et les activités de la vie sociale et relationnelle (BOEN n°18 du 4 mai 2017). On parle d'AESH lorsque les accompagnants sont employés par le ministère de l'Éducation Nationale, et d'Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) lorsqu'ils le sont par le biais de Pôle Emploi, mais leurs missions sont les mêmes.

.4.1.3. L'aide matérielle

Une aide matérielle peut être proposée aux enfants. Il peut s'agir de matériel pédagogique ou d'une aide informatique (Ameli, 2019). La mise en place de ce type d'aide entre généralement dans le cadre d'un plan de scolarisation (HAS, 2017).

.4.1.4. Le décroisement

Le décroisement est une autre adaptation qui peut être proposée à l'enfant. Elle lui permet de rejoindre une autre classe d'un niveau correspondant au sien pour une matière dans laquelle il a des difficultés.

.4.1.5. Le redoublement

L'école se doit d'apporter aux enfants des solutions pédagogiques afin qu'il accède aux apprentissages en évitant le recours à l'option du redoublement. Pourtant, lorsqu'il s'avère nécessaire à la poursuite de la scolarité dans les meilleures conditions possibles, il peut être envisagé. (BO n°8 du 22/02/2018)

.4.2. Les plans de scolarisation

.4.2.1. Le Plan Personnalisé de Réussite Éducative (PPRE)

Le Programme Personnalisé de Réussite Éducative (PPRE) s'adresse aux élèves qui rencontrent des difficultés dans les acquisitions scolaires. Ce programme est mis en place suite à l'initiative de l'équipe éducative, et dresse l'inventaire des objectifs et domaines à travailler avec l'enfant, ainsi que les acteurs extérieurs au milieu scolaire impliqués. Il est réévalué régulièrement afin de constater son efficacité, et de décider de sa poursuite ou de son arrêt (Eduscol, 2020).

.4.2.2. Le Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP)

Ce dispositif s'adresse à des enfants dont le diagnostic de trouble des apprentissages a été posé (Eduscol, 2020). C'est un système de droit commun qui ne nécessite pas de mobilisation de la MDPH pour sa mise en place. Il peut être mis en place à n'importe quel moment de la scolarité, suite à la proposition du conseil des maîtres, ou à la demande de l'élève ou de sa famille. Le médecin scolaire réalise alors un examen, complété en cas de besoin par un bilan psychologique et/ou paramédical. A l'issue, le médecin donne son consentement s'il juge la mise en place du PAP nécessaire (Eduscol, 2020).

Après avoir permis de réaliser un état des lieux de la situation de l'élève, ce document propose une liste d'aménagements à sélectionner en fonction de ses besoins et difficultés. Le PAP se décline en quatre fiches pour la maternelle, l'élémentaire, le collège et le lycée, ce qui permet de garantir une continuité et une cohérence pédagogique au parcours proposé tout au long de la scolarité de l'enfant. Il est révisé tous les ans pour procéder à d'éventuelles adaptations en fonction de l'évolution de sa situation (Eduscol, 2020).

.4.2.3. Le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)

Le PPS s'adresse à des enfants qui entrent dans le cadre de la définition du handicap proposé par la loi de 2005. Pour mettre en place ce projet, un diagnostic de TSLE sévère et durable doit être posé (BOEN n°30 du 25-08-2016). Le PPS a pour objectif de mettre en place, de coordonner, d'adapter et d'apporter des compensations nécessaires au bon déroulement de la scolarité de l'élève tant sur le plan pédagogique que psychologique, social, éducatif, médical et paramédical. (BO n°30 du 25-08-2016). Concernant la mise en place du PPS, la MDPH doit être saisie par la famille, qui lui fournit le GEVA-SCO, une évaluation de l'élève en milieu scolaire, réalisée par l'équipe éducative. La MDPH convoque alors une Équipe Pluridisciplinaire d'Évaluation (EPE) et lui transmet cette évaluation. Elle élabore ensuite le PPS avant de le soumettre à la Commission des droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Celle-ci donne son accord à la mise en place du PPS et détermine alors quels seront les aménagements proposés. Les décisions de la CDAPH peuvent concerner l'orientation vers une classe ordinaire ou un dispositif de scolarisation adapté de type ULIS ou SEGPA, ou l'attribution d'une aide humaine individuelle ou mutualisée. Elles peuvent également comprendre l'attribution d'un matériel pédagogique adapté (notamment de matériel informatique) ou la mise en place d'un service d'accompagnement médico-social. Enfin, les propositions de la CDAPH peuvent porter sur le transport scolaire de l'élève, la dispense d'enseignement ou encore l'aménagement d'examens ou de concours (BO n°30 du 25-08-2016).

.4.3. Autres types d'aides

Les enfants peuvent être aidés en intégrant un Réseau d'Aides Spécialisées aux Enfants en Difficultés (RASED). Il pourra alors être accompagné par un psychologue scolaire, ou par des enseignants spécialisés aux difficultés portant sur le plan pédagogique ou comportemental. (BOEN n°18 du 4 mai 2017).

Les parents d'un élève en situation de handicap peuvent également bénéficier de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH), aide financière attribuée par la CDAPH, en compensation des dépenses liées au handicap. Cette aide peut ainsi permettre le financement d'une prise en charge en ergothérapie (Apeda-dys, 2010).

En cas de situation très complexe, c'est-à-dire lorsqu'un doute diagnostique persiste, ou que l'impact du trouble reste important malgré les rééducations et aménagements scolaires proposés, il est alors recommandé de consulter un Centre Référent de Trouble du Langage et des Apprentissages (CRTLA) (HAS, 2017).

.5. Les Centres Référents des Troubles du Langage et des Apprentissages

.5.1. Missions

Lorsque le trouble est complexe, l'enfant peut être orienté vers un Centre Référent des Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTLA), afin de clarifier la situation clinique et d'apporter des solutions.

Les missions de ces centres de référence sont multiples (DHOS/01/2001/209 du 4 mai 2001) :

- Mission d'expertise diagnostique, grâce à un bilan réalisé par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, orthophonistes, et psychologues, et parfois complétée par un ergothérapeute, un psychomotricien ou un neuropsychologue. Ce bilan permet de préciser le caractère sévère et spécifique du trouble, de vérifier la présence ou non d'un éventuel trouble associé, et d'indiquer les modalités de prise en charge.
- Mission de conseil thérapeutique, en orientant la prise en charge vers des suivis adaptés paramédicaux, scolaires ou vers des structures spécialisées.
- Mission de suivi et de coordination des soins en proposant un projet thérapeutique adapté et en aidant à la mise en application des aménagements scolaires.
- Mission de formation auprès des différents professionnels de santé
- Mission de recherche

Le travail de ces centres s'effectue en partenariat avec les Maisons Départementales des Personnes Handicapées, le personnel de l'Éducation Nationale ainsi que des centres médico-sociaux.

.5.2. Spécificités du Centre Régional de Diagnostic des Troubles des Apprentissages (CRDTA) de Lille

L'équipe pluridisciplinaire du CRDTA de Lille est composée de deux neuropédiatres, de six orthophonistes, de six psychologues, de deux ergothérapeutes, et d'un secrétaire. Les enfants évalués au Centre sont convoqués une journée, durant laquelle ils bénéficieront d'une consultation neuropédiatrique, d'un bilan psychologique et orthophonique, et si besoin d'un bilan en ergothérapie. A la fin de la journée, suite à une synthèse pluridisciplinaire, la conclusion diagnostique du neuropédiatre précise la nature du trouble, son caractère spécifique ou non, et sa sévérité. Des moyens de compensations, des aménagements pédagogiques ou de la scolarité, des outils spécifiques informatiques, ainsi que des suggestions de prise en charge sont proposés en fonction des conclusions. Les enfants peuvent aussi être orientés vers des examens complémentaires. Le CRDTA ne propose pas de rééducation sur place, en revanche, il oriente vers des prises en charge dans le lieu de vie des enfants.

Buts et objectifs

Face au nombre important d'enfants atteints d'un trouble spécifique du langage écrit, et en vue de limiter ses conséquences, la prise en charge précoce et adaptée de la dyslexie répond à un enjeu de santé publique. En ce sens, la littérature et les organismes de santé tels que la Haute Autorité de Santé ou l'Assurance Maladie dressent un état des lieux des éléments permettant de poser un diagnostic de trouble, et fournissent des suggestions de solutions et de prises en charge à proposer à ces enfants, tant sur le plan scolaire que médical.

L'objectif de notre étude est donc d'établir une vue d'ensemble des données concernant les parcours médicaux et scolaires des enfants présentant ce type de pathologie sur une période donnée (2019 et 2020), grâce aux éléments relevés dans les courriers médicaux du CRDTA. En effet, on peut supposer que ce centre expert s'appuie sur ces recommandations officielles pour proposer des solutions à l'enfant. Nous chercherons à connaître les dispositifs mis en place antérieurement au bilan au CRDTA, et nous les mettrons en relations avec les préconisations du neuropédiatre dans ses conclusions. De plus, cette étude nous permettra d'analyser la façon dont sont recensées les données dans les courriers médicaux, dans l'optique d'améliorer leur

collecte afin d'être le plus précis possible dans la contextualisation du parcours médico-scolaire des enfants. Ce mémoire entre dans le cadre d'un travail conjoint avec Tiffany Dollez, explorant le versant langage oral des parcours de soins des enfants diagnostiqués TDL (Trouble Développementale du Langage) au CRDTA de Lille. Les données collectées dans ces deux études sont donc à mettre en relation.

Méthode

.1. Population d'étude

.1.1. Sélection de la population

.1.1.1. Type de population

La population de cette étude est composée de patients ayant réalisé un bilan pluridisciplinaire au Centre Régional de Diagnostic de Trouble des Apprentissages (CRDTA) de Lille dans le cadre de troubles complexes altérant la bonne acquisition des apprentissages.

.1.1.2. Modalités de recrutement

La population a été recrutée via un logiciel du CRDTA intitulé File Maker Pro, permettant d'extraire dans la base de données du centre des informations sur les patients nous intéressant pour constituer notre population. La sélection des patients dans la base de données s'effectue au moyen de mots-clés.

.1.1.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

La population retenue présente un diagnostic de dyslexie posé suite à l'évaluation au CRDTA. Les patients peuvent également avoir des troubles associés tels qu'un trouble de la cognition mathématique, un trouble d'acquisition de la coordination, ou encore une dysgraphie, ces pathologies impliquant des aménagements et prises en soin spécifiques, différenciés de ceux mis en place pour les troubles du langage écrit. De plus, pour intégrer notre population, les parents des patients devront avoir répondu favorablement à un questionnaire de consentement quant à l'exploitation des données de leurs enfants dans le cadre d'études. La complétion de ce formulaire est une procédure habituelle et systématique au CRDTA.

Pour obtenir notre population, nous avons dû entrer des mots-clés dans le logiciel du CRDTA, afin d'accéder à une sélection de patients. Les mots-clés employés sont les suivants :

- Date de consultation : 2019 et 2020. Nous avons choisi de nous concentrer sur les données les plus récentes possibles, c'est pourquoi nous avons privilégié tous les patients ayant consulté et été diagnostiqués dyslexiques en 2020, ainsi que quelques-uns en 2019.
- Diagnostic principal : *dyslexie mixte*. Comme nous l'avons vu précédemment, la forme de dyslexie la plus courante est une atteinte mixte des procédures d'assemblage et d'adressage. Pour être le plus exhaustif possible, avons donc choisi des patients présentant une atteinte mixte. Toutefois, ce terme n'est qu'un mot clé nous permettant d'accéder aux patients, mais le diagnostic avéré n'a pu être vérifié qu'une fois les courriers consultés.

