Les DYS… *une présentation.*

Dr Alain POUHET ~ Médecine Physique et Réadaptation.

Dans le domaine scolaire les vocables en "**DYSquelquechose**" (*dyslexie, dysgraphie, dysorthographie, dyspraxie, dysphasie,…*) désignent des "situations" de difficultés scolaires dites "spécifiques" c'est-à-dire concernant un enfant indemne de déficit intellectuel ou de pathologie visible somatique ou psychologique.
Ces termes en DYS désignent tout à la fois des difficultés en classe et des diagnostics médicaux.

Pour tout un chacun, cette terminologie commune *"en DYS"*, a l'avantage de mettre en exergue l'existence de troubles **spécifiques** à l'école et donc de participer à leur reconnaissance. C'est nécessaire car la fréquence des DYS est encore gravement sous-estimée. Mais cela entretient un flou entre les conséquences scolaires et leurs causes qui est préjudiciable à la compréhension des mécanismes responsables des difficultés. Or sans cette compréhension, il est très difficile de s'adapter correctement à ces enfants courageux et méritants qui s'épuisent à tenter de vouloir bien faire des choses simples pour les autres, mais qui eux, les découragent.

Michel Habib, neurologue

Bulletin MGEN « Valeurs mutualistes » n° 253 - janvier 2008

- *Question (V M) :* **Qu'elle est la particularité de ces troubles *DYS* pour l'école ?**
- *Réponse (M H) :* **Ils représentent un handicap spécial dans la mesure où il n'est pas évident à déceler, on peut en douter, voire mettre la parole en doute ceux qui l'affirment… Alors même qu'ils devraient intéresser particulièrement l'école, plus que les autres handicaps, car l'école elle même est le lieu même d'expression de ces troubles. Dès que les enfants DYS sortent de l'école, ils n'ont pratiquement plus de handicap !**

D. PENNAC. "Chagrin d'école". Gallimard. 2007.

- au sujet des élèves : « J'étais une nullité scolaire et je n'avais jamais été que cela… C'était beaucoup plus qu'une certitude, c'était moi.
De cela certains enfants se persuadent très vite, et s'ils ne trouvent personne pour les détromper, comme on peut vivre sans passion ils développent, faute de mieux, la passion de l'échec ».

- parlant des professeurs : « Le gros handicap des professeurs tiendrait dans leur incapacité à s'imaginer ne sachant pas ce qu'ils savent. Quelles que soit les difficultés à les acquérir, dès que leurs connaissances sont acquises elles leur deviennent consubstantielles, ils les perçoivent désormais comme des évidences " *Mais c'est évident, voyons !* ", et ne peuvent imaginer leur absolue étrangeté pour ceux qui, dans ce domaine précis, vivent en état d'ignorance ».

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES - Bibliographie indicative :

Remerciements au Dr Michèle MAZEAU pour ses ouvrages, son enseignement, ses conseils… Ce court texte de présentation s'inspire essentiellement de son travail considérable. La lecture de ses ouvrages est incontournable pour « aller plus loin » :

MAZEAU Michèle : MASSON.

- ***Déficits visuo-spatiaux et dyspraxies de l'enfant.*** 1995
- ***Dysphasie, troubles mnésiques, syndrome frontal chez l'enfant.*** 1997
- ***Conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant.*** 2008
- ***Neuropsychologie et troubles des apprentissages.*** 2005

Autres ouvrages :

- *L'intelligence de l'enfant.* Coordonné par M. Fournier et R. Lécuyer. Editions Sciences Humaines. 2006.
- *Le cerveau et la pensée*. Coordonné par J.F. Dortier. Editions Sciences Humaines. 2003.
- F. LUSSIER, J. FLESSAS. *Neuropsychologie de l'enfant*. DUNOD. 2005
- O. REVOL. *"Même pas grave !"*. JC LATTES. Octobre 2006
- S. DEHAENE. *La bosse des maths*. O. JACOB. 1997
- S. DEHAENE. *Les neurones de la lecture*. O. JACOB. 2007
- P. DESSUS et E. GENTAZ. *Apprentissages et enseignement*. DUNOD. 2006
- J. SIAUD-FACCHIN. *Aider l'enfant en difficulté scolaire*. O. JACOB. 2006.
- La revue ANAE : Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant. → www.anae-revue.com

→ Parents pour connaître vos droits, instruire et défendre un dossier :

- **J.M. GILLIG. *Mon enfant aussi va à l'école*. Edition Erès. 2007**

Les DYS…
1. C'est quoi ?

DYS en grec veut dire : " *c'est difficile*"…

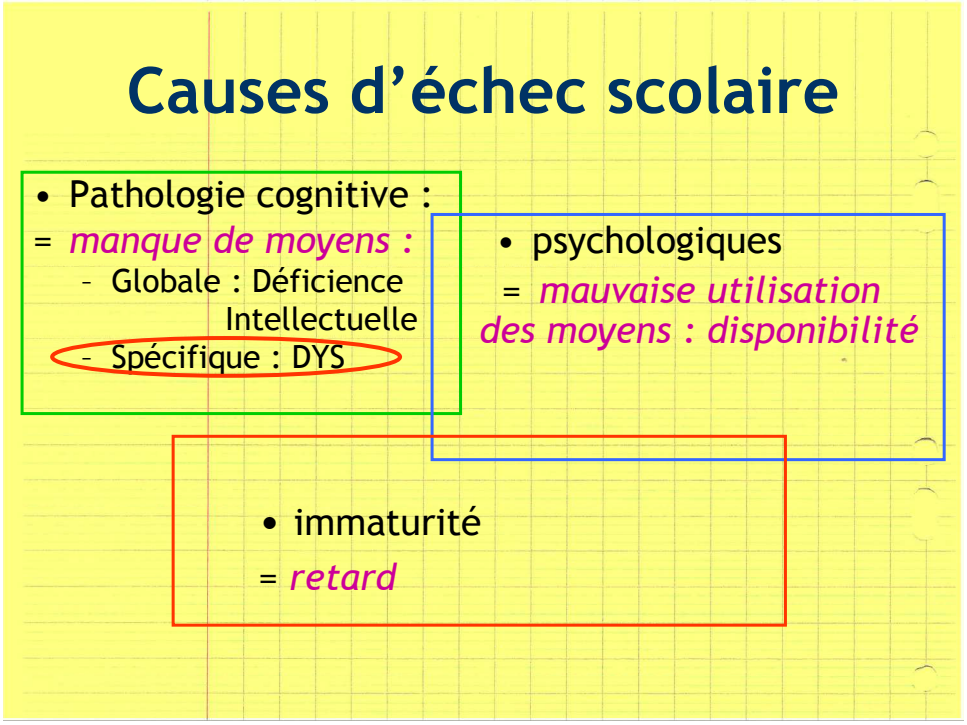
DYS, en médecine, désigne la difficulté d'acquisition d'une fonction tandis que le préfixe **"a"** désigne la perte d'une fonction préalablement établie, (l'adulte victime d'un accident vasculaire cérébral fait une "hémiplégie" et peut devenir **a**phasique → il pouvait parler, il ne peut plus).

Les DYS regroupent toutes sortes de réalités qui ont en commun d'entraîner des difficultés scolaires. Le terme DYS est habituellement assimilé aux troubles spécifiques des apprentissages (TSA), **troubles spécifiques** car survenant dans un cadre précis :

- absence de déficit intellectuel
- fréquentation scolaire normale
- enfant indemne
  - de déficit sensoriel important
  - d'affection neurologique
  - de trouble résultant de désordre psychologique, psychodynamique ou psychiatrique.

Si DYS correspond à un diagnostic, celui-ci serait donc *d'élimination*, mais cette assimilation DYS ⇔ TSA**, rend-elle compte de la diversité des DYS ?**

Dans le cadre des difficultés scolaires, présenter les DYS, ne veut absolument pas dire qu'il n'existe pas d'autres causes de difficultés scolaires !
Fréquemment les adultes autour de l'enfant se querellent sur l'origine de ces difficultés : psychologiques, médicales (cognitives) → très souvent DYS et difficultés psychologiques vont ensemble !



Préambule :

Faire des apprentissages à l'école suppose l'intégrité physique des structures cérébrales dédiées aux traitements des différents signaux qui parviennent au cerveau par l'intermédiaire des organes des sens: sonores, visuels, tactiles,…
A défaut d'intégrité un **fonctionnement** correct de ces structures cérébrales est indispensable.
Le traitement de ces informations par notre encéphale, leur utilisation efficace, sont effectués par de multiples réseaux neuronaux et réalisent l'"intégration sensorielle".
C'est le traitement correct de ces informations qui permet au final d'entrer dans la connaissance → les fonctions cérébrales qui gèrent cela s'appellent les **fonctions cognitives.**

Le cerveau de l'homme du 21^{e}siècle est confronté au traitement d'informations récentes au regard de son évolution : lecture, écriture, calcul, traitement d'images,… l'être humain est amené à recycler des fonctions "anciennes" non prévues au départ pour des tâches "nouvelles", son cerveau doit "*faire du neuf avec du vieux*". (S. DEHAENE)
L'ancienneté de l'apparition du langage dans l'espèce humaine a donné le temps au cerveau d'organiser des aires cérébrales spécialisées et spécifiques. Il est inutile d'apprendre à parler aux petits d'homme, la simple exposition à la langue maternelle permet son acquisition, très rapidement dans un mode réceptif (compréhension), plus tardivement mais à une vitesse prodigieuse en mode expressif (de 2 ans à 3 ans les progrès des enfants sont fulgurants en ce domaine). Les pannes du langage sont moins fréquentes que d'autres DYS...
Les habiletés "modernes" (écriture, lecture, calcul, décryptage d'éléments visuels sur un support papier,…) nécessitent en revanche un apprentissage systématique et volontariste dans un lieu dédié : l'école, souvent relayée par l'aide parentale.