Dans la liste de patients obtenue grâce à ces critères, nous avons exclu ceux présentant comme trouble associé un diagnostic de Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H), et ceux présentant un diagnostic de trouble développemental du langage (TDL). En effet, le TDA/H implique des adaptations scolaires, ainsi que des prises en charge médicales se recoupant avec celles nécessaires en cas de trouble du langage écrit, ce qui ne nous permettrait pas d'être précis sur la spécificité des aménagements et du parcours médico-scolaire de ces enfants. De même, nous excluons les patients présentant un trouble développemental du langage (TDL), car le trouble du langage écrit lui serait alors secondaire, et ne serait donc pas spécifique.

.1.1.4. Règles déontologiques et éthiques

Les patients n'ont pas été explicitement informés de l'exploitation de leurs données pour cette étude, mais n'y sont pas opposés, compte-tenu de leur réponse positive au questionnaire de consentement préalablement complété. Par ailleurs, les patients dont les données ont été exploitées ont tous été anonymisés.

.1.2. Description de la population

.1.2.1. Population retenue

La population d'étude est sélectionnée grâce au logiciel du CRDTA File Maker Pro. Avec les mots clé *2019* et *dyslexie mixte*, nous avons obtenu une population de 91 patients, parmi lesquels nous en avons sélectionné aléatoirement 20. La population des patients de 2019 a été sélectionnée après l'analyse des patients de 2020, et nous n'aurions pas eu le temps d'analyser le parcours de ces 91 enfants, c'est pourquoi nous n'en avons gardé qu'un échantillon. Tous bénéficient d'un accord parental pour l'exploitation de leurs données. Avec les mots clé *2020* et *dyslexie mixte*, nous avons obtenu une population de 65 patients. Parmi ceux-là, 9 ne disposent pas d'un accord parental, et ont été exclus de la sélection. La population de base est donc composée de 76 patients : 20 pour l'année 2019 et 56 pour l'année 2020. Parmi les 76 patients retenus initialement, certains ne remplissaient pas les critères d'exclusion sélectionnés. En effet, quatre patients présentaient un trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H) et quatre autres un trouble développemental du langage. Ces patients-là ont donc été exclus de notre population.

.1.2.2. Caractéristiques de la population finale

La population retenue est finalement composée de 68 patients, présentant un diagnostic de dyslexie-dysorthographe mixte. En moyenne, la population est âgée de 10 ans 6 mois. Elle est composée de 35 garçons pour 33 filles, répartis entre le CP et la 3^{ème}. Tous les enfants de la population sont originaires de la région Hauts-de-France. Aucun critère de niveau socio-culturel n'a été retenu.

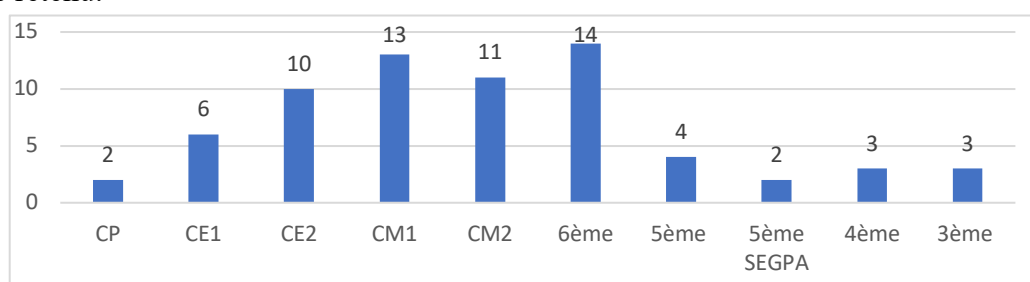


Figure 1 : Répartition de la population en fonction de la classe.

.2. Matériel

La réalisation de ce mémoire a nécessité l'accès à un ordinateur du CRDTA, afin de pouvoir utiliser le logiciel File Maker Pro puis pour consulter les courriers médicaux des patients. Un ordinateur bénéficiant d'un accès au logiciel Excel a également été nécessaire pour leur analyse.

.3. Procédure

Tout le recueil de données s'est déroulé dans le cadre du CRDTA, et la partie analyse a constitué un travail personnel.

Une fois la population de patients sélectionnée avec File Maker Pro, nous avons lu les courriers médicaux réalisés à la suite du bilan au CRDTA afin d'extraire les informations nous intéressant. Toutes ces données ont été consignées dans un tableau Excel qui a ensuite permis de les analyser.

Ce tableau (cf. Annexe A1), est organisé en trois parties : la première concerne la présentation générale des patients de la population. Elle recense leurs identifiants d'anonymisation, leur sexe, leur âge, la date du bilan, leur classe actuelle, ainsi que les informations portant sur le repérage des difficultés : classe au moment du repérage, nature des difficultés et acteur les ayant identifiées. La deuxième partie concerne les parcours médico-scolaire des patients avant leur passage au CRDTA. Nous y inventorions ses différents suivis médicaux et paramédicaux, leurs motifs, leur fréquence, leur lieu, ainsi que leur état (s'ils sont toujours d'actualité, ou bien interrompus, quand et pourquoi). De même, nous dressons un portrait du parcours scolaire de l'enfant. Pour cela, nous cherchons à savoir s'il a redoublé, et si c'est le cas la classe concernée. Nous voulons également savoir si des aménagements pédagogiques ont été mis en place, leur nature, leur cadre, leur effectivité, depuis quand ils sont proposés, et si la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) a été saisie pour leur mise en place. Enfin, nous cherchons à connaître les éléments médico-scolaires du parcours de l'enfant, c'est-à-dire son éventuelle rencontre avec le psychologue scolaire, le médecin de l'Éducation Nationale ou s'il bénéficie de l'aide du RASED. La troisième partie du tableau reprend les suggestions émises par le CRDTA concernant le parcours médical, scolaire et médico-scolaire de l'enfant suite à son évaluation pluridisciplinaire.

.4. Traitement des données

Une fois les données des patients recueillies dans le tableau, nous les avons analysées en établissant des moyennes, des graphiques, et en faisant ressortir les éléments saillants, afin d'obtenir une vue d'ensemble de leurs parcours médicaux, paramédicaux et scolaires, ainsi que des éléments issus du bilan au CRDTA et des préconisations qui en découlent. Nous avons également répertorié les données absentes dans les courriers médicaux.

Résultats

.1. Entrée dans le parcours de soins

Le repérage des premières difficultés justifiant une entrée dans un parcours de soins est effectué par différents acteurs : parents, enseignant, médecin de l'Éducation Nationale (MEN),

acteurs de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) lors du bilan des 4 ans. Toutefois, nous observons que 57,35% (N = 39) des courriers médicaux n'indiquent pas cet acteur. La figure 2 montre que ce sont à 25,00% (N = 17) les parents qui sont les premiers à repérer les difficultés de leur enfant.

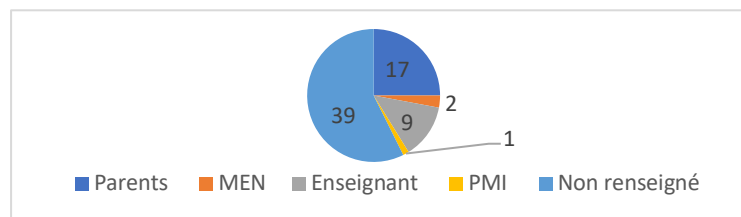


Figure 2 : Acteurs du repérage des premières difficultés.

Le repérage des difficultés a lieu durant les années de maternelle pour 44,11% (N = 30) des enfants, et en CP pour 27,94% (N = 19). Nous constatons aussi que dans 23,52 % (N = 16) des courriers, la classe d'apparition des premières difficultés n'est pas mentionnée.

La nature des premières difficultés est variable. Parmi les éléments repérés en langage oral, les courriers médicaux notent des difficultés de parole et de phonologie. En langage écrit, les courriers recensent principalement des difficultés d'entrée dans la lecture et une absence de mise en place des prérequis. Nous observons également que les enfants peuvent avoir des difficultés à acquérir un comportement d'élève : difficultés de concentration, de comportement, d'attention et d'intégration. Enfin, ils peuvent souligner la présence d'une immaturité psychoaffective et une inhibition anxieuse.

.2. Parcours médicaux et paramédicaux avant le bilan au CRDTA

La totalité de notre population présente des antécédents de bilans ou prises en charges médicales ou paramédicales avant la consultation au CRDTA.

.2.1. Orthophonie

Au total, 94,11 % (N = 64) des enfants de notre population ont bénéficié d'au moins un premier bilan orthophonique, et seuls 5,88 % (N = 4) des patients n'en ont jamais eu.

Le motif de la plainte est présenté Figure 3. Notons que pour 76,04% (N = 73) de la totalité des bilans mentionnés, le motif n'est pas précisé. Les plaintes les plus fréquemment retrouvées portent sur le langage oral (articulation, phonologie, retard de langage). En langage écrit, la plainte concerne la vitesse de lecture, ou des confusions dans la reconnaissance des lettres.

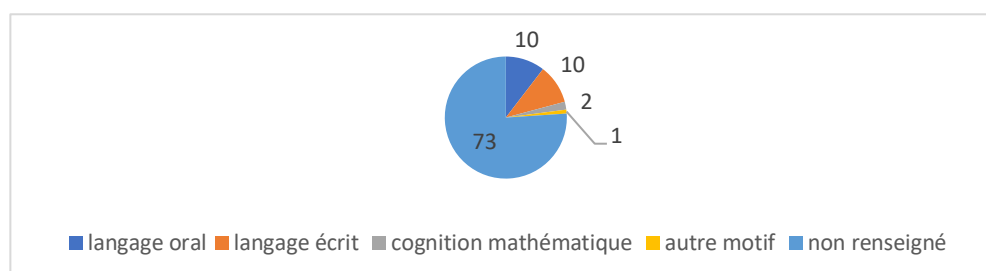


Figure 3 : Motif de la plainte relevé lors du bilan orthophonique initial.

Le bilan orthophonique intervient à tout moment de la scolarité de l'enfant. Comme nous le voyons Figure 4, le premier bilan a lieu en maternelle pour 48,43 % (N = 31) des enfants,

en CP dans 25,00% (N = 16), et en CE1 pour 21,87% (N = 14). Cependant, dans 18,75% (N = 12) des courriers, la classe au moment du bilan n'est pas spécifiée.

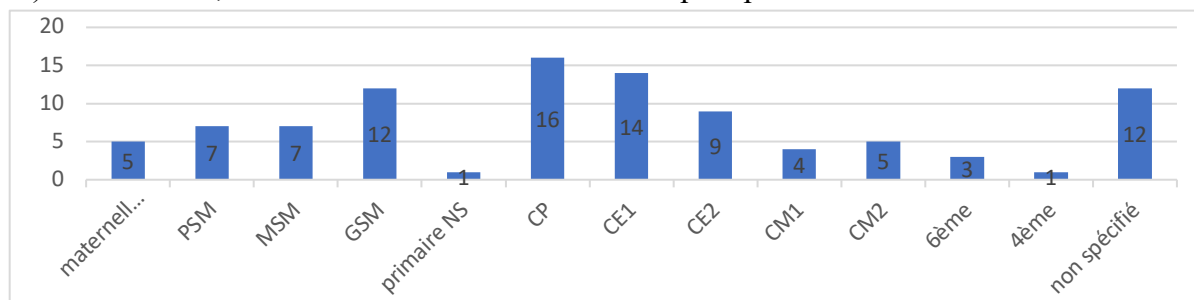


Figure 4 : Répartition de la classe des patients lors du bilan orthophonique initial.

Sur les 64 enfants ayant bénéficié d'au moins un bilan, celui-ci a abouti à une prise en charge dans 95,31 % (N = 61) des cas. Le motif de ces prises en charge est présenté dans la Figure 5. Il n'est pas précisé dans 73,77 % (N = 45) des courriers.

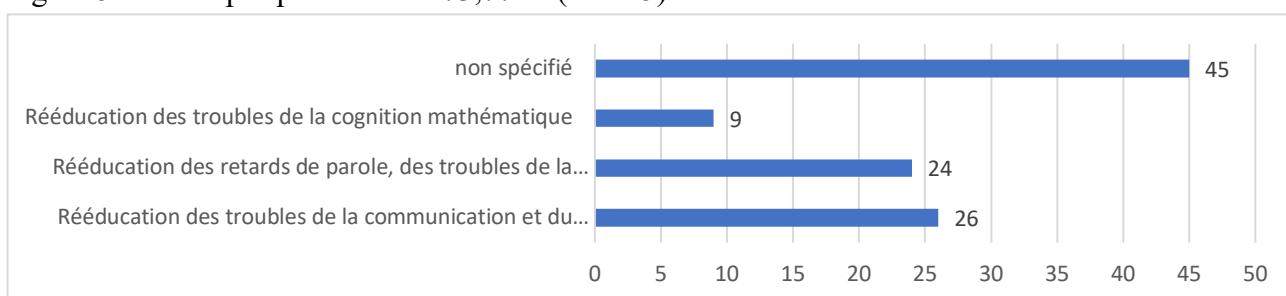


Figure 5 : Motifs de prise en charge orthophonique.

Pour le langage écrit, la prise en charge porte sur la mise en place des prérequis à l'acquisition de la lecture, ou sur des difficultés de langage écrit non spécifiées. Pour le langage oral, elle porte sur l'articulation, la phonologie, les retards de parole et langage, la syntaxe, et le lexique.

A l'heure du bilan au CRDTA, 63,93 % (N = 39) des enfants ayant bénéficié d'une prise en charge orthophonique en disposent toujours, et elle est interrompue pour 31,15% (N = 19) d'entre eux. Pour les autres 9,49 % (N = 6), rien n'est mentionné dans les courriers.

Le lieu de la prise en charge n'est pas précisé pour 96,72% (N = 59) des patients. Il est seulement indiqué qu'un enfant est suivi en Centre Médico-Psychologique, et l'autre à l'Établissement de Soins de Suite et de Réadaptation pédiatrique Marc Sautelet (ESSRP).

La fréquence des séances orthophoniques est précisée dans 27,94 % (N = 19) des cas : 42,10% (N = 8) des patients bénéficient d'une séance hebdomadaire, 42,10 % (N = 8) de deux, et 10,52% (N = 2) de trois. Un patient bénéficie également de trois séances réparties sur deux semaines. Dans 72,05% (N = 49) des courriers, la fréquence des séances n'est pas mentionnée.

.2.2. Autres bilans réalisés

En plus du bilan orthophonique, les patients peuvent également être reçus par d'autres professionnels de santé pour divers examens.

Ainsi, 82,35 % (N = 56) de la population a bénéficié d'une psychométrie. Pour les 17,65% (N = 12) d'autres enfants, aucune psychométrie n'est mentionnée.

D'autre part, nous observons que 25 % (N = 17) des enfants ont bénéficié d'un suivi psychologique, dont il est précisé pour 3 d'entre eux qu'il est toujours d'actualité au moment du bilan au CRDTA. De plus, 2,96% (N = 2) des patients sont suivis par un pédopsychiatre.

L'audition a également été contrôlée par un ORL pour 13,64% (N = 9) des patients, et la vue par un ophtalmologiste pour 2,94% (N = 2). Un enfant a également bénéficié d'un bilan malformatif par un ORL. De plus, 20,59% (N = 14) des enfants ont été reçus par un orthoptiste, dont trois pour un strabisme.

19,12 % (N = 13) des enfants ont bénéficié d'une évaluation en ergothérapie, ayant abouti à une prise en charge dans 69,23 % (N = 9) des cas. Au moment de l'évaluation au CRDTA, il est précisé que pour 33,33% (N = 3) d'entre eux, la prise en charge en ergothérapie est toujours effective.

16,18 % (N = 11) enfants de la population, ont également bénéficié d'une évaluation en psychomotricité, ayant abouti à une prise en charge. L'évaluation et le suivi ont lieu dans le cadre d'un CMP, d'un CAMSP, d'un CMPP et de cabinets libéraux pour deux enfants. Au moment de l'évaluation au CRDTA, il est précisé que pour 36,36% (N = 4) de ces enfants, que la prise en charge en psychomotricité est toujours d'actualité.

Enfin, 13,24 % (N = 9) de la population est suivie en CMP, sans que la nature du suivi soit spécifiée. Un enfant doit également bénéficier d'une prise en charge en CMPP, et un autre est suivi en Centre d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTTP). Au total, 36,76% (N = 25) des enfants sont pris en charge dans le cadre d'une structure. La Figure 6 précise le cadre des différentes prises en charges.

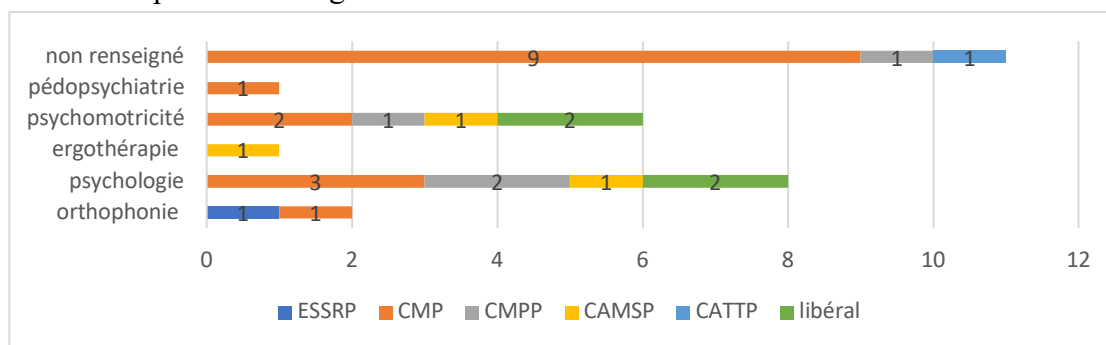


Figure 6 : Répartition du cadre des différentes prises en charge.

Par ailleurs, 7,35% (N = 5) des enfants sont suivis par d'autres spécialistes que ceux évoqués plus haut. Parmi eux, 1,47% (N = 1) est suivi par des spécialistes à l'hôpital pour épilepsie ; 1,47% (N = 1) en cardiologie pour tachycardie ; 1,47% (N = 1) en kinésithérapie pour des pieds varus ; 1,47% (N = 1) en sophrologie et en hypno-thérapie. Enfin, 1,47% (N = 1) des enfants est sous traitement médicamenteux pour des difficultés d'attention.

Au total, nous constatons qu'avant le bilan du CRDTA, les enfants ont des antécédents médicaux semblant correspondre à des situations de niveau 1 ou 2, décrites dans le parcours de soin décrit par la HAS. Nous remarquons également que l'orthophonie est la prise en charge la plus largement répandue dans la population. Enfin, nous observons que les courriers médicaux ne mentionnent un diagnostic médical de dyslexie pour seulement 2,94% (N = 2) de la population avant leur venue au CRDTA.

.3. Parcours scolaire avant le bilan au CRDTA

Avant le bilan au CRDTA, 79,41 % (N = 54) des enfants bénéficient d'aides destinées à améliorer le bon déroulement de leur scolarité, ou disposent d'un plan de scolarisation.

Ces aides se déclinent en plusieurs domaines : aménagements pédagogiques dans 66,66% (N=36) des cas, orientation vers des dispositifs adaptés dans 11,76% (N = 8), aide humaine dans 36,76% (N = 25), matériel pédagogique dans 7,35% (N = 5), et décroisement pour 8,82% (N = 6) des enfants. Le type d'aide n'est pas précisé dans 16,17% (N = 11) des courriers. Le graphique suivant (Figure 7) montre la répartition de ces aides dans la population, ainsi que leur mise en œuvre effective.

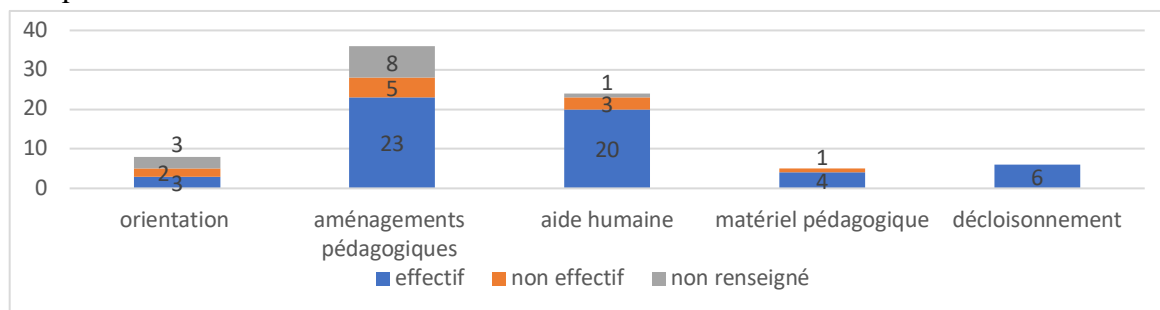


Figure 7 : Répartition des aides scolaires dans la population et leur effectivité.

Comme le montre la Figure 8, les aides sont mises en place à tout moment de la scolarité, mais nous observons qu'elles sont proposées dans 33,33 % (N = 12) des cas en CE1, et dans 30,55% (N = 11) en 6^{ème}. Par ailleurs, nous notons que la classe de l'instauration des aides n'est pas mentionnée dans 20,37% (N = 11) des courriers.

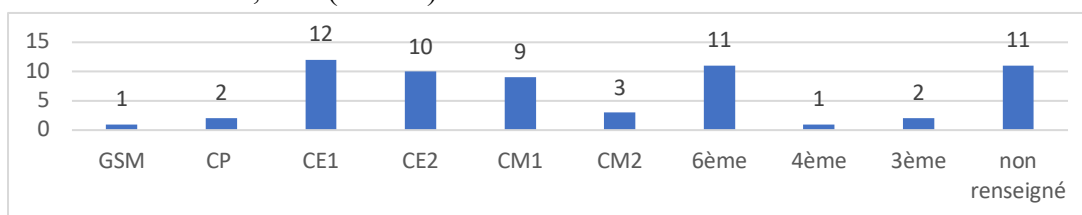


Figure 8 : Répartition de la classe des enfants lors de la mise en place des aides.

Concernant l'aide humaine, 35,29% (N = 24) de la population bénéficiant, a bénéficié ou est en attente d'une AVS. Pour 58,33% (N = 14) d'entre eux, l'AVS est ou a été le seul aménagement qui leur est proposé, alors que pour les autres, elle intervient en complément d'aménagements pédagogiques, de matériel informatique, ou d'autres aménagements de la scolarité. Dans 25,00% (N = 6) des cas, l'AVS est attribuée en CE1.