Pour ces fonctions "nouvelles", la nécessité de construire des circuits cérébraux complexes non prévus initialement, rend fréquente la possibilité de "pannes neurologiques".
Les liens entre les possibilités cérébrales, qui ne sont pas infinies, et la mise en place plus ou moins longue et laborieuse de certains apprentissages sont clairement établis. Il faut insister sur le **caractère limité des possibilités du cerveau** pour traiter ces nouveaux stimuli omniprésents dans les apprentissages scolaires.

Derrière tous les préfixes DYS… se cachent des réalités bien différentes !

Toutes ont l'implacable conséquence, pour peu que la DYS soit "grave" ou "sévère", de condamner l'enfant à être à la traîne, aux difficultés scolaires, à se mésestimer, à perdre toute confiance en lui… et dans les adultes.
Toutes nécessitent un diagnostic précis pour prétendre à une prise en charge adaptée.
Les enseignants ne mettront en application des adaptations jugées nécessaires que si elles sont comprises c'est-à-dire expliquées et explicitées précisément → il faut s'accorder sur un "fond commun d'évidence" partagé par tous : parents, enseignants, rééducateurs, médecins scolaires, RASED…
C'est à cette condition que l'enfant trouvera autour de lui la complémentarité et la cohérence lui permettant à la fois de progresser **tel qu'il est** et d'éviter une souffrance inévitable si le projet d'aide, faute d'une connaissance suffisante, est non pertinent car ignorant les mécanismes responsables.
Il n'est plus acceptable de seulement panser des plaies et de laisser un enfant en classe toujours dans les mêmes conditions d'apprentissage non adapté !

Présentation de "*pannes*" qui peuvent survenir par dysfonctionnement cérébral :

AVERTISSEMENT : on ne parle pas de DYS seulement parce que les troubles d'un enfant *correspondent* à une *description* !
→ Devant des difficultés scolaires, pour pouvoir parler de DYS, il faut affirmer le caractère **spécifique** (domaines intacts – enfant intelligent), le caractère **pathologique** par rapport à l'âge de l'enfant (ce n'est pas un retard) et il faut **qualifier** et **quantifier** ce trouble.
Puis, pour aider concrètement *cet enfant là*, il sera nécessaire d'estimer les conséquences, de prévoir les prises en charge, les adaptations, les aménagements, … de mesurer la pertinence du projet…, enfin de se donner les moyens d'en assurer la pérennité.

— **PARLER** Le domaine du langage (acquisition) est rattaché aux apprentissages car les pannes dans ce domaine ont des conséquences scolaires, mais aussi développementales et sociales, redoutables.
Elaborer les sons de la langue (mettre en sons, en succession de sons,…) élaborer une suite conforme de mots (selon la syntaxe utilisée par la langue), retrouver le mot voulu (manque du mot), adapter son discours (à la parole, à la situation, à l'attente prévisible de l'interlocuteur)… sont des tâches que fait tout individu sans y penser quand il parle, quand il s'exprime, quand il répond…
Les pannes du langage par dysfonctionnement des structures cérébrales spécifiquement dédiées à son l'élaboration sont appelées ***DYSPHASIES*** et font partie des DYS.
Elles peuvent être *expressives* et/ou *réceptives* (la compréhension du langage est dans ce cas également affectée).

Cette DYS correspond à la panne d'une acquisition.

— **ECRIRE** À l'école, l'évaluation suppose pour l'élève une bonne maîtrise de l'oral *et* des performances fonctionnelles, rentables à l'écrit. "Ecrire" en français a 2 significations :

- l'écriture manuelle, réalisation de la trace graphique des lettres, des mots, des phrases, d'un texte (l'acte scriptural)
- la production d'écrits (mettre en mots *écrits* sa pensée).

La réalisation manuelle, la calligraphie ne devient rentable que si elle assure :

- lisibilité (relecture par un tiers mais aussi par l'enfant),
- vitesse d'exécution (rapidité de prise de notes),
- performance orthographique suffisante (sinon relecture difficile).

L'écriture manuelle est un outil et n'est qu'un outil → écrire n'apprend rien mais permet de prendre des notes et de restituer des connaissances par exemple lors d'un contrôle.
Or des enfants dyspraxiques, dyslexiques, dysgnosiques, à haut potentiel intellectuel, présentant un syndrome dysexécutif,…peuvent présenter une ***DYSGRAPHIE*** plus ou moins grave.
Ils disposent d'un outil scolaire de réalisation du tracé des lettres, des mots, des phrases, d'un texte, … plus ou moins rentable.

Cette DYS correspond à la panne d'un outil.

— **LIRE** Traiter les sons de la langue pour les reconnaître, les isoler, les séquencer mais aussi les regrouper, les assembler,… est une activité complexe mais très rapidement maîtrisée par le jeune enfant. Sans cela le flux continu de sons, de mots parlés qui entre par nos oreilles serait un continuum ininterrompu auquel nous ne pourrions attribuer aucun sens.
L'enfant victime de ce type de troubles rencontre des difficultés à entrer correctement dans la prononciation de sa langue maternelle et souvent plus encore pour en maîtriser la lecture (qui consiste à traiter les sons de la langue à partir d'un matériel visuel, les mots écrits) → les mots, constitués de lettres et de regroupement de lettres (les graphèmes), doivent être décodés en unités de sons (les phonèmes).
Il présente la ***DYSLEXIE*** la plus fréquente : dyslexie "*phonologique"* ou encore "*profonde"*.
Cette habilité est rendue plus ou moins difficile par la complexité même de la structure de la langue, selon sa régularité phonétique ou non (régularité : italien / opaque : anglais, français).

Cette DYS correspond à la panne d'un apprentissage.

— **RECONNAITRE** La conversion fiable graphèmes-phonèmes nécessite une reconnaissance préalable fidèle, fiable et stable des signes conventionnels de la langue : les lettres.
Cette faculté peut être en panne en cas de ***DYSGNOSIE des signes conventionnels*** (DSC). Il s'agit d'un dysfonctionnement des aires cérébrales utilisées dans la reconnaissance de ces signes.
Chez l'enfant, cette difficulté toute particulière de reconnaissance (relevant des fonctions gnosiques visuelles), malgré une exposition normale à cet apprentissage (ce qui est forcément le cas pour les lettres quand on fréquente normalement l'école) concerne toutes les lettres dans les formes graves de DSC.
Il existe une impossibilité de reconnaître la lettre, c'est à dire de l'analyser, la décoder et donc d'y associer instantanément le nom ou le son correspondant ("m" → "meu").
Dans les formes modérées, cela peut ne concerner que les lettres morphologiquement proches : m – n – u / O – Q / b – l / k – h / E –F / G – C / e – c / a – d / i – j….
On conçoit aisément l'impossibilité ou la grande difficulté pour un enfant victime d'une DSC d'entrer dans la lecture à cause de l'obligation permanente d'un effort, d'une conscientisation volontaire et cognitivement coûteuse pour aborder chaque mot en établissant des relations non automatiques entre chaque lettre et chaque son : l'enfant doit se dire par exemple : *ça c'est le* "**u**" *de **u**sine parce que maman travaille à l'**u**sine*, même chose pour le "**o**" de ***o**range* , puis pour les associer : "**ou**" de *l**ou**p*….

— La reconnaissance des images, représentation sur une feuille *en 2D* d'une réalité *en 3D* peut être mise en défaut par un dysfonctionnement cérébral. Comme pour les lettres, le cerveau humain a dû "recycler" les zones de reconnaissance visuelle qu'il possédait pour le traitement de ces données "récentes", les images.
Les manuels scolaires regorgent d'images, avec le développement des techniques (infographie) elles sont plus ou moins conformes à la réalité (prototypiques) ceci dans un souci louable d'illustrer, d'intéresser, de varier…
Certains enfants ont un équipement cérébral qui ne leur permet pas, ou mal, de traiter ce type d'informations visuelles : alors que les détails des images peuvent être correctement reconnus, le "tout" reste énigmatique, mystérieux, et plutôt deviné. Par exemple la raie dans les cheveux est reconnue et nommée "plume". C'est la ***DYSGNOSIE des images***.
La désignation, l'appariement, la reconnaissance de l'objet réel, la connaissance du mot ou du concept est acquise. C'est bien la **re-**connaissance visuelle à partir d'une image qui est en panne, par exemple la reconnaissance d'animaux (taxinomie) qui est difficile est très

imprécise rendant chaotique le suivi du cours sur un animal donné si on en reconnaît un autre sur son livre : l'enseignant et son élève ne parlent pas du même !!
Dans les formes graves, l'enfant, dérouté entre le monde réel qu'il reconnaît et le monde imagé source de multiples erreurs d'interprétations, présente des troubles du comportement parfois graves et toujours mal interprétés.
Les DYS, c'est avant tout une histoire d'incompréhension !

Ces DYS correspondent à la panne d'une fonction cognitive.

Il existe d'autres dysgnosies visuelles : des couleurs, des visages, plus rarement des objets.