Nous observons que différents types d'AVS sont mentionnés : une aide individuelle, mutualisée, ou une aide informelle. Dans ce dernier cas, l'enfant bénéficie alors de l'AVS accordée à un autre enfant de sa classe. La Figure 9 atteste que le type d'AVS le plus fréquent dans la population est l'aide individuelle, retrouvée dans 70,63% (N = 17) des cas.

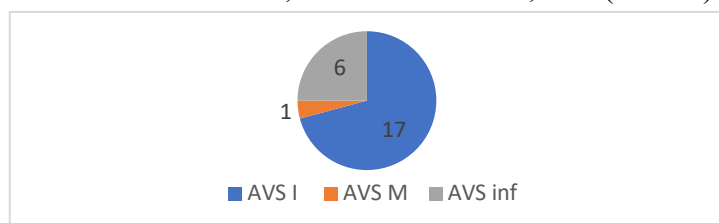


Figure 9 : Répartition des différents types d'AVS.

Pour 8,33% (N = 2) des patients disposant d'une AVS, son attribution entre dans le cadre d'un PAP. De plus, nous notons que pour 8,33% (N = 2) des enfants, l'AVS n'est pas attribuée, bien que la MDPH ait donné son accord.

Parmi toutes les aides apportées, certaines entrent dans le cadre de plans de scolarisation : PPRE, PAP ou PPS. Ces plans concernent 44,44 % (N = 24) des enfants de la population, et comme nous le voyons Figure 10, pour 64,70% (N=44) d'entre eux, cette information n'est pas renseignée.

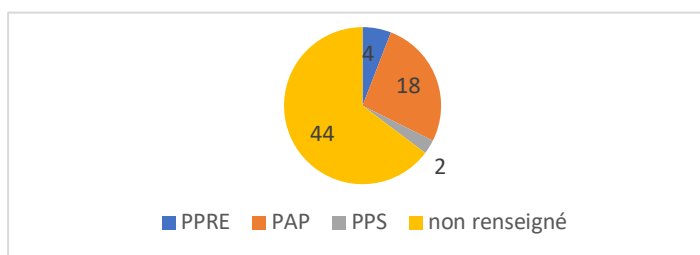


Figure 10 : Répartition des plans de scolarisation dans la population.

Concernant les PPRE, ils sont mis en place pour 16,66% (N = 4) des enfants ayant un plan de scolarisation. Ils sont effectifs, et permettent aux enfants de bénéficier d'aménagements pédagogiques, d'un allègement de l'écrit et des évaluations.

Pour les PAP, 75,00% (N = 18) des enfants avec un plan de scolarisation en bénéficient. Ils permettent à 5,55% (N = 1) de ces enfants de jouir d'une orientation au collège communautaire, à 11,11% (N = 2) de l'aide d'une AVS, et encore à 11,11% (N = 2) d'aménagements des évaluations. 11,11% (N = 2) des enfants bénéficient également de matériel pédagogique tels que des photocopies de cours, des cours sur clé USB, d'un ordinateur, d'une règle scanner. Sur les 18 attributions de PAP, il est précisé que celui-ci est bien mis en œuvre dans 50% (N = 9) des cas, qu'il l'est partiellement pour 11,11% (N = 2), et que pour 11,11% (=2), il ne l'est pas du tout. Pour les 27,77% (N = 5) d'enfants restant, rien n'est précisé sur leur mise en place.

Enfin, 8,33% (N = 2) de la population bénéficie d'un PPS. Ils sont mis en place en CM2 et 6^{ème}, et sont bien effectifs. La nature exacte des aménagements proposés par le PPS n'est pas précisée dans les courriers.

Au total, nous observons que le PPRE est proposé en première intention, mais que la majorité de la population dispose d'un PAP. Les plans sont mis en place en 6^{ème} dans 25% (N = 6) des cas.

Les plans de scolarisation sont proposés à tout moment de la scolarité (Figure 11), bien que pour 20,83% (N= 5) des enfants disposant d'un plan, la classe au moment de leur établissement n'est pas précisée dans les courriers.

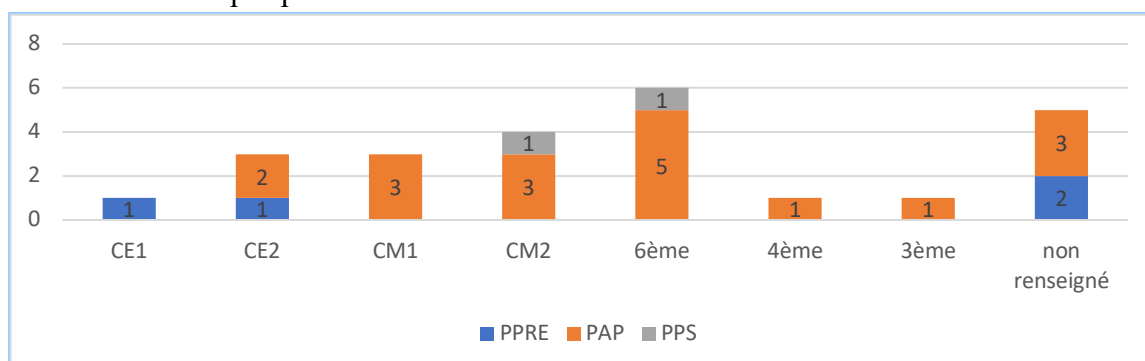


Figure 11 : Classes des enfants lors de la mise en place des plans de scolarisation.

Enfin, nous constatons Figure 12 que 27,94% (N = 19) des enfants ont redoublé une classe. Un enfant n'a jamais redoublé, et rien n'est précisé dans 72,05% (N = 49) des courriers. La classe la plus souvent redoublée est le CE1, dans 36, 84% (N = 7) des cas.

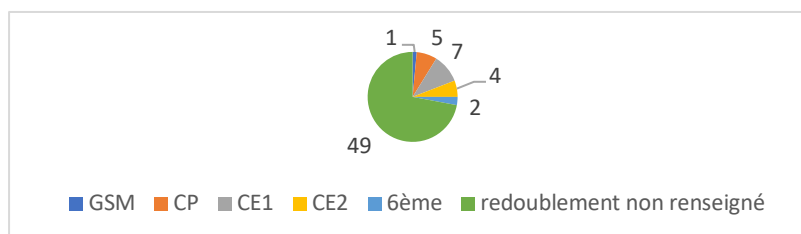


Figure 12 : Répartition des classes redoublées par les enfants de la population

La mise en place des aides scolaires s'effectue en partenariat avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Celle-ci a été sollicitée 29 fois, pour des demandes concernant 33,82 % (N = 23) de la population. Sur les 54 courriers d'enfants bénéficiant d'aides, 57,40 % (N = 31), n'indiquent rien à propos de la saisine de la MDPH. Les différentes sollicitations mentionnées dans les courriers concernent l'attribution d'une AVSI pour 72,41 % (N = 21) des demandes, l'attribution de l'AEEH pour 10,34 % (N = 3), de matériel pédagogique pour 6,89 % (N = 2), l'instauration d'un PPS pour 6,89 % (N = 2) et enfin l'orientation en ULIS pour 3,44 % (N = 1),

Comme le montre la Figure 13, la sollicitation de la MDPH abouti à une réponse positive dans 72,41 % (N = 21) des demandes, et à un refus dans 10,34 % (N = 3) des cas.

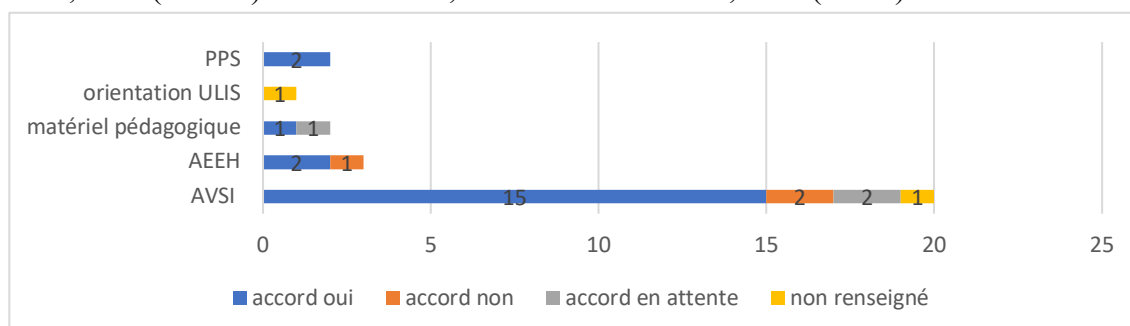


Figure 13 : Accords de la MDPH en fonction de la sollicitation.

Enfin, certains enfants bénéficient d'aides autres que celles proposées dans le cadre de l'école. Ainsi, 5,88% (N = 4) des enfants profitent de soutien scolaire. Pour un enfant, cet accompagnement est le seul dispositif dont il bénéficie. Pour les autres, le soutien scolaire se fait en parallèle des aménagements dont ils disposent.

En complément des prises en charges médicales et paramédicales et des aides apportées dans le cadre scolaire, des dispositifs médico-scolaires peuvent également être proposés aux enfants. Ainsi, 14,70% (N = 10) des courriers médicaux suggèrent au moins une visite au Médecin de l'Éducation Nationale, et 2,94% (N = 2) une visite ou un suivi par le psychologue de l'Éducation Nationale. Par ailleurs, 10,29% (N = 7) des courriers mentionnent une mobilisation du RASED. Les enfants concernés sont en classe de CP, CE1, CE2, et 4^{ème}. Le membre du RASED mobilisé est précisé pour un enfant en CP, accompagné par un Maître E.

.4. Bilan pluridisciplinaire au CRDTA

.4.1. Orientation au CRDTA

Les enfants viennent suite à la demande de bilan formulée par le médecin traitant, le médecin de l'Éducation Nationale, le pédopsychiatre, ou les parents. Figure 14, nous constatons

que dans 77,94% (N = 53) des courriers, la personne à l'origine de la demande de bilan n'est pas mentionnée.

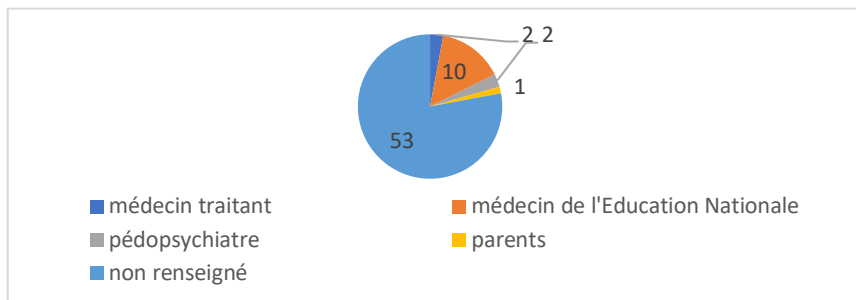


Figure 14 : Origine de la demande de bilan au CRDTA

Les motifs de demandes sont souvent multiples. En effet, pour 60,02% (N = 41) des enfants de la population, la demande initiale porte sur plusieurs domaines : langage écrit et oral, mathématiques, graphisme, difficultés scolaires, difficultés attentionnelles, comportementales, praxiques, visuo-spatiales, de confiance en soi, et d'anxiété.