— **CALCULER** La ***DYSCALCULIE*** (panne en mathématiques) est une éventualité fréquente ayant des incidences souvent mal évaluées en ce qui concerne les possibilités ultérieures d'orientation professionnelle. A une époque pas si lointaine, on avait, ou on n'avait pas, la bosse des maths !
Les premiers apprentissages de dénombrement et de numération, l'entrée dans l'arithmétique, demandent :

- d'être à l'aise avec les mots qui représentent les nombres, les "*mots-nombres"*. Ces mots qui *représentent* une quantité sont invariables : à ● ● ● ● correspond **4**, pas 5 ni 6. Et quatre est un aussi un mot "*quatre*". Or, en français, de nombreux irréguliers viennent compliquer la lente et laborieuse acquisition de la suite stable et conventionnelle des mots-nombres (que l'enfant tout-venant met plusieurs années à acquérir) : 11, 12, 13, 14, 15, 16, 70, 80, 90.
  Septante, octante, nonante, dix-un, dix-deux…, deux-dix-un, deux-dix-deux,… faciliteraient quand même bien la vie de nos enfants à l'école.
- d'être à l'aise avec la correspondance exacte, précise, temporellement contrôlée entre la récitation des mots-nombres et le pointage des éléments que l'on compte : cela doit être parfaitement synchronisé.
  En cas de pathologie neurovisuelle, plus particulièrement oculomotrice, on peut sauter un élément, en compter un deux fois, en sauter un *et* en compter un autre deux fois : ● ● ● ● devient donc 3, 5 éventuellement *4*, résultat correct avec une stratégie erronée ! Ces mêmes enfants ont des difficultés pour aligner correctement les colonnes quand ils posent les opérations, avec l'écriture (et la lecture) des grands nombres (numération de position), confondent **12** et **21** tout comme ***en*** et ***ne*** deux mots "plausibles" en français avec ces deux lettres. On voit se profiler là pour ces enfants, une origine visuelle à la dyslexie (dyslexie "*visuelle*" ou "*de surface*").
- ultérieurement, de pouvoir effectuer des calculs mentaux = garder en mémoire des données (des chiffres, *mémoire immédiate*) et faire une opération dessus (5 + 7 – 3 = X que je divise par 2, *mémoire de travail*), aller chercher des résultats connus (tables d'addition ou de multiplication, *mémoire à long terme*).
- d'avoir la flexibilité mentale nécessaire pour passer d'un mode opératoire à l'autre (5 + 7 – 3), ne pas persévérer sur une procédure (4 + 3 + 5 + 6 – 4), s'arrêter dans un processus (4+4 n'est pas 4+4+4+4+4) (*cf. plus loin : pathologie dysexécutive*).
- de raisonner sur des problèmes, ce qui implique un niveau intellectuel suffisant pour classer, trier, catégoriser, abstraire, c'est-à-dire des compétences logiques (facteur G).
- disposer d'une compréhension fine du langage car chaque terme dans un énoncé a un sens précis : "*plus*" n'est pas "*moins*", et "*gagner*" n'implique pas forcément "*plus*" → *« Ce soir, Pierre a 8 billes, à la récréation il en a **gagné** 2, combien en avait-il ce matin ? → **8 – 2 = 6** »…*

Les pannes en calcul intéressent donc :

- l'aspect linguistique des nombres
- l'aspect visuospatial en mathématiques : numération de position, pose des opérations…
- les fonctions mnésiques et exécutives
- le niveau raisonnemental
- …

Cette DYS correspond à la panne d'un apprentissage.

— **ORTHOGRAPHIER** La ***DYSORTHOGRAPHIE*** peut être isolée (avec lecture efficace) ou accompagner une dyslexie phonologique, neurovisuelle ou visuo attentionnelle, une dyslexie mixte. Elle peut être associée à trouble de haut niveau : trouble mnésique, syndrome dysexécutif...

La dysorthographie qui accompagne la dyslexie phonologique retrouve les mêmes confusions de sons qu'à oral : gâteau→cadau, aggravé avec les sons complexes, les diconsonnantiques,… les mots longs, les mots rares…

La dysorthographie qui accompagne la dyslexie visuelle intéresse la voie d'adressage (difficulté de photographie des mots/lecture "globale"), avec non constitution du lexique orthographique : (effort→ efor, forêt→ foré ou forer : simplification, régularisation…)

La dysorthographie peut être d'origine MIXTE, dans ce cas elle est souvent plus rebelle à la rééducation…

Cette DYS correspond à la panne d'un apprentissage.

→ **Dyslexies, dysorthographies et dyscalculies illustrent qu'un trouble *spécifique* d'apprentissage peut avoir plusieurs causes possibles** : il n'y a pas une dyslexie mais des dyslexies, pas une dyscalculie mais des dyscalculies.

L'existence :

- d'un symptôme scolaire pénalisant comme une dysgraphie,
- d'un trouble spécifique d'apprentissage :
  - lecture ⇔ dyslexie,
  - mathématique ⇔ dyscalculie,
  - orthographe ⇔ dysorthographie

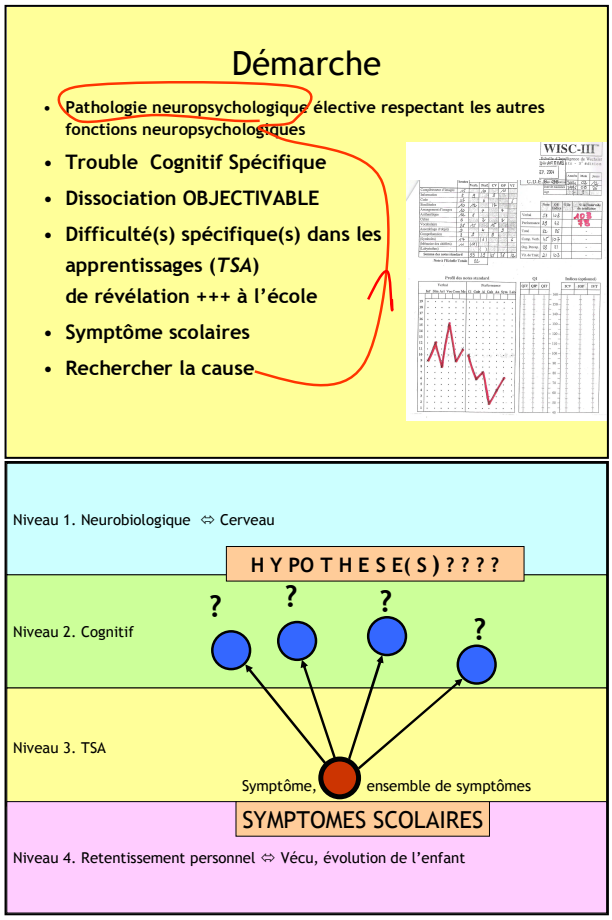
ne saurait être considérée comme un diagnostic, cela ne relève que de la *constatation d'une difficulté hors normes* → dans un domaine particulier, l'enfant est significativement en décalage par rapport à ses pairs du même âge.

On ne peut alors parler de RETARD : on affirme que l'on est bien dans une PATHOLOGIE (définie comme un retard de 2 ans ou qualifié de – 2 dérivations standard aux tests étalonnés).

Le seul véritable diagnostic est celui qui relie cette difficulté pathologique à une cause médicale, c'est-à-dire à un contexte de *dysfonctionnement COGNITIF*, de panne de traitement de l'information, qui l'explique et en permet d'en préciser la prise en charge.

La confusion est entretenue par la terminologie elle-même, rassemblant sous des vocables en DYS aussi bien les mécanismes causaux (le diagnostic neuropsychologique) que leurs conséquences fonctionnelles (les symptômes, les troubles des apprentissages).(M. Mazeau).

Des symptômes scolaires dispersés, épars, inexpliqués, semblant inexplicables chez des enfants intelligents peuvent trouver une explication, une *cohérence* si un dysfonctionnement cognitif permet de rendre compte de cette cœxistence devenue « logique » de différentes difficultés pour un même enfant.



— **AGIR** Ainsi la ***DYSPRAXIE VISUO SPATIALE*** *(DVS)* dysfonctionnement de l'intégration sensorielle permettant la planification–programmation des gestes manuels et de ceux du regard ainsi que de la représentation spatiale est un diagnostic neuropsychologique.

- **La dyspraxie** est une pathologie de la conception et/ou de la planification–programmation donc de la réalisation des gestes appris : faire du vélo, faire du ski, conduire une automobile, manger avec des baguettes ou écrire correctement, sont des activités qui ne sont pas "naturelles" mais qui s'apprennent.

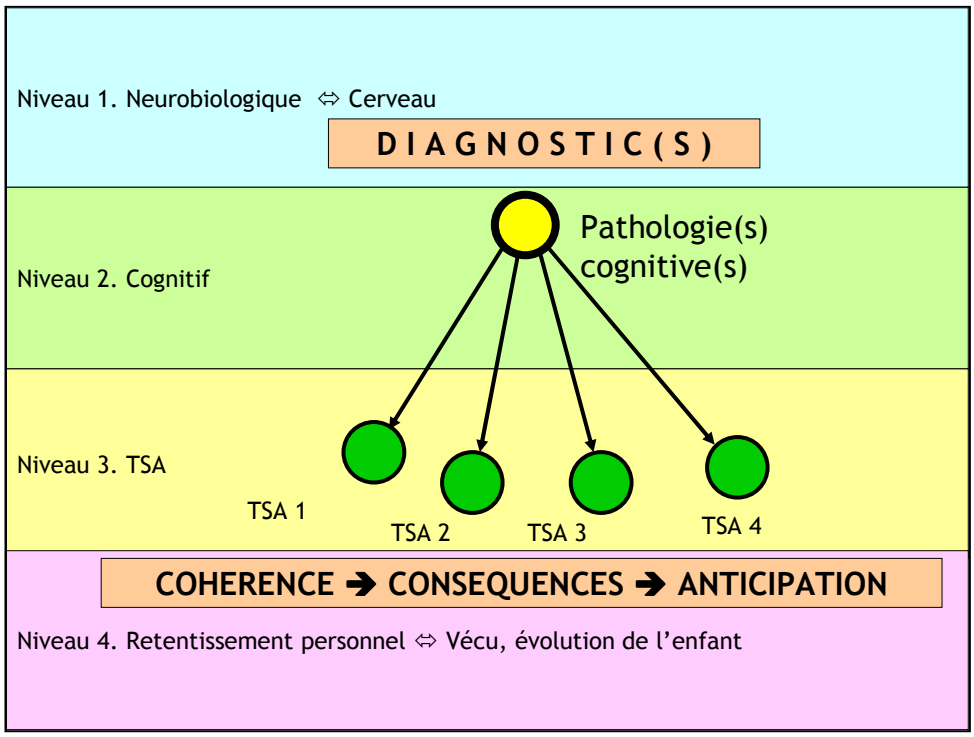
Tous les gestes appris sont normalement exécutés, sans y penser, sans y prêter une attention particulière, sans fatigue. Ils constituent ce que l'on appelle une routine, qui s'exécute naturellement et qui peut même être réalisée en même temps qu'une autre tâche.
L'enfant dyspraxique n'est pas capable d'engrammer des routines, il se retrouve gêné pour l'exécution de gestes qui nous paraissent faciles, anodins...
Malgré les répétitions, l'enfant dyspraxique reste en panne dans des tâches banales dont la réalisation requiert alors une attention considérable et entraîne une fatigue croissante.