A l'exception d'un enfant, les patients adressés au CRDTA ne disposent pas encore d'un diagnostic. Un autre enfant est cependant orienté au CRDTA pour une suspicion de TSLE.

Comme nous le constatons Figure 15, 70,58% (N = 48) des enfants sont reçus au CRDTA entre le CE2 et la 6ème.

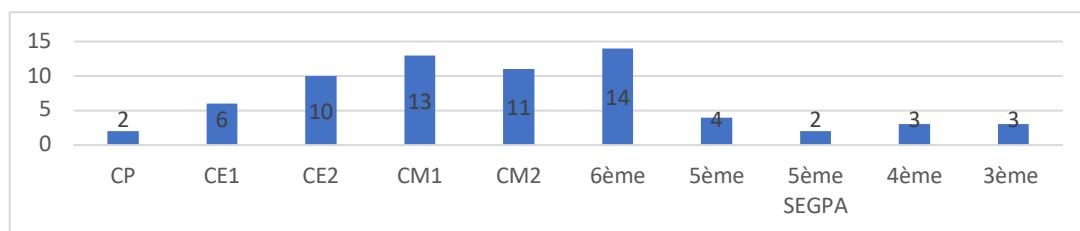


Figure 15 : Classes des enfants lors de l'orientation au CRDTA.

.4.2. Éléments observés lors du bilan pluridisciplinaire

Les éléments observés par les différents professionnels lors du bilan sont résumés dans les conclusions du neuropédiatre et sont mentionnés dans 100,00% (N = 68) des courriers. On peut répartir ces conclusions en différents domaines : langage oral et écrit, difficultés en mathématiques, difficultés cognitives, troubles moteurs et autres troubles.

.4.3. Diagnostic du neuropédiatre

Suite à l'évaluation pluridisciplinaire et aux différents avis médicaux, le neuropédiatre peut poser un diagnostic médical. Le diagnostic de TSLE des patients peut s'associer ou non à d'autres troubles, comme c'est le cas pour 29,41% (N = 20) des enfants de la population. Ainsi, 65,00% (N = 13) de ces enfants présentent un trouble de la cognition mathématique, 30,00% (N = 6) un trouble de la réalisation du geste graphique, et 5,00% (N = 1) un trouble anxieux.

Concernant la sévérité des troubles, les courriers semblent dégager trois rubriques : trouble sévère pour 25,00% (N = 17) des cas, trouble sans mention de sévérité pour 73,52 % (N = 50), et trouble non sévère pour 1,47% (N = 1).

.5. Préconisation de solutions médicales et paramédicales du CRDTA

Pour 94,11% (N = 64) des enfants, le neuropédiatre propose dans ses conclusions un suivi médical, paramédical ou en structure.

Concernant les prises en charges médicales, il s'agit d'orientations vers un suivi pédopsychiatrique pour 3,12% (N = 2) des enfants, et médicamenteux pour 7,81% (N = 5).

Au niveau des préconisations de prises en charges paramédicales, le neuropédiatre oriente 85,5% (N = 56) des enfants en orthophonie, 34,37% (N = 22) en psychologie, 26,56% (N = 17) en ergothérapie, et 3,12% (N = 2) en psychomotricité.

Nous constatons Figure 16 que l'orthophonie est la prise en charge la plus souvent indiquée.

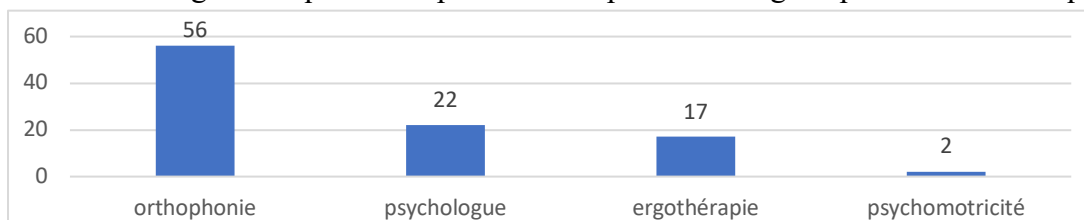


Figure 16 : Vue d'ensemble des propositions de prise en charge paramédicales du CRDTA.

Le lieu de ces prises en charge est peu précisé dans les courriers. Le CRDTA propose des interventions en psychologie, orthophonie et ergothérapie en CMP pour 14,70% (N = 10) des enfants. 10,00% (N = 1) des enfants sont également orientés vers un SESSAD, et 10,00% (N = 1) vers un CMPP, pour un suivi en psychomotricité.

La fréquence des prises en charge est précisée dans 4,68% (N = 3) des courriers dont 3,12% (N = 2) où il est seulement noté une notion « d'intensité » de la prise en charge. Pour le dernier courrier, le neuropédiatre précise que les séances doivent avoir une fréquence bihebdomadaire.

Enfin, le motif de la prise en charge, précisé Figure 17, est variable en fonction du type de spécialité : orthophonie, ergothérapie et psychologie. En orthophonie, le motif le plus fréquemment retrouvé est la rééducation des troubles de la cognition mathématique, préconisée pour 20,31% (N = 13) des cas. Toutefois, nous observons également que pour 73,21% (N = 41) des enfants orientés en orthophonie, le motif motivant cette prise en charge n'est pas précisé, de même que pour 11,76% (N=2) des enfants orientés en ergothérapie, et 77,27% (N=17) de ceux orientés vers une prise en charge psychologique.

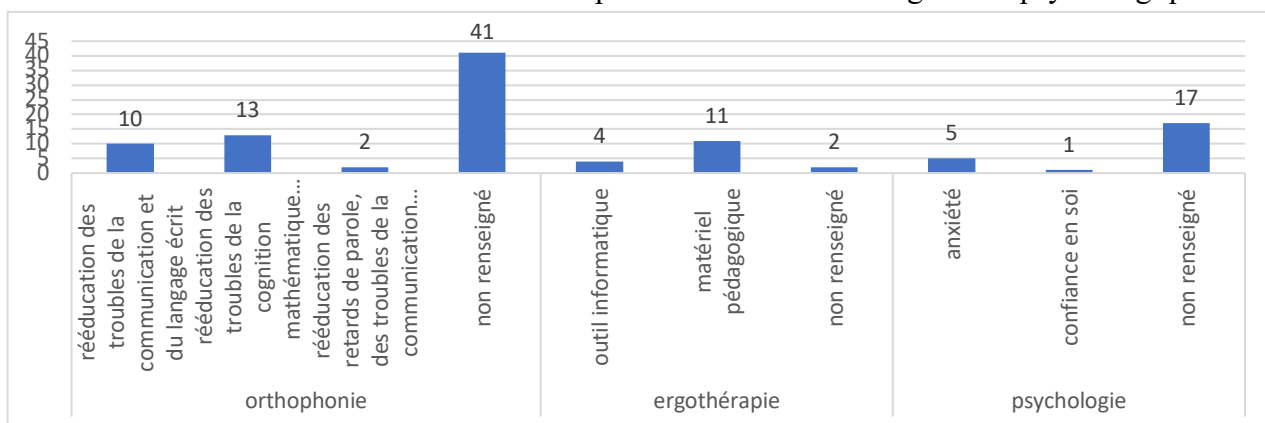


Figure 17 : Motifs des prises en charge paramédicales préconisées.

D'autre part, un bilan en ergothérapie est préconisé à 10,93% (N = 7) de ces enfants, afin de mettre en place un outil informatique. Des examens complémentaires en vue d'éclaircir des points soulevés lors du bilan sont également proposés à 23,43% (N = 15) des enfants. Il s'agit d'examens en endocrinologie, en dermatologie, en ophtalmologie, en pédopsychiatrie, et en

ORL. Deux autres enfants sont également invités à réaliser une IRM cérébelleuse et un autre un bilan génétique. Rien n'est indiqué sur d'éventuels examens complémentaires dans 82,35% (N = 53) des courriers. Enfin, un traitement médicamenteux est proposé à 7,35% (N = 5) des enfants de notre populations, en raison de difficultés attentionnelles. 92,64% (N = 63) des courriers ne précisent rien à ce sujet.

Par ailleurs, une reconvoication au CRDTA est proposée à 22,05% (N = 15) des enfants, notamment lorsqu'un traitement médicamenteux est prescrit, afin d'en mesurer les effets. C'est le cas de deux patients, invités à revenir dans six à huit mois. En outre, 13,23% (N = 9) des enfants sont également convoqués à une visite commune avec l'orthophoniste et l'ergothérapeute, afin de mettre en place un outil informatique. Enfin, deux enfants sont amenés à revenir de neuf mois à un an plus tard, afin de contrôler les effets des aménagements mis en place.

.6. Préconisations de solutions scolaires du CRDTA

Le CRDTA propose dans 100% (N = 68) des courriers médicaux des solutions pour l'amélioration du parcours scolaire des enfants. Exposées Figure 18, il s'agit d'aménagements pédagogiques à 77,94% (N = 53), d'aide humaine à 50,00% (N = 34), d'aide matérielle à 50,00% (N = 34), de décroisement à 2,94% (N = 2), ou de propositions d'orientation vers des dispositifs plus adaptés (ULIS, SEGPA, CAP, collège communautaire) à 26,47% (N = 18). Par ailleurs, le neuropédiatre appuie la décision de maintien dans une classe dans 5,88% (N = 4) des cas.

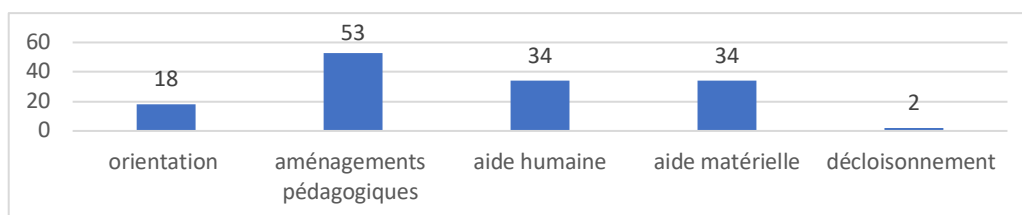


Figure 18 : Préconisations d'aides à la scolarité du neuropédiatre.

Le motif justifiant la mise en place d'aides est précisé dans 19,11% (N = 13) des courriers. Les motifs retrouvés sont les suivants :

- Dans 7,69% (N = 1) des cas, le neuropédiatre propose l'attribution d'une AVS et de matériel pédagogique pour faciliter le passage en 6^{ème}.
- Dans 23,07% (N = 3) des cas, le CRDTA attribue une AVS, des aménagements scolaires, l'attribution de matériel pédagogique ou d'outil informatique pour contrer les difficultés de compréhension écrite.
- Dans 53,84% (N = 7) des cas, on retrouve des aménagements scolaires, l'attribution d'une AVS, le décroisement, l'orientation en ULIS ou en SEGPA, l'attribution de temps supplémentaire et de matériel pédagogique en vue de contrer les difficultés de langage écrit.
- Dans 7,69% (N = 1) des cas, le CRDTA propose une AVS et une orientation en ULIS pour des difficultés scolaires.
- Dans 7,69% (N = 1) des cas, des aménagements scolaires et un outil informatique sont proposés à un enfant présentant une dysgraphie.
- Dans 7,69% (N = 1) des cas, une règle scanner est proposée pour cause d'illisibilité.
- Dans 7,69% (N = 1) des cas, des aménagements scolaires, du temps supplémentaire, une AVS et du matériel pédagogique sont conseillés pour des difficultés en mathématiques.