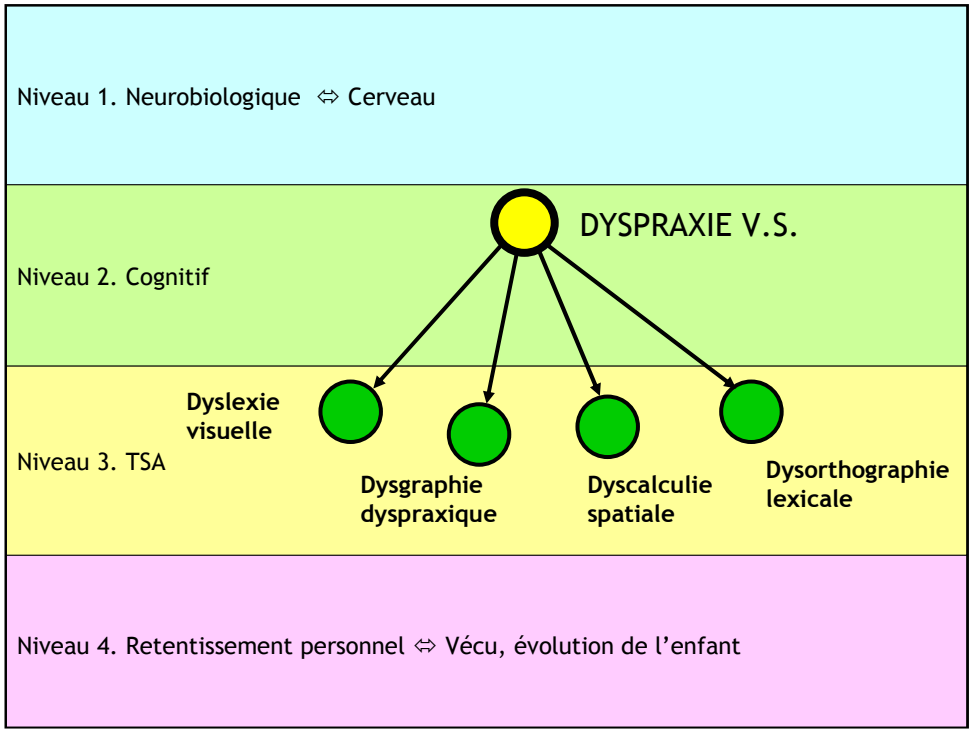
- **La dyspraxie visuo-spatiale** associe à cette maladresse gestuelle pathologique une maladresse du « regard » (l'enfant *voit* bien mais a du mal à organiser son *regard*) et une difficulté pour constituer la notion d'espace.
  - Concernant la pathologie du regard, l'enfant a soit du mal à fixer quelque chose, soit du mal à suivre quelque chose, soit surtout des difficultés à calibrer les saccades oculaires. L'exploration des supports visuels est déficitaire.
    Par exemple, pour un lecteur expert, les saccades oculaires calibrées sont la façon dont les yeux se posent sur les éléments pertinents d'un mot pour le repérer en lecture globale. On acquiert cette performance "naturellement" en étant soumis à l'apprentissage réussi de la lecture. L'enfant dyspraxique visuo-spatial a par exemple beaucoup de mal à dénombrer une collection, il oublie des éléments, il en compte plusieurs et le résultat, toujours différent, est pratiquement toujours faux : il peine à acquérir la notion même de nombre.
    En lecture, il risque d'oublier des lettres, d'oublier des mots, de sauter des lignes.
  - La notion d'espace est une notion complexe, que l'enfant élabore petit à petit parce que la saisie visuelle des informations de l'environnement (comme celles contenues dans les supports écrits qu'on lui fournit à l'école) est fiable et stable.
    L'enfant dyspraxique visuo-spatial repère mal les éléments les uns par rapport aux autres (topologie), mais également les éléments par rapport à son propre corps (orientation : difficulté de notion droite- gauche, avec les obliques).

    La conséquence de cela est une l'écriture qui est très maladroite, malhabile, les lettres sont variables dans leur exécution d'une fois à l'autre.
    L'écriture progresse avec le temps, mais l'enfant reste lent.
    Il concentre toute son énergie en calligraphie aux dépens de l'écoute, de la compréhension, du sens → *il est en permanence en "double tâche" !*
    La vitesse d'écriture reste toujours en deçà de celle des enfants du même âge et s'y ajoute une dysorthographie, plutôt lexicale (due à la difficulté de photographie des mots).
    L'enfant va par ailleurs être en difficulté pour tout ce qui est géométrie, lecture de cartes, de plans, lecture ou réalisation de graphiques, tableaux complexes…
    Il est également gêné par la présentation de textes longs, denses, richement illustrés avec une iconographie riche.

Au final, la DVS rend compte :

- d'une éventuelle dyslexie visuelle et/ou d'un enfant perdu dans le texte
- d'une dysgraphie avec dysorthographie (essentiellement lexicale)
- de difficultés dans les différents secteurs des mathématiques (dyscalculie spatiale, géométrie)
- les modèles visuels complexes resteront délicats à gérer (cartes, graphiques, plans, tableaux,…)
- de la lenteur, la fatigabilité, la désorganisation présentées par ces enfants…





Cette DYS correspond à la panne de plusieurs fonctions cognitives avec des conséquences scolaires plurielles.

→ L'intérêt de mettre en évidence des pannes de l'équipement cognitif des enfants en difficulté(s) spécifique(s) à l'école par le bilan neuropsychologique est de permettre de proposer une *facilitation de la scolarité* par :

- des aides (rééducations)
- une pédagogie plus adaptée
- des contournements pour les troubles graves difficilement améliorables, par exemple de l'écrit les enfants en cas de DVS avec dysgraphie sévère.

Le diagnostic précoce permettrait surtout d'*anticiper*.

En effet, les enseignants, correctement informés d'une probable apparition de difficultés, pourraient limiter la portée des troubles graves en dispensant une pédagogie facilitante, en acceptant tôt les contournements jugés nécessaires.
Cela permettrait d'éviter les difficultés et les échecs, sources d'appréciations erronées et maladroites : « *il est fainéant* », « *quand il veut, il peut* », plus tard : « *il se repose sur l'auxiliaire de vie scolaire* ».
Car l'enfant DYS fournit des efforts, bien plus que ses pairs, et ce, pour un résultat toujours jugé insuffisant.
Il perd l'estime et la confiance en lui.
Il se démotive.
Il peut souffrir de cette situation, déprimer, abandonner, se rebeller…

▬ La connaissance de certains diagnostics, intéressants des fonctions cognitives dites "*de haut niveau"*, ou encore *"transversales*", car diffusant dans tous les secteurs des apprentissages (troubles dysexécutifs, difficultés mnésiques, compréhension du langage) permettrait d'appréhender des difficultés globales dans un autre cadre que la déficience intellectuelle, le trouble psychiatrique, la pathologie psychodynamique de l'enfant et son entourage.
Ce sont :

1. SE METTRE EN ROUTE

Les ***FONCTIONS EXECUTIVES,*** auxquelles sont liées les ***CAPACITES ATTENTIONNELLES***, permettent de lancer nos programmes, les logiciels tout prêts dans notre cerveau (cartes cérébrales).
Agir ou pas, poursuivre, s'arrêter, rester sur son projet ou son idée, ne pas se laisser distraire mais aussi être suffisamment intéressé… toutes ces aptitudes ne vont pas de soi et peuvent être affectées par des pannes.
Ces fonctions sont d'autant plus nécessaires et utiles que la tâche est nouvelle, non routinière.
L'attention doit se comprendre comme une fonction essentielle pour repérer, appréhender, analyser, comprendre, réagir de façon adaptée à une sollicitation de l'environnement (ou venant de l'individu), mais surtout, comme le pouvoir de se **soustraire aux stimuli NON PERTINENTS** qui viendraient modifier, gêner, empêcher l'exécution de la tâche projetée.
L'enfant scolarisé, victime de déficit attentionnel, est en difficultés dans TOUS les secteurs des apprentissages.
Attention : L'enfant présentant une pathologie neuropsychologique responsable de troubles cognitifs dans d'autres secteurs (par ex. DVS); peut PARAÎTRE inattentif, distrait, impulsif quand on sollicite ses fonctions cognitives altérées et être "étonnamment calme" quand on sollicite les fonctions préservées !

L'enfant distrait par tout, incapable de se fixer, laissant sa pensée, sa parole, ses actes, son corps envahis par un "zapping" permanent n'est pas disponible pour l'école, il n'accède pas ou difficilement au "statut d'élève". Il a besoin que l'on supprime tout ce qui peut le distraire et d'un cadrage permanent, ferme mais bienveillant.

Dans la vie quotidienne, surtout en cas d'agitation ou d'hyperactivité, la vie de l'enfant (difficile à cadrer, insupportable, qui se met en danger) est difficile : multiples rappels à l'ordre, avertissements, interdictions, brimades, punitions, dévalorisation, mauvaise estime de soi…→ **l'enfant est victime de ses symptômes, il est en souffrance.**
La forme extrême de ce syndrome réalise le ***THADA*** (trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention) et peut nécessiter le recours à un traitement médicamenteux approprié.