- Dans 7,69% (N = 1) des cas, le CRDTA préconise l'attribution d'un outil informatique pour soulager la mémoire de travail d'un enfant.
- Enfin, dans 7,69% (N = 1) des cas, on retrouve des aides telles qu'un scanner, un tiers temps, une notation partielle, et une tolérance orthographique en vue d'un allègement de l'écrit

Outre les aménagements scolaires, le neuropédiatre peut également préconiser la mise en place d'un plan de scolarisation à 66,17% (N = 45) des enfants de la population. Il propose ainsi un PPS à 33,82% (N = 23) des enfants, et un PAP à 29,41% (N = 20).

Enfin, suite à l'évaluation, le neuropédiatre peut orienter vers une saisine de la MDPH pour l'attribution et la mise en place des aides évoquées. Ainsi, on retrouve dans 32,35% (N = 22) des courriers médicaux une mention cette saisine à effectuer pour l'attribution de l'AEEH, d'un outil informatique ou de matériel pédagogique. Rien n'est indiqué dans les autres 67,64% (N=46).

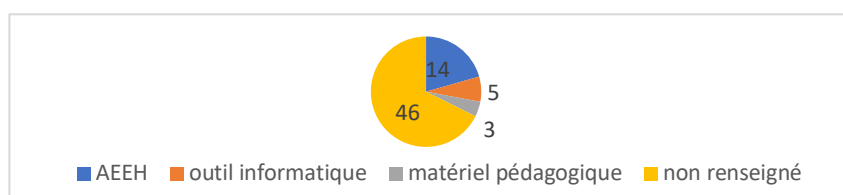


Figure 19 : Motifs de la saisine MDPH selon les courriers médicaux.

Discussion

Cette étude avait pour premier objectif de dresser un état des lieux des parcours médicaux et scolaires des enfants diagnostiqués TSLE au CRDTA en procédant à un inventaire des dispositifs mis en place antérieurement au bilan, ainsi que des différentes préconisations proposées à son issue. Il s'agissait ensuite de les mettre en relation avec les propositions existantes, relayées par les organismes de santé tels que la HAS ou l'Assurance Maladie. D'autre part, nous avons cherché à analyser ces parcours au regard des éléments rapportés et absents dans les courriers, dans l'optique d'améliorer la collecte de données lors de l'anamnèse, et de relater de manière plus précise les parcours médico-scolaires dans les courriers médicaux. Il serait également intéressant de rapprocher les éléments discutés de ceux rapportés par Tiffany Dollez portant sur le langage oral.

.1. Discussion des principaux résultats concernant les parcours médico-scolaires

.1.1. Éléments relatifs à l'entrée dans le parcours de soins

L'entrée dans le parcours de soins se fait de manière précoce, dès la maternelle pour 44,11% (N = 30) des enfants, puis en CP pour 27,94% (N = 19). Selon la HAS (2017), pour des enfants présentant des troubles du langage écrit, l'entrée dans le parcours de soins se fait à partir du CP. Ici, les premières difficultés des enfants de notre population auraient donc été repérées de manière plus précoce, notamment à cause des difficultés de langage oral et de mise en place des prérequis au langage écrit, repérables dès la maternelle.

De plus, nous constatons que, conformément à ce qui est annoncé dans le guide de la HAS (2017) les premières difficultés sont repérées par les parents, les enseignants, ainsi que par le Médecin de l'Éducation Nationale. Nous notons également que le repérage est effectué

pour 1,47% (N = 1) des enfants par les membres de la PMI lors du bilan des 4 ans. En revanche, les courriers ne mentionnent pas de repérage par le médecin traitant. D'autre part, nous constatons que pour 57,35% (N = 39) des courriers, l'acteur du repérage n'est pas mentionné, ce qui peut altérer la finesse des résultats. Cependant, nous constatons dans le protocole de l'entretien avec les parents (cf. Annexe A2.) que cette question n'est pas posée.

Une fois les premières difficultés repérées, le parcours de soins des enfants s'articule autour de deux axes : un parcours médical et paramédical, et un parcours scolaire, avec la mise en place d'aides et d'aménagements.

1.2. Éléments relatifs aux parcours médicaux et paramédicaux

Avant d'accéder au diagnostic, 94,12 % (N = 64) des 68 enfants de notre étude ont bénéficié d'au moins un premier bilan orthophonique, ayant abouti à 95,31 % (N = 61) à une prise en charge. Lorsque nous comparons ces chiffres à ceux des autres bilans médicaux et paramédicaux exposés plus bas, nous constatons que conformément aux propos de la HAS (2017), l'orthophonie semble être le traitement proposé en première intention, suite au repérage des difficultés. De plus, le premier bilan en orthophonie a lieu en CP pour 25,00% (N = 16) des enfants, et en CE1 pour 21,87% (N = 14), comme stipulé dans le guide de la HAS (2017). La fréquence des séances d'orthophonie rapportée dans 27,94% (N = 19) des courriers varie entre une et trois séances hebdomadaires, ce qui semble correspondre aux notions de « régularité » et d'adaptation du rythme des séances au profil du patient annoncées par l'Assurance Maladie.

Concernant les autres types de prises en charges paramédicales, 25 % (N = 17) des enfants ont bénéficié d'un suivi psychologique. Le motif de ces suivis ne sont pas mentionnés dans les courriers médicaux, mais ce chiffre pourrait suggérer des retentissements psychologiques et psychoaffectifs du trouble sur bon nombre des enfants de la population. De plus, 82,35 % (N = 56) des enfants ont bénéficié d'une psychométrie, ce qui semble montrer l'implication de cette évaluation dans la démarche diagnostique.

Nous observons également que 19,12 % (N = 13) des enfants ont réalisé un bilan en ergothérapie, ayant permis de dégager un inventaire de leurs besoins et capacités en matière de matériel pédagogique et d'outil informatique. Cependant, seuls 15,38% (N = 2) des enfants suivis en ergothérapie bénéficient d'un outil informatique à l'école. Cela ne semble pas correspondre à ce que préconise l'Assurance Maladie, précisant que dans le cadre de troubles du langage écrit, l'ergothérapie doit pouvoir aboutir à la mise en place d'une aide informatique (Ameli, 2020). Les courriers ne précisent pas quelle était la demande au moment du bilan en ergothérapie, ni le motif de la prise en charge : nous ne savons donc pas si celle-ci n'a pas abouti à la mise en place d'une aide informatique car la demande ne concernait pas le langage écrit, ou parce que les enfants n'en avaient pas besoin dans ce domaine.

Par ailleurs, 16,18 % (N = 11) des enfants ont bénéficié d'un bilan en psychomotricité pour des difficultés sensorimotrices ou visuo-spatiales.

Enfin, dans 36,76% (N = 25) des cas, les enfants sont pris en charge dans des structures type CMP, CMPP, CAMSP et CATTP, ce qui semble montrer que le trouble du langage écrit s'inscrit pour ces patients dans le cadre de difficultés plus globales. Cela pourrait suggérer une explication quant à l'errance diagnostique dans laquelle ils se trouvaient, et la justification de par leur situation clinique complexe, de leur entrée dans le niveau 3 du parcours de soins, impliquant un bilan en CRTLA.

Les préconisations médicales ou paramédicales du neuropédiatre concernent 94,11% (N= 64) des enfants. L'indication de prise en charge la plus fréquente après le bilan reste l'orthophonie, préconisée à 85,5% (N = 56) des enfants, pour 95,31 % (N = 61) en ayant déjà disposé avant. Ce chiffre semble confirmer l'importance de ce type de prise en charge pour les enfants présentant des troubles du langage écrit, et montre que l'orthophonie mise en place avant le bilan au CRDTA serait une réponse adaptée aux troubles identifiés. La fréquence des séances préconisées est précisée dans 4,68% (N = 3) des courriers, dont 3,12% (N = 2) dans lesquels le neuropédiatre indique une notion « d'intensité ». Selon l'Assurance Maladie (Ameli, 2020), la fréquence des séances doit être régulière et adaptée au profil de chaque patient. La notion « d'intensité » pourrait donc correspondre à ces critères, cependant la quantité exacte de séance que l'on met derrière ce terme paraît subjective.

Le neuropédiatre préconise également un suivi psychologique à 34,37% (N = 22) des enfants, et en ergothérapie à 26,56% (N = 17). Nous constatons ainsi qu'il augmente le nombre d'enfants amenés à consulter ces professionnels. Là aussi, cela pourrait suggérer que les dispositions prises antérieurement au bilan pluridisciplinaire seraient adaptées aux enfants TSLE. En revanche, sur les 16,18 % (N = 11) d'enfants ayant été suivis en psychomotricité, le neuropédiatre n'en oriente plus que 3,12% (N = 2). La psychomotricité ne semble donc pas la réponse la plus adéquate face à des troubles du langage écrit.

D'autre part, antérieurement au bilan, 36,76% (N = 25) des enfants étaient pris en charge dans des structures, dont 64,00 % (N = 16) en CMP. Le neuropédiatre propose une prise en charge en structure (CMP, SESSAD et CMPP) à 14, 70% (N = 10) des enfants, dont 80,00% (N = 8) en CMP. Nous constatons ainsi que le CRDTA oriente relativement peu les enfants vers des suivis en structure. Cela pourrait suggérer que ce type de suivi ne semble pas être une solution de premier recours pour les enfants présentant un trouble du langage écrit.

Enfin, le neuropédiatre oriente également 23,43% (N = 15) des enfants vers des examens médicaux complémentaires, afin d'éclaircir des points soulevés lors du bilan. Ces examens permettraient de compléter la démarche diagnostique, et de procéder au diagnostic par exclusion.

.1.3. Éléments relatifs aux parcours scolaires

Avant d'accéder au diagnostic, 79,41 % (N = 54) des enfants de la population disposent déjà d'aides et d'aménagements pédagogiques. Proposées par les enseignants, ces aides entrent dans le cadre de leur mission d'accompagnement et d'adaptation des enseignements aux besoins et difficultés propres à chaque élève (Huau & al., 2017). Nous observons qu'elles sont majoritairement mises en place à partir du CE1, avec un pic en CE1 et en 6^{ème}. Selon la HAS (2017), ces aides doivent être mises en place le plus précocement possible, avant même l'entrée dans le parcours de soins. Dans notre population, l'entrée dans le parcours se fait généralement avec un premier bilan orthophonique, ayant lieu en maternelle dans 48,43 % (N = 31) des cas, en CP pour 25,00% (N = 16), et en CE1 pour 21,87% (N = 14). La mise en place des aménagements scolaires nous paraît donc tardive par rapport à l'instauration des prises en charge paramédicales. Avant le bilan au CRDTA, les aides principalement retrouvées dans la population sont les aménagements pédagogiques, proposés à 66,66% (N = 36) des enfants, et effectifs dans 63,88% (N = 23) des cas, ainsi que l'aide humaine, accordée à 35,29% (N = 24) des enfants, et effective à 83,33% (N = 20).

Suite à l'évaluation réalisée au CRDTA, le neuropédiatre préconise des aménagements pédagogiques à 77,94% (N = 53) des enfants et une aide humaine à 50% (N = 34). Cela semble

montrer que les dispositifs mis en place avant le diagnostic étaient adaptés puisqu'ils sont repris et amplifiés par le CRDTA.

En revanche, seuls 7,35% (N = 5) des enfants bénéficiaient d'une aide matérielle, alors que le neuropédiatre la préconise pour 50,00% (N = 34) des enfants. Ce type d'aide semble donc particulièrement adéquat pour des enfants présentant un TSLE, mais sous-exploité avant l'obtention d'un diagnostic. Ce phénomène pourrait s'expliquer par la nécessité de mise en place d'un PAP ou d'un PPS pour en bénéficier. Or, 26,47% (N = 18) des enfants bénéficiaient d'un PAP avant le bilan au CRDTA, et seuls 2,92% (N = 2) d'un PPS. Le nombre d'enfants bénéficiant d'une aide matérielle avant le bilan est donc nettement inférieur à celui des enfants disposant d'un plan de scolarisation. Les préconisations du neuropédiatre attribuant un PPS à 33,82% (N = 23) des enfants, et un PAP à 29,41% (N = 20), pourraient favoriser la mise en place d'aide matérielle. En outre, le neuropédiatre propose à 13,23% (N = 9) des enfants une reconvoction au CRDTA pour une consultation commune orthophoniste / ergothérapeute, afin de mettre en place des outils informatiques. Cette reconvoction semble attester de l'importance de ce type d'aide pour les enfants.

De plus, nous constatons par-là que le neuropédiatre préconise davantage de plans de scolarisation à la population (66,17%, soit N = 45 des enfants concernés après le diagnostic, contre 44,44 % soit N = 24 avant), et augmente notablement le nombre de PPS par rapport à ceux qui étaient déjà mis en place avant le bilan. Cette augmentation pourrait s'expliquer par le fait que ce dispositif s'adresse à des enfants porteurs de handicap. Or le trouble spécifique du langage écrit entre dans ce cadre, et nécessite des aménagements particuliers, proposés par le PPS. D'autre part, le nombre stable de PAP semble montrer que ce plan est malgré tout adapté aux difficultés des enfants TSLE, et que ceux mis en place avant le diagnostic étaient justifiés.

Enfin, alors que 27,94% (N = 19) des enfants avaient redoublé une classe durant leur scolarité, le CRDTA propose ou appuie la décision de maintien dans une classe pour seulement 5,88% (N = 4) des cas. Ce chiffre semble attester du caractère exceptionnel de cette démarche, comme rappelé dans le BO n°8 du 22/02/2018. Les classes le plus souvent redoublées par ces enfants sont le CP, et le CE1. Cela semble cohérent puisque c'est à ce moment-là que le langage écrit se met en place, et que les enfants de notre population présentent un trouble du langage écrit. Par ailleurs, un décroisement dans une autre classe est proposé pour 2,94% (N = 2) des enfants. Il s'adresse surtout à des enfants de CE1, auxquels on propose de rejoindre une classe de CP pour la lecture. Cette adaptation va dans le sens de l'adaptation des apprentissages aux enfants présentant des besoins éducatifs particuliers (EDUSCOL, 2020).

.1.4. Éléments relatifs au diagnostic

Avant l'évaluation pluridisciplinaire au CRDTA, les patients s'inscrivaient déjà dans une démarche diagnostique. En effet, le bilan orthophonique, réalisé en première intention contribue à poser un diagnostic de dyslexie par inclusion. De fait, grâce aux données anamnestiques recueillies, à l'observation clinique du patient et aux évaluations standardisées utilisées lors du bilan, l'orthophoniste va recueillir de éléments lui permettant d'orienter le diagnostic. Cette évaluation est complétée par d'autres bilans médicaux et paramédicaux, permettant de contextualiser le trouble, d'éclairer le diagnostic et d'éliminer d'éventuels diagnostics différentiels, et donc de contribuer au diagnostic par exclusion. Parmi les examens complémentaires les plus fréquemment rencontrés dans notre population, nous notons que :

- 82,35 % (N = 56) des enfants ont bénéficié d'au moins une évaluation psychométrique permettant de dégager leur profil cognitif.

- 13,64 % (N = 9) des enfants ont déjà eu un examen sensoriel chez un ORL, un orthoptiste ou un ophtalmologiste, objectivant des limitations sensorielles.
- 25% (N = 17) des enfants sont ou ont été suivis par un psychologue, qui a pu expliquer les retentissements psychologiques des troubles.

Ces données corroborent les critères diagnostiques du trouble des apprentissages proposés par les classifications internationales. En effet, celles-ci précisent les éléments cliniques permettant de confirmer et d'exclure un trouble des apprentissages. Ainsi, les bilans ORL, les suivis psychologiques, et les psychométries permettent d'exclure un trouble sensoriel, un environnement psychosocial inadapté ou un déficit intellectuel comme facteurs explicatifs du trouble. Cependant, au vu de ces chiffres, nous constatons qu'excepté la psychométrie, les enfants ont peu été amené à réaliser ces examens complémentaires.

Les différentes évaluations réalisées par les enfants de notre population n'ont cependant pas permis de poser un diagnostic, c'est pourquoi leurs situations cliniques complexes nécessitent un avis médical de niveau 3. Ainsi, ils sont orientés vers le CRDTA, principalement par le Médecin de l'Éducation Nationale. La demande initiale ne porte pas seulement sur le langage écrit, mais également sur le langage oral, les mathématiques, les difficultés attentionnelles, praxiques et visuo-spatiales, avec généralement une intrication de ces différentes plaintes. En parvenant à des conclusions diagnostiques dans ces situations complexes, le CRDTA remplit sa mission d'expertise diagnostique. La consultation au CRDTA met ainsi fin à une certaine errance diagnostique, permettant la mise en place de prises en charge et d'aménagements adaptés.

De plus, outre le diagnostic de TSLE, le neuropédiatre identifie des troubles associés pour 29,41% (N=20) des enfants, dont 65,00% (N = 13) présentant une dyscalculie, 30,00% (N = 6) une dysgraphie, et 5,00% (N = 1) un trouble anxieux. Ces données sont cohérentes avec la littérature, qui précise que ces trois types de trouble sont fréquemment associés au trouble du langage écrit (Huc-Chabrolle & al., 2010).

Enfin, le neuropédiatre mentionne dans ses conclusions une notion de sévérité du trouble dans 25,00% (N = 17) des cas. Le trouble sévère aurait de nombreuses conséquences fonctionnelles, et empêcherait l'enfant d'accéder au sens du texte. Il verrait également ses productions écrites tellement altérées par des difficultés orthographiques qu'elles en deviendraient illisibles (Billard & Delteil-Pinton, 2010). Ces données nous permettent de comprendre la justification des différentes préconisations tant sur le plan médical, que paramédical et scolaire, émises par le neuropédiatre.

.2. Discussion des intérêts cliniques de l'étude

La réalisation de cette étude s'est faite au moyen de la lecture et de l'analyse des courriers médicaux rédigés à l'issue du bilan au CRDTA. Ces courriers permettent de retracer les parcours de soins des enfants, en reprenant les éléments de la naissance à aujourd'hui, récoltés par le biais d'une trame de questionnaire dont dispose le neuropédiatre, et qui oriente son entretien avec les parents. Cependant, nous constatons que certains éléments n'apparaissent pas dans tous les courriers, c'est pourquoi nous répertorions à présent les éléments systématiquement indiqués dans les courriers, et ceux qui ne le sont pas, en vue d'améliorer la collecte de données anamnestiques et relatives aux parcours de soins au cours du bilan.

.2.1. Concernant la description de la population

Les courriers mentionnent systématiquement le motif de la demande de bilan au CRDTA. Nous constatons d'ailleurs que dans 29,41% (N = 20) des courriers, la demande initiale ne porte pas sur le langage écrit, mais sur des difficultés scolaires plus globales, des difficultés de langage oral, de cognition mathématique, d'attention ou de troubles du comportement.

En revanche, les courriers ne mentionnent jamais la classe du patient. Celle-ci est rappelée dans le logiciel File Maker, mais pas dans le courrier.

Enfin, les courriers ne mentionnent pas toujours la personne à l'origine de la demande de bilan. Celle-ci n'est pas précisée dans 77,94% (N = 53) des cas. De même, le contexte général du patient, c'est-à-dire si le trouble du langage écrit s'inscrit dans un trouble plus global (par exemple un Haut Potentiel Intellectuel) n'est pas indiqué dans 85,29% (N = 58) des courriers. Toutefois, nous ne savons pas si ce contexte n'est pas précisé parce qu'il n'y a pas de trouble, ou si celui-ci n'est pas mentionné dans le courrier. De plus, les éléments relatifs au repérage des difficultés ne sont pas non plus toujours précisés. Ainsi, la personne ayant repéré les premières difficultés n'apparaît pas dans 54,41% (N = 37) des courriers, la classe lors du repérage dans 23,52% (N = 16), et la nature des difficultés initiales dans 20,58% (N = 16).

.2.2. Concernant le diagnostic médical

Le diagnostic médical du neuropédiatre est précisé dans 100% (N = 68) des courriers. Nous constatons ainsi que le CRDTA remplit sa mission d'expertise diagnostique de CRTLA (DHOS/01/2001/209 du 4 mai 2001). Ce bilan se doit notamment de préciser le caractère sévère et spécifique du trouble, cependant, dans 73,52 % (N = 50) des courriers, la notion de sévérité n'apparaît pas.

.2.3. Concernant le parcours médico-scolaire

.2.3.1. Concernant le parcours médical et paramédical

Concernant l'orthophonie, 83,60% (N = 51) des courriers mentionnant une prise en charge n'indiquent pas la réalisation d'un bilan initial. Néanmoins, la prise en charge étant conditionnée par l'exécution d'un bilan, nous en déduisons que celui-ci a pourtant bien eu lieu. De plus, le motif du bilan initial n'est pas indiqué dans 76,04% (N = 73) de la totalité des bilans réalisés, et celui de la prise en charge en ayant découlé dans 73,77 % (N = 45). La fréquence des séances d'orthophonie n'est également pas renseignée dans 72,05% (N = 49) des courriers, et leur lieu dans 96,72% (N = 59). Enfin, 9,49 % (N = 6) des courriers ne mentionnent pas l'état de la prise en charge au moment du bilan au CRDTA. Nous constatons donc que la description du parcours orthophonique antérieur au bilan est souvent imprécise. Les préconisations du neuropédiatre concernant l'orthophonie ne mentionnent pas le motif de la prise en charge dans 73,21% (N= 41) des cas, le lieu de prise en charge dans 98,21% (N=55), et la fréquence des séances dans 94,64% (N=53).

Concernant le suivi psychologique antérieur au bilan, les courriers médicaux ne mentionnent jamais leur motif, et lieu de prise en charge n'apparaît pas pour 58,82% (N=10) des enfants en bénéficiant. La classe au moment du début du suivi n'est pas précisée dans 47,05% (N=8) des courriers. Les préconisations du neuropédiatre relatives aux suivis psychologiques ne mentionnent pas le lieu de prise en charge dans 18,18% (N=4) des cas et le motif dans 68,18% (N=15).

Concernant le bilan en ergothérapie réalisé antérieurement au bilan, la classe de l'enfant à ce moment-là n'est pas précisée dans 53,84% (N=7) des cas. De plus, pour les prises en charge qui en découlent et qui concernent 69,23 % (N = 9) des 13 enfants ayant réalisé un bilan, les courriers médicaux ne mentionnent jamais leur motif, et leur lieu n'apparaît pas dans 22,22% (N=2) des cas. La fréquence des séances n'est par ailleurs jamais mentionnée. Les préconisations du neuropédiatre à ce sujet ne mentionnent pas le motif de prise en charge dans 11,76% (N=2) des cas, le lieu dans 94,11% (N= 16), et la fréquence dans 100% (N=17).