Un certain nombre d'enfants ont des difficultés exécutives d'un autre ordre, il ne s'agit plus d'un défaut de filtre des stimulations de l'environnement mais d'un EXCES de filtre (rien ou presque ne parvient à les stimuler), responsable d'un apragmatisme, d'une akinésie, d'une apathie, d'un manque d'intérêt et d'initiative (dans tous les domaines), d'une réduction importante de toutes les productions langagière, gestuelles...

2. MEMORISER

L'homme dispose de plusieurs systèmes de ***MEMOIRES***. Il n'existe pas une mémoire mais une multiplicité de systèmes mnésiques → un déficit important d'un de ces systèmes condamne souvent l'enfant à ne pas pouvoir progresser scolairement au-delà des premiers apprentissages.
Il est malaisé de séparer les fonctions exécutives, et les fonctions attentionnelles, des fonctions mnésiques d'un individu. En effet, retenir nécessite toujours un minimum d'attention-concentration.
Il existe toujours des difficultés mnésiques en situation de syndrome dysexécutif.
Il existe des liens étroits entre mémoire et langage mais il importe de distinguer les troubles mnésiques en rapport avec une pathologie du langage (dysphasies) et des troubles langagiers secondaires à une pathologie mnésique (par exemple : manque du mot).

Sur le plan pratique il est important de différencier et d'évaluer la **mémoire visuelle ou visuospatiale** et la **mémoire auditivoverbale**. S'il existe une dissociation entre ces deux types de mémoire il sera important de favoriser l'entrée visuelle ou l'entrée orale selon le cas.

De la même façon il faut différencier les **mémoires transitoires** (mémoire immédiate, mémoire à court terme, mémoire de travail) et la **mémoire à long terme**. L'encodage mnésique en mémoire à long terme n'exige pas forcément un passage par la mémoire à court terme.
La **mémoire immédiate** représente le nombre maximum d'éléments que peut mémoriser un individu après une seule et unique présentation. Ce nombre est nommé "empan". L'empan en mémoire immédiate a une limite chez l'homme en moyenne de **7 +/- 2** éléments.
Chez l'enfant, l'empan en mémoire immédiate évolue avec l'âge pour rejoindre celui des adultes à partir de 9-10 ans.

La **mémoire de travail** est une propriété mentale qui permet d'effectuer simultanément le maintien temporaire ***et*** la manipulation d'informations. Par exemple : lecture-compréhension, calcul mental, traduction simultanée...
On peut évaluer grossièrement la mémoire de travail en demandant de restituer une liste de chiffres ou de mots immédiatement après leur présentation mais en commençant par le dernier. Cet empan "envers" est en général inférieur d'une à deux unités par rapport à l'empan endroit. Il atteint chez l'adulte en moyenne **5 +/- 1**. Il progresse avec le temps, l'entraînement et la réussite scolaire, mais certaines personnes peuvent présenter une déficience dans ce domaine. Chez l'enfant il est important d'écarter sur un score très bas → un empan de 2 en mémoire de travail constitue un score rédhibitoire.

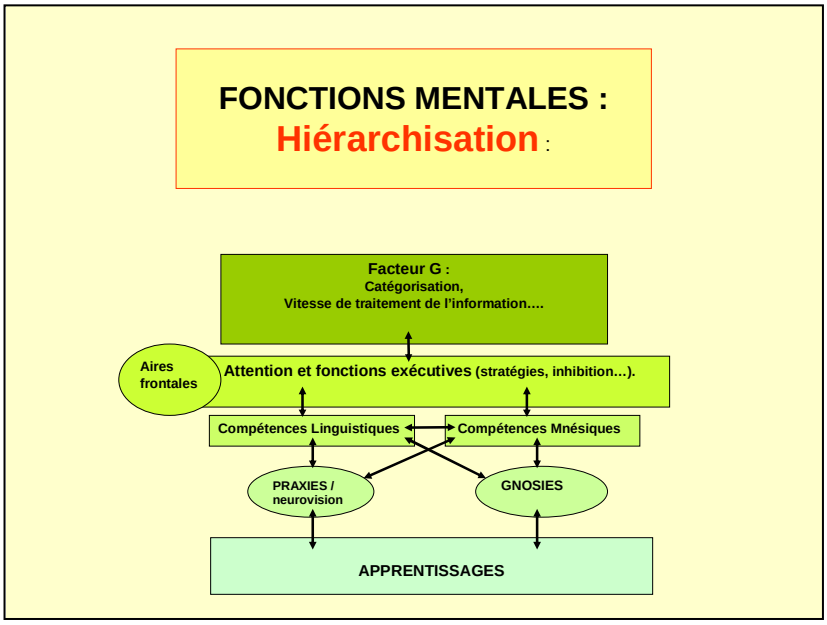
En **mémoire à long terme**, il est utile de distinguer la **mémoire procédurale** relative aux savoir-faire, le plus souvent implicite est très résistante et la **mémoire déclarative** relative au stockage des connaissances, à l'ensemble de notre savoir, qui est en général relativement fragile sauf lorsqu'elle est très contextualisée.

Chez l'enfant on note souvent une atteinte :

- *de la mémoire de travail*
- *de la mémoire didactique, mémoire des données arbitraires dont l'apprentissage suscite peu d'affects.*

Les troubles scolaires en lien avec une pathologie spécifiquement mnésique ne sont, en général, pas reconnus comme tels.
Une pathologie de la mémoire doit être évoquée en cas de performance verbale faible (surtout s'il n'y a pas de trouble de langage associé) chez un enfant par ailleurs intelligent ayant un comportement normatif. On doit également y penser en cas de stagnation des acquisitions à partir du CE. Ces pathologies restent en effet "muettes" pendant les premières années d'apprentissage pour ensuite simuler un retard global.
Nos possibilités de mémoire sont limitées et les possibilités de rééducation aussi → tout déficit mnésique grave compromet de façon sérieuse la scolarité.

Ces DYS correspondent à la panne de fonctions cognitives complexes, hiérarchiquement supérieures, avec retentissement scolaire global.



Alors, c'est quoi les DYS ?

Le préfixe "DYS" signifie : c'est DIFFICILE !
C'est difficile dans la vie, c'est très difficile à l'école.

- Ces difficultés appelées DYS sont donc plurielles : elles intéressent des outils, des apprentissages, des diagnostics…
- Pour pouvoir parler de DYS il faut montrer chez un enfant ***intelligent*** la ***dissociation*** entre des performances normales, voire supérieures à la normale, dans certains secteurs et des performances significativement en décalage par rapport à ce que l'on est en droit d'attendre pour cet âge là.
- Ce retard pathologique, quantifié, mesuré par rapport à une norme, associé à des déviances caractéristiques dans les productions de l'enfant, permet de s'autoriser à parler de pathologie DYS et non pas de retard.

Devant des difficultés scolaires, il s'agira :

- de reconnaître le caractère *spécifique* : on doit pouvoir montrer que des domaines sont préservés. Malgré des troubles globaux, dans de bonnes conditions on doit pouvoir faire la preuve d'une *intelligence préservée*…
- de montrer l'*origine cognitive*, mise en évidence par le bilan neuropsychologique qui affirme la panne, le dysfonctionnement d'une, ou plusieurs fonction(s) cérébrale(s) de traitement de l'information
- d'admettre la difficulté pour l'enfant d'accéder aux apprentissages par une pédagogie destinée aux enfants tout-venant
- d'estimer le degré de conséquence prévisible selon que la DYS en question intéresse un outil, un apprentissage, plusieurs apprentissages,…, qu'elle s'inscrit dans un dysfonctionnement cognitif isolé, pluriel, hiérarchiquement élevé → conséquence isolée, multiple, globale

Le dysfonctionnement cognitif, l'atypie développementale, placent l'enfant DYS en situation d'inéquité par rapport à ses pairs et élève, dans les formes sévères, ses difficultés au rang de handicap.

Cela justifie :

- reconnaissance
- prise en charge
- adaptations
- contournements
- moyens : aides
  - matérielles
  - humaines.

L'enfant qui ne peut réaliser seul, qui doit être aidé, encouragé, soutenu, étayé, doit obtenir ces aides matérielles et humaines si elles sont jugées nécessaires ; avec parfois le recours à l'auxiliaire de vie scolaire. (cf. chapitre 5)

Ces troubles sont loin d'être rares, en particulier dans la population des anciens prématurés, mais passent très souvent inaperçus faute d'information et de formation des personnes concernées : médecins, psychologues, paramédicaux, enseignants.
Cette situation n'est pas normale. Les professionnels de la petite enfance sont insuffisamment au courant de telles pathologies, parfois en nient encore tout bonnement l'existence.
Pourtant, des diagnostics précis, faits par des gens formés, permettraient des aides précoces, des conseils pertinents, devraient permettre d'aider les enfants DYS dès (avant ?) l'entrée dans les premiers apprentissages.

Or nous voyons souvent de grands enfants DYS, des ados, démotivés, découragés, déprimés, qui ont baissé les bras et qui subissent.
L'injonction qui leur est faite de *" mieux faire"*, de *" progresser en travaillant plus"*, alors qu'eux SAVENT, depuis des années, que c'est au-dessus de leurs possibilités et de leurs forces, est une illusion.
Les adultes dans leur ensemble et l'institution scolaire en particulier, attendent toujours "plus" d'eux, leur demandent toujours "plus".
L'idée de faciliter la scolarité, de favoriser l'accès aux apprentissages par des mesures drastiques (comme ne plus écrire quand l'écriture manuelle n'est pas scolairement rentable), mais finalement simples et de bon sens, est loin d'être généralisée et partagée !

Ne confondons pas outils et performances. Les enfants DYS sont performants, scolaires, motivés, ils ont envie de réussir, ils ne sont pas fainéants : ils ont seulement de mauvais outils… pour la vie ! Tous les petits qui entrent en CP sont hyper motivés… et deviendront des déçus – blessés – démotivés …, s'ils présentent une DYS grave, handicapante, non reconnue.
Ils deviendront alors des fainéants car cela sera plus facile d'accuser cette fainéantise ou d'autres troubles du comportement secondaires (rendant alors compte d'un échec scolaire devenu banal) que de tenter, encore une fois et toujours vainement, d'expliquer leurs difficultés, leurs outils qui ne marchent pas, à des adultes qui ne savent ou qui ne peuvent pas les entendre, les voir.
Alors la violence **de** l'école frappe les enfants DYS de plein fouet et en laisse peu indemnes.
Les DYS c'est vraiment une histoire d'incompréhension.

Les DYS assimilées à cette notion de trouble *spécifique* prive les enfants handicapés, les enfants déficients légers, les enfants qui n'ont simplement, mais malheureusement, qu'une histoire personnelle ou familiale "inhabituelle",… de prises en charges adaptées *puisqu'ils ne peuvent pas être DYS !!*
Pourtant, pour ces enfants également, établir que des performances dans des secteurs précis sont significativement en décalage par rapport à ce que l'on est en droit d'attendre au regard de leur pathologie et que d'autres secteurs sont préservés, permettrait de porter un regard différent et d'engager pour eux aussi, les mêmes aides que pour les *vrais* DYS.

Les DYS c'est encore et toujours une histoire d'incompréhension.

— **SURDOUES** Ces enfants qualifiés aujourd'hui, plus justement, d'*"enfants à haut potentiel"* (EHP) se caractérisent par une efficience intellectuelle tout à fait particulière, largement au dessus de la norme. Paradoxalement, 50% ont des difficultés d'apprentissage, 30% n'atteindront pas le lycée ! (O.REVOL)
Ceci souligne la nécessité de les reconnaître pour les aider. Ce constat est parfaitement anormal et nécessairement inquiétant dans ce contexte d'intelligence supérieure à la norme !
Ce sont des enfants empathiques, intéressés, curieux mais hypersensibles avec une capacité toute particulière de maniement de l'humour qui peut désarçonner.
Certains de ces enfants ont des particularités de développement, des spécificités du traitement des informations, **un profil cognitif particulier** et parfois des troubles du comportement. On parle de troubles du sommeil, d'opposition, d'instabilité psychomotrice, d'anxiété, de possible dépression… qui seraient liés au décalage qui existe entre eux et leurs pairs, surtout s'il s'y associe un fréquent retard de dépistage, ou pas de dépistage du tout !

On constate une précocité du langage qui peut s'accompagner d'un désintérêt pour leurs pairs et d'un intérêt pour les adultes, une lecture facile d'acquisition, un passage à l'écrit difficile, des difficultés psychomotrices, éventuellement aggravées par d'autres troubles : dyslexie, dyspraxie, THADA… tous ces problèmes sont majorés au collège avec l'irruption de l'adolescence.
Les épreuves psychométriques montrent des compétences hétérogènes avec souvent un QI verbal supérieur au QI performance, une réussite aux épreuves conceptuelles (similitudes, cubes…) et une performance plus faible à d'autres épreuves (code,…).

Ces enfants ont un mode de pensée spécifique : vision globale des problèmes, démarche analytique insuffisante, réflexion analogique fulgurante, pensée intuitive et créative, utilisation de la mémoire épisodique, manque d'organisation des idées...
L'échec scolaire de l'enfant intellectuellement précoce s'explique par le décalage avec ses pairs, l'ennui à l'école, les difficultés face à l'effort, le manque de méthodes, les préoccupations anxieuses et/ou dépressives, les stratégies spécifiques utilisées…
Les EHP qui sont concernés par ces difficultés en raison de leur profil cognitif particulier, sont tout à fait **assimilables aux enfants DYS.**
L'ignorance de la particularité de leur fonctionnement cognitif amène à une incompréhension réciproque entre eux et leurs enseignants, et à la non reconnaissance et la non prise en compte de difficultés bien réelles. La facilitation de la scolarité (ordinateur si dysgraphie pathologique), l'aide apportée (apprendre à expliciter les raisonnements, les procédures)… pourrait permettre à nombre d'entre eux de réussir une scolarité conforme à leur potentiel.

Les DYS c'est encore et toujours une histoire d'incompréhension !

2. Les DYS... Etat des lieux : que faire sur une zone géographique régionale, départementale, locale ?

Un état des lieux est nécessaire compte tenu du degré d'urgence : l'important pourcentage statistique d'occurrence des DYS (sous-estimé) ajouté à l'intérêt actuel pour les DYS fait que le nombre d'enfants à prendre en charge va aller croissant !
Alors même qu'aujourd'hui dans beaucoup de régions, le nombre d'enfants qui obtient une aide nécessaire *adaptée* est faible !

- Les formes graves obligent l'école à faire face à des difficultés très sévères :
  - dysphasies graves +++, en particulier réceptives
  - troubles neurovisuels graves
  - troubles mnésiques graves, de la mémoire de travail
  - trouble dysexécutif grave, THADA
  - → le plus souvent aggravées par le retard ou les erreurs de diagnostics.

- Les pathologies DYS isolées mais graves ou l'association de plusieurs DYS posent un problème d'expertise et actuellement il existe une saturation des centres référents et des consultations spécialisées → délais d'attente souvent de 6 à 12 mois, voire plus !

- Ces pathologies, même les DYS modérées, nécessitent de la part des enseignants, des professionnels rééducateurs libéraux mais aussi des parents une connaissance, une formation, un investissement...

Pour ces pathologies DYS l'existence d'un réseau de professionnels repérés (ou bien la création d'un SESSAD "DYS") serait une bonne chose.

En tout cas, une vraie politique ambitieuse menée dans ce domaine consisterait en :
- prévention :
  - information de tous les acteurs de la petite enfance,
  - tests d'alerte pour les enseignants et les praticiens
- accès aux soins :
  - ce qui implique diagnostic donc formation,
  - circuit fléché pour les parents
- qualité de la prise en charge :
  - formation,
  - coopération
  - cohérence
    - face aux besoins de l'enfant,
    - entre membres du réseau autour de l'enfant
- l'évaluation de ces pratiques serait nécessaire :
  - par qui ?
  - comment ?

La réalité des parents aujourd'hui c'est souvent le "*parcours du combattant*". Souvent, il n'existe pas de circuit fléché et les réponses données sont variables selon les régions, les professionnels, les structures.

Les **centres référents** "*troubles du langage et des apprentissages*" sont compétents en ce qui concerne la dysphasie et dyslexie, les réponses apportées pour les autres DYS varient beaucoup selon les régions.

Pour les **enseignants**, il n'y a pas de formation initiale aux DYS, il n'y a pas de formation continue de masse. Pour les enseignants confrontés aux enfants DYS tout se joue le plus souvent en fonction des capacités intrinsèques de l'enseignant à faire face à cette situation. Le suivi des adaptations d'une année scolaire à l'autre **n'est jamais garanti.**

On doit se poser la question de la place des RASED dans la prise en charge *de toutes* les DYS et donc de la formation de leurs membres.

Pour les **professionnels** :

- médecins : médecins scolaires
    - il y a beaucoup de sensibilisation actuellement
    - mais un réel manque de moyens
        - en temps
        - en effectif
        - car il leur faut prendre en charge d'autres pathologies, d'autres situations.
- médecins généralistes : il n'y a aucune formation
- médecins psychiatres, neurologues pédiatres, neuropédiatres : ils ont souvent une connaissance superficielle, incomplète, partielle… de la neuropsychologie infantile.
- psychiatres : les DYS ne font pas partie de leur culture traditionnelle. Les troubles d'apprentissages scolaires sont encore trop souvent abordés uniquement dans une optique *globalisante* de pathologie psychodynamique, de dysfonctionnement familial, de traumatisme psychologique infantile... il faudrait travailler ensemble…

Pour les **institutions classiquement dédiées à l'accueil des enfants en difficulté** : structures médico-psychologiques ou médico-psycho-pédagogiques, souvent gérées par des pédopsychiatres, la même situation est retrouvée avec, pour certains encore, le refus d'admettre l'existence même des pathologies DYS.
Dans ces structures, parallèlement à l'aide et aux prises en charge indispensables apportées aux enfants en souffrance, il n'est que très rarement proposé des **aides concrètes** aux enseignants et aux enfants **en situation scolaire** (ainsi qu'aux parents et aux AVS).

Pour les **professionnels paramédicaux**, que ce soit en libéral ou dans des structures, la situation est très différente d'un professionnel à l'autre, selon le remboursement ou non des prises en charge, la disponibilité ou non (certains professionnels sont surchargés).

- orthophonistes : habituellement grande compétence pour les difficultés de réalisation de parole, le langage oral, le langage écrit : dyslexie phonologique (moins souvent pour les autres causes de dyslexie), compétence pour certains professionnels dans le domaine logicomathématique (mais pas forcément pour d'autres causes de dyscalculies).
- psychomotriciens : les réponses des professionnelles sont très différentes selon les praticiens, la formation initiale…
- ergothérapeutes : exige la nécessité de formation complémentaire spécifique (dyspraxies).

Il y a dans la période actuelle d'*in*formation sur les DYS *un effet pervers* d'importante demande de consultation, d' "expertise", de diagnostic, auquel les quelques professionnels impliqués ne peuvent répondre.
En pratique, le "filtrage" de ces cas nécessitant une expertise est difficilement réalisable.
Ces demandes émanent des parents, des professionnels, mais souvent émanent de la maison départementale de la personne handicapée (MDPH).