Concernant la psychomotricité, le motif du bilan n'est pas indiqué dans 27,27% (N=3) des cas, le lieu de prise en charge dans 54,54% (N=6), et la classe des enfants au début du suivi dans 18,18% (N=2). Les préconisations du neuropédiatre à ce sujet ne mentionnent jamais le motif et la fréquence des séances, et seul un des deux courriers préconisant un suivi en psychomotricité mentionne le lieu de prise en charge.

Concernant les prises en charge en structures antérieures au bilan, la nature du suivi n'est pas précisée dans 13,24 % (N = 9) des enfants en CMP, et dans 25,00% (N=1) pour les CMPP. Les préconisations du neuropédiatre à ce sujet ne mentionnent pas la nature du suivi en SESSAD préconisé dans 100% (N=1) des cas, et en CMP dans 100% (N=1) aussi.

Enfin, le motif des suivis médicamenteux antérieurs au bilan n'est pas mentionné dans 100% (N=1) des cas.

.2.3.2. Concernant le parcours scolaire

Concernant un redoublement, antérieur au bilan 72,05% (N = 49) des courriers n'indiquent rien à ce sujet, et les préconisations du neuropédiatre n'en mentionnent pas dans 94,11% (N=64) des courriers.

Concernant l'éventuelle mise en place d'aménagements scolaires ou de plans de scolarisation, 22,22% (N=12) n'indiquent rien sur leur effectivité et 70,37% (N = 38) rien sur leur éventuelle interruption. La classe de mise en place de ces aides n'est pas renseignée dans 20,37% (N = 11) des courriers. Les préconisations du neuropédiatre n'indiquent pas le motif motivant la mise en place d'aides dans 80,88% (N=55) des cas.

Concernant une saisine de la MDPH antérieure au bilan, 57,40 % (N = 31) des enfants bénéficiant d'aides et d'aménagements ne mentionnent pas de sollicitation de la MDPH, et sa réponse n'est pas indiquée dans 6,89% (N=2) des courriers. Les neuropédiatre préconise une saisine de la MDPH à 15 enfants, mais n'indique pas le motif de cette sollicitation dans 26,66% (N=4) des cas.

.3. Discussion des limites de l'étude

Cette étude a pour intérêt de mieux cerner les parcours de soins enfants TSLE en un lieu et à un temps donné (2019 et 2020), et d'améliorer le recueil de données au cours de l'évaluation grâce à l'analyse des courriers médicaux. Cependant, les conclusions que nous pouvons tirer de cette étude sont limitées par certains biais auxquels nous avons été confrontés.

De fait, notre étude comporte des biais d'information. En effet, les informations manquantes dans les courriers médicaux, ont pu limiter notre interprétation des données, et altéré la qualité de notre analyse. Ce manque d'information nous a également parfois conduit à effectuer des inférences. Notre étude peut donc également comporter des biais d'interprétation. Nous avons en effet déduit certaines informations, telles que la classe des enfants en fonction du mois et de l'année évoquée, ou encore nous avons inféré de l'actualité d'une prise en charge en fonction du temps employé dans le compte-rendu (présent ou passé).

Enfin, du fait du temps limité alloué à la collecte de données, la population de notre étude, limitée à 68 participants est trop peu nombreuse pour être représentative et généralisable à l'ensemble des enfants TSLE ayant consulté au CRDTA.

Conclusion

Notre étude avait pour objectif l'analyse des parcours médico-scolaire des enfants ayant été diagnostiqués TSLE au CRDTA de Lille, et cherchait également à améliorer la collecte de données pour retracer ces parcours par la consultation des courriers médicaux rédigés à la suite de leur évaluation au CRDTA. Nous avons ensuite extrait les informations nous intéressant sur les plans médicaux, paramédicaux et scolaires, puis nous les avons analysées.

Nous avons ainsi pu constater que les enfants s'inscrivent dans un parcours de soin dès la maternelle, par des difficultés de langage oral ou d'installation des prérequis au langage écrit, le plus souvent repérées par les parents. L'orthophonie est alors une solution proposée en première intention. D'autres prises en charge peuvent être proposées dans un second temps, et différents bilans médicaux sont réalisés afin d'éclairer la démarche diagnostique. Au niveau scolaire, en vue de pallier leurs difficultés, les enfants disposent d'aménagements pédagogiques, d'aide humaine ou matérielle. Cependant, malgré ces différents éléments, la situation clinique complexe de ces patients, marquée par une intrication de troubles empêche la pose d'un diagnostic, et nécessite l'entrée dans le niveau 3 du parcours de soins, en CRTLA. Le bilan réalisé au CRDTA leur permet d'accéder à un diagnostic, et de bénéficier de préconisations destinées à améliorer leur parcours médico-scolaires. Les propositions émises par le neuropédiatre semblent aller dans le sens des différents dispositifs mis en place antérieurement, tout en les adaptant davantage au profil des patients TSLE.

Cette étude avait comme implication clinique de permettre le perfectionnement de la collecte de données lors de l'entretien avec les parents. Nous avons en effet constaté que nombre d'informations n'étaient pas renseignées dans les courriers, ce qui limitait la précision et la capacité d'interprétation des parcours médico-scolaires. De plus, le manque de précision dans les préconisations neuropédiatrique limite leur mise en application. L'amélioration du recueil de données pourrait s'effectuer en complétant la trame de questionnaire du neuropédiatre. Pour ce faire, il semblerait judicieux pour la présentation du patient, de rappeler la personne à l'origine de la demande de bilan, et de préciser sa classe au moment du bilan. Concernant le repérage des difficultés, il faudrait systématiser la demande d'informations relatives à la personne ayant alerté des premières difficultés, la classe de l'enfant à ce moment-là et la nature des éléments repérés. Concernant le parcours médical et paramédical, il s'agirait de préciser le motif de la plainte aboutissant à la réalisation des différents bilans avant le bilan au CRDTA, et d'indiquer le motif, le lieu et la fréquence des prises en charges en découlant, autant pour les éléments antérieurs au bilan que dans les préconisations du neuropédiatre. Enfin, concernant les parcours scolaires antérieurs au bilan, il faudrait indiquer automatiquement la présence ou non de redoublement, ainsi que l'effectivité et l'éventuelle interruption des aménagements scolaires mis en place. Les préconisations à ce sujet devraient également préciser le motif justifiant l'instauration d'aménagements et d'aides, ainsi que le motif de la sollicitation de la MDPH. Enfin, dans l'exposition du diagnostic, il faudrait le préciser en systématisant la mention de sévérité du trouble.

Bibliographie

- Ameli. (2020). Prise en charge médicale et rééducation des troubles du langage écrit. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/troubles-langage-ecrit/prise-charge-medicale-reeducation>
- Ameli. (2020). La dyslexie, la dysorthographe et/ou la dysgraphie au quotidien. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/troubles-langage-ecrit/accompagnement-familial-scolarisation>
- Ameli. (2019). La dyslexie, la dysorthographe et/ou la dysgraphie au quotidien. https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/troubles-langage-ecrit/accompagnement-familial-scolarisation#text_9259
- Association Américaine de Psychiatrie. (2015). Trouble spécifique des apprentissages. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (p. 76-86). Paris, France: Elsevier Masson.
- Becker, J., Czamara, D., Scerri, T. S., Ramus, F., Csépe, V., Talcott, J. B., Stein, J., Morris, A., Ludwig, K. U., Hoffmann, P., Honbolygó, F., Tóth, D., Fauchereau, F., Bogliotti, C., Iannuzzi, S., Chaix, Y., Valdois, S., Billard, C., George, F., ... Schumacher, J. (2014). Genetic analysis of dyslexia candidate genes in the European cross-linguistic NeuroDys cohort. *European Journal of Human Genetics*, 22(5), 675-680.
- Billard, C., & Delteil-Pinton, F. (2010). Clinique de la dyslexie. *Archives de Pédiatrie*, 17(12), 1734-1743.
- Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n°30 du 25 août 2016. <https://www.education.gouv.fr/bo/16/Hebdo30/MENE%201612034C.htm>.
- Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n°18 du 04 mai 2017. <https://www.education.gouv.fr/bo/17/Hebdo18/MENE1712905C.htm>.
- Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n°18 du 04 mai 2017. <https://www.education.gouv.fr/les-reseaux-d-aides-specialisees-aux-eleves-en-difficulte-rased-11312>.
- Bulletin Officiel de l'Éducation Nationale n°8 du 22 février 2018. https://www.education.gouv.fr/bo/18/Hebdo8/MENE1800673D.htm?cid_bo=126832.
- Circulaire n° DHOS/01/2001/209 du 4 mai 2001 Relative à l'organisation de la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit. (2001).
- CNNSE. (2013). Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages.
- Eduscol. (2020). Le service public de l'école inclusive. <https://eduscol.education.fr/1144/le-service-public-de-l-ecole-inclusive>.
- Eduscol. (2020). Les programmes personnalisés de réussite éducative. <https://eduscol.education.fr/858/les-programmes-personnalises-de-reussite-educative>.
- Eduscol. (2020). Mettre en œuvre un plan d'accompagnement personnalisé. <https://eduscol.education.fr/1214/mettre-en-oeuvre-un-plan-d-accompagnement-personnalise>.
- Eduscol. (s. d.). Répondre aux besoins éducatifs particuliers des élèves : quel plan pour qui ?
- Habib, M. (2018). Dyslexie de développement – EMC. *Pédopsychiatrie*, 16(1), 1-12. [Article 37-201-E-10].

- Habib, M., & Joly-Pottuz, B. (2008). Dyslexie, du diagnostic à la thérapeutique : un état des lieux. *Revue de Neuropsychologie*, 18(4), 247-325.
- HAS. (2017). Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?
- Huau, A., Jover, M., Roussey, J-Y. (2017). Difficultés associées et scolarisation des enfants dyslexiques. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 1(77), 169-181.
- Huc-Chabrolle, M., Barthez, M.-A., Tripi, G., Barthélémy, C., & Bonnet-Brilhault, F. (2010). Les troubles psychiatriques et psychocognitifs associés à la dyslexie de développement : un enjeu clinique et scientifique. *L'Encéphale*, 36(2), 172-179.
- INSERM. (2007). Dyslexie, Dysorthographe, Dyscalculie : Bilan des données scientifiques.
- INSERM. (2019, octobre 24). Troubles spécifiques des apprentissages. Consulté à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/troubles-specifiques-apprentissages>
- Launay, L. (2018). Du DSM-5 au diagnostic orthophonique : élaboration d'un arbre décisionnel. *Rééducation orthophonique*, (273), 71-92
- Lyon, G. R, Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2003). A definition of dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 53, 1-14.
- OMS. (2008). CIM-10 version 2008. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F80-F89>
- Ramus, F. (2012). Les troubles spécifiques de la lecture. *L'information grammaticale*, (133), 34-40.
- Ringard, J.-C., & Veber, F. (2001). Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage.
- Rutter, M. (1989). Child Psychiatric Disorders in ICD-10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(4), 499-513.
- Simmons, R., & Singleton, C. (2008). Do weak phonological representations impact on arithmetic development? A review of research into arithmetic and dyslexia. *Dyslexia*, 14(2), 77-94.
- Sprenger-Charolles, L., & Colé, P. (2013). *Lecture et dyslexie, approche cognitive* (2e éd.). Dunod.
- Webmaster. (2010). La compensation. *Apeda-dys*. <https://apeda-france.com/spip.php?article59>