Le statut de "handicapé" doit être affirmé par la MDPH (la loi de 2005 assure la reconnaissance du **handicap cognitif**) pour l'attribution d'aides matérielles ou humaines en particulier en cas de non pris en charge par la sécurité sociale (psychomotricité, ergothérapie).
En classe, les enfants DYS se retrouvent très vite en situation de handicap, mais c'est le terme même de "handicap" pose problème à beaucoup (cf. chapitre 6).
Il est très difficile d'instruire des dossiers à la MDPH car la connaissance de ses membres dans le domaine des DYS est faible → la capacité de ses membres à appréhender ces situations n'est pas toujours évidente.

CONCLUSION : poser un regard médical – neuropsychologique – sur les difficultés scolaires des enfants vient (*viendrait ?*) compléter et enrichir les pratiques habituelles dans ce domaine depuis 50 ans.

Dans de très nombreuses régions : tout reste à faire, ou presque !

La sous-estimation du nombre d'enfants concernés, le manque de structures de diagnostic, le manque de structures *compétentes* de soins et d'aide, la difficile complémentarité des professionnels impliqués et le manque de cohérence autour de l'enfant dans l'action et dans la durée sont dramatiques.
Le manque de moyens alloués à ce grave problème de santé publique laisse à penser que beaucoup trop d'enfants vont rester incompris et en souffrance dans les classes, mettant en péril leur santé psychique, leur avenir scolaire et professionnel alors qu'ils sont intelligents.

Les DYS…
3. Enseignants : quoi repérer, que proposer…en attendant ?

Dans le domaine des troubles de l'apprentissage scolaire (TSA) lorsque l'on parle de DYS, le rôle de l'enseignant est important :

- ses observations participent au diagnostic
- après mise en œuvre d'un projet, le retour des enseignants permet, si nécessaire, d'en modifier l'orientation

→ Face à une (des) difficulté(s) d'apprentissage(s), l'enseignant doit s'interroger, et essayer de déterminer si l'on est :

- dans une situation ponctuelle, réactionnelle, par exemple à un événement familial ?
- dans le domaine du retard simple ?
- dans une situation de pathologie permanente avec un écart qui se creuse par rapport aux camarades du même âge ?
- s'il existe des difficultés globales et dans ce cas s'agit-il d'une déficience intellectuelle ? (*ou de l'existence de plusieurs DYS associées ?*)
- **en résumé → est-on raisonnablement dans une situation de difficulté(s) cognitive(s) spécifique(s) ?**

→ Face à des symptômes scolaires probablement de nature DYS (l'intelligence, des domaines préservés, ont été mis en évidence), l'enseignant peut-il mettre en œuvre des adaptations simples en l'attente d'un diagnostic ?
C'est sur les domaines préservés qu'il faut s'appuyer pour progresser avec l'enfant.
Tout enfant DYS, quelle que soit cette DYS, est toujours plus ou moins en souffrance en classe. On doit donc doper ce qui va bien et favoriser la scolarité pour ce qui va moins bien. Ainsi on se donnera la possibilité de valoriser l'enfant, de restaurer sa confiance en lui… et en l'adulte !

Il faut différencier les DYS qui alertent par des signes précoces habituellement signalés (par exemple les troubles du langage) et les DYS plus rarement évoquées car les signes qui pourraient alerter incitent plutôt à évoquer un dysfonctionnement psychologique ou psychodynamique de l'enfant dans son milieu (maladresse considérée comme bizarrerie...)

1. DYS plus facilement évoquées :

- pathologie du langage : **dysphasies** ne passe généralement pas inaperçue dans la famille comme à l'école. L'alerte est donnée par :
  - un retard d'émission des premiers mots par rapport à l'âge chronologique
  - un retard à l'association de mots. Est considéré comme pathologique :
    - ne pas associer 2 mots à 2 ans ½
    - ne pas faire une petite phrase de 3 mots à 3 ans ½
  - plus tard, en situation scolaire, on sera attentif à :
    - l'hypo spontanéité du discours : l'enfant parle peu
    - l'utilisation de la mimique, des gestes, des mimes pour se faire comprendre
    - un manque de mot

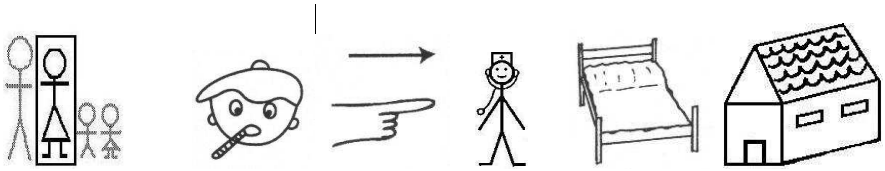
- des persévérations
- des complexifications arthriques
- l'utilisation de paraphasies sémantiques ou phonologiques

→ **Le point clé dans ces pathologies est l'intelligibilité de l'enfant : c'est elle qui conditionne ou non sa souffrance.**

NB. : Il convient d'être attentif aux **dysphasies *réceptives* intéressant la compréhension du langage** : il s'agit là de repérer les enfants qui entendent bien (reconnaissent les bruits, par exemple d'animaux) mais ne comprennent absolument pas les consignes orales si elles ne sont pas systématiquement explicitées par une démonstration, des consignes visuelles... L'enfant est alors très attentif à l'expression du visage, il réalise correctement après avoir observé comment font les autres...

→ Que mettre en place en attendant une confirmation du diagnostic ?

1. une explicitation non verbale en cas de pathologie de la compréhension
2. en cas de pathologies de l'élaboration du langage :
   - permettre à l'enfant de s'exprimer en utilisant les gestes, les images symboliques (pictogrammes), mais ceci est habituellement difficile à mettre en place dans une classe ordinaire, sans aide (AVS, SESSAD) et sans formation :



« Maman est malade, elle est allée chez le médecin, elle est restée au lit à la maison. »

   - favoriser le plus rapidement possible l'entrée dans le langage écrit qui permettra en général des progrès notables dans l'élaboration du langage oral.
3. vérifier l'intelligence de l'enfant avec du matériel non verbal : mémory, correspondances linéaires, rébus, coloriages de couleurs selon le résultat de la somme de 2 chiffres, arithmétique en utilisant les nombres en écriture arabe, sans rien "en dire"…

- pathologie de la lecture : **dyslexies** ne passe généralement pas inaperçue mais il faut exiger deux ans de retard par rapport aux enfants d'une même tranche d'âge. On ne peut guère parler de dyslexie avant la fin du CE1 et toute difficulté en lecture n'est pas dyslexie. Cependant l'enseignant pourra repérer plus précocement des signes précurseurs pour la dyslexie habituelle (également la plus fréquente) dite "phonologique" :
  - un trouble persistant du langage oral
  - des difficultés dans les exercices de conscience phonologique
  - des difficultés dans l'association graphème phonème ou dans la conversion graphophonologique, les habiletés métaphonologiques…
  - une lenteur en dénomination rapide
  - une lenteur de lecture, des hésitations nombreuses, l'enfant devine plus qu'il ne lit
  - des difficultés de mémoire de travail auditivoverbale

  → **les points clés dans ces pathologies sont d'une part la compréhension de ce qui est lu, d'autre part le coût cognitif de la**

lecture : c'est ce dernier point qui est fréquemment sous-estimé lorsque l'enfant atteint un certain niveau de performance.

Pour aider à évoquer d'autres causes de dyslexie (si l'enfant ne semble pas perdu dans les sons), on devra repérer si l'enfant est :

- perdu visuellement : dyslexie visuelle ou visuo-attentionnelle
- perdu avec les lettres qu'il ne reconnaît pas ou confond : dyslexie dysgnosique
- en difficulté avec les mots longs ou en compréhension de textes : dyslexie dysmnésique
- perdu dans le fil de la lecture : digressions, associations d'idées : dyslexie dysexécutive…

→ Que mettre en place indépendamment de la cause de la dyslexie ?

- interroger de préférence à l'oral
- éviter de faire lire à voix haute. Composer avec l'enfant s'il le souhaite
- souvent l'enfant écrit mal → éviter au maximum de le faire copier (cours dactylographiés ou photocopies, attention à la lisibilité du cahier de texte)
- si la lecture est suffisamment fonctionnelle mais reste pénible : lui laisser du temps supplémentaire car il est lent, fatigable. En donner moins pour le ménager
- lire à haute voix les énoncés des évaluations, les consignes écrites, afin d'éviter une mauvaise compréhension de l'énoncé due aux erreurs de déchiffrage
- lecture des questions avant d'aborder le texte
- plus tard, autoriser à l'ordinateur l'aide de la "correction automatique" dans Word (tjrs → toujours) et celle du correcteur orthographique
- éviter l'anglais, langue opaque, au traitement phonologique difficile

pathologie du graphisme : dans le cadre d'une maladresse pathologique *(trop souvent considérée comme banale*), contrairement au pathologies du langage *(toujours prises au sérieux précocement)* les difficultés de réalisation seront très souvent considérées comme une bizarrerie comportementale ! Il faut :

- affirmer le caractère pathologique : l'enfant est significativement en décalage dans ce domaine, il n'est pas « en retard »
- évaluer le niveau verbal de l'enfant, ses réussites aux tâches de raisonnement avec consigne orale et réponse verbale
- comparer le dessin et l'écriture manuelle : en cas de dysgraphie consécutive à une dyslexie phonologique le dessin est de bien meilleure qualité que le graphisme. En cas de dyspraxie, dessins et écriture manuelle sont de piètre qualité, sales, brouillons. En cas de dysgnosie visuelle des images on rencontre plutôt une agraphie, ce qui peut être également le cas en cas de troubles dysexécutifs sévères (l'enfant fait *n'importe quoi*)
- comparer les productions spontanées de l'enfant à la copie qui est significativement plus difficile en cas de pathologie neurovisuelle
- il est important de repérer le coût cognitif de l'écriture manuelle : existe-t-il une inconstance de la réalisation des lettres, quelle est la vitesse d'écriture, quel est le coût en attention-concentration, quelle conséquence écrire manuellement a sur la dysorthographie?
- essayer d'évaluer le comportement visuel des enfants pendant des tâches de réalisation : l'enfant arrive-t-il à poser son regard, les yeux suivent-ils ce que fait la main, les tâches visuelles entraînent-elles une fatigue anormalement précoce et disproportionnée ?

- → **Le point clé dans ces pathologies est la rentabilité des productions de l'enfant : sont-elles efficaces, lisibles, rapides, sans fatigue ?**

L'enfant qui "n'y arrive pas" se voit proposer des moyens compensatoires. L'enfant qui entre dans une *certaine* réalisation, par exemple en écriture manuscrite, se voit le plus souvent sommé de progresser, de s'améliorer, de faire des efforts, de rejoindre une norme à laquelle sa pathologie ne peut le laisser prétendre → il faut que l'on s'interroge sur le "coût" cognitif de ses efforts, est-il en "double-tâche" ?

→ Que mettre en place en attendant un diagnostic ?

1. S'assurer des performances de l'enfant dans le secteur verbal et favoriser cette voie : l'interroger à l'oral
2. noter la crispation ou non de la main sur le stylo, évaluer l'influence de petites méthodes de "décontraction"
3. Diminuer la quantité d'écrit, privilégier la qualité aux dépens de la quantité, préférer les exercices à trous
4. Evaluer l'influence de l'écriture de mots par épellation plutôt qu'en copie.
5. Ne pas multiplier les typographies si l'enfant peine trop. Pour le tracé des lettres, vérifier si l'enfant s'approprie ou non le guidage habituel sur consignes spatiales. *Il existe des méthodes d'apprentissage du tracé des lettres par guidage verbal, sans consignes spatiales (méthode de Mme JEANNOT)*
6. Être tolérant sur la présentation et aider à l'organisation en donnant des repères ritualisés aux enfants (petite comptine, petite chanson...)
7. Aider à l'organisation dans la feuille (code couleur)
8. Si des difficultés visuelles semblent en cause, toujours avoir à l'idée que l'enfant risque de ne pas pouvoir s'approprier les consignes écrites au tableau ou affichées en classe. Lui donner les consignes sur une feuille personnelle avec une présentation aérée, en enlevant tout ce qui n'est pas nécessaire visuellement et peut le perturber, l'idéal est un seul exercice par page, optimisé dans sa présentation.

- pathologie de l'orthographe : très fréquente, la dysorthographie peut-être isolée mais se rencontre le plus souvent dans le cadre d'une dyslexie, qu'elle soit phonologique, visuelle, ou encore associée un trouble de haut niveau. Il faut :
  - vérifier si les erreurs sont plutôt phonologiques ou lexicales, intéressent les mots courts ou les mots longs, les mots réguliers ou les mots irréguliers, les mots simples ou les mots complexes, les mots fréquents ou les mots rares.
  - évaluer l'influence de la copie, par exemple :
    - aggravation de la dysgraphie dysorthographie en copie en cas de trouble neurovisuel / impossibilité d'écriture sur dictée mais possibilité de très belle *photo*copie en cas de dysphasie.
  - Evaluer l'implication de la mémoire de travail et des fonctions exécutives…
  - → **Les points clés dans ces pathologies sont :**
    - **la possibilité de relecture des écrits par l'enfant ou un tiers**
    - **mais aussi l'effet toxique de la relecture de ses propres fautes !**

→ Que mettre en place de façon simple ?

1. Évitez de faire copier inutilement par exemple les cours : donner des photocopies...
2. Essayer d'interroger de préférence à l'oral les enfants, sinon ne pas pénaliser systématiquement les fautes d'orthographe.

3. Donner du temps supplémentaire. Faire une relecture par "couches successives" : correction du lexique, puis grammaticale, puis de la ponctuation...
4. Différencier le travail d'expression écrite de l'orthographe : donner des dictées à trous, éventuellement des exercices de correction de fautes.
5. Utiliser un secrétaire et autoriser les parents à écrire sous la dictée de l'enfant pour ce qui est de l'expression écrite si l'enfant n'a pas une écriture lisible.

- pathologie du calcul : il importe de repérer
  - comment l'enfant entre dans la comptine numérique, comment il se débrouille avec les irréguliers (deuxième dizaine, entre 69 et 100), les éventuelles erreurs phonologiques six→dix, 14 écrit 41 parce qu' "*au début on entend quatre"* ! En bref, les relations que fait l'enfant entre les quantités et le code verbal.
  - comment l'enfant entre dans la numération, se méfier d'un dénombrement instable : différencier le dénombrement d'une collection uniquement avec les yeux, avec l'aide du doigt, avec l'aide du doigt d'un tiers. Etudier attentivement les tentatives de calcul de l'enfant à l'aide de ses doigts, la pose des opérations, les correspondances linéaires, l'influence des leurres perceptifs, la lecture et l'écriture des chiffres arabes, l'influence de la longueur des nombres et/ou de la présence de zéros, l'existence de difficultés également en géométrie…
  - comment l'enfant retient les énoncés de calcul mental, le résultat des faits numériques, les tables → pathologies mnésiques.
  - comment l'enfant passe d'un exercice à l'autre, d'une succession d'exercices similaires à un exercice nouveau, d'une procédure à une autre → pathologie dysexécutive.

  → le point clé dans ces pathologies est d'écarter la déficience ou les difficultés de raisonnement logicomathématique pour pouvoir considérer des pathologies cognitives plus ciblées : verbale, linguistique, visuospatiale, mnésique, dysexécutive responsables de troubles en maths *et* dans d'autres secteurs.

→ En attendant un diagnostic il est donc finalement surtout important d'avoir une idée des capacités de comparaison, de sériation, de compréhension des problèmes, de choix des opérations, de raisonnement dans les résolutions de problèmes. Être rassuré sur ce point permettra de s'autoriser des adaptations en fonction des difficultés repérées :

- travailler sur les chiffres arables sans rien "en dire" en cas de pathologie linguistique
- proposer un repérage dans la feuille, des aides à la résolution des opérations, mais surtout le recours au verbal, au formel, à l'apprentissage par coeur des faits numériques en cas de pathologie praxique et ou visuospatiale
- contourner les difficultés mnésiques : mise à disposition des tables, de la calculette
- mettre en place des mesures adaptées aux difficultés d'attention, de stratégies… en cas de syndrome dysexécutif : éviter les distracteurs, les double tâches, les questions en choix multiples, séquencer les activités…

2. DYS plus difficilement évoquées :

Très régulièrement, pour ces DYS là, l'origine cognitive des difficultés des enfants n'est pas reconnue → elles sont comprises comme l'expression de pathologies psychologiques ou psychiatriques.
C'est le cas par exemple quand on est face à des difficultés :

- de reconnaissance visuelle (dysgnosie des images)
- liées à une pathologie mnésique
- comportementales dans les syndromes dysexécutifs sévères : réponse de type "n'importe quoi", persévérations, manque de flexibilité mentale, diffluence, logorrhée, coq à l'âne…

Mais il peut s'agir de difficultés en lien avec la dyspraxie (si on les considère sous l'angle d'une maladresse considérée comme banale → bizarrerie), on ne s'attache alors, malheureusement, qu'aux éventuelles manifestations comportementales qu'elle engendre.

On attend des enfants, très tôt, une compétence essentielle : *accéder au statut d'élève*. Cette capacité, condition de base préalable à tous les apprentissages, peut faire défaut pour de multiples raisons. Mais elle est le plus souvent considérée comme le reflet d'une déficience, de troubles psychologiques graves, d'une immaturité, d'une mauvaise volonté, d'une opposition…

En conclusion : avant d'affirmer qu'un enfant ne veut pas, se désintéresse, est démotivé... il importe pour l'enseignant de repérer :

- que cet enfant en difficulté est **intelligent** puisqu'en réussite dans certains domaines.
- les signes qui peuvent être en rapport avec une **pathologie cognitive**

Il est indispensable d'établir un diagnostic qui relie les difficultés scolaires à un dysfonctionnement cognitif par le biais d'un examen neuropsychologique complet.
Aujourd'hui, en France, cela ne constitue pas toujours un mode de raisonnement partagé par tous et cela prend beaucoup de temps !

En l'attente d'un diagnostic précis (permettant la mise en place d'un projet *précis et explicité*, d'un travail en lien, en complémentarité et en cohérence avec des rééducateurs qui conseillent et soutiennent les équipes pédagogiques) l'enseignant informé, attentif et bienveillant, peut appréhender qu'un enfant, par ailleurs intelligent, est en difficulté dans certains secteurs des apprentissages et il peut *(devrait pouvoir)* mettre en place des adaptations de bon sens basées sur l'observation attentive de l'enfant.
D'autant que ces observations sont indispensables aux médecins, aux rééducateurs, pour avancer dans leurs diagnostics puis valideront la pertinence de la prise en charge proposée à l'enfant.

Si on suspecte fortement une DYS, des mesures simples et de bon sens sont toujours utiles :

- tenir compte des secteurs où l'enfant est en difficulté :
  - ne pas insister sur la lecture de l'enfant en particulier à haute voix en cas de dyslexie grave
  - ne pas insister sur l'écriture manuelle de l'enfant si celle-ci n'est pas rentable
  - ne pas pénaliser exagérément la dysorthographie si l'on est dans une tâche d'expression écrite
  - fournir des aides comme le rappel écrit des consignes ou la mise à disposition des tables en cas de pathologie mnésique
  - ne pas retenir en classe pendant la récréation un enfant hyperactif
  - ...
- mais tenir compte *surtout* des secteurs préservés :
  - privilégier l'oral ou l'écrit, solliciter la mémoire verbale ou visuelle selon les cas…
- la quantité de devoir à la maison doit être adaptée à la fatigabilité de ces enfants, toujours sous-estimée
- une appréciation signifiant un manque de travail à la maison n'est pas justifiée si l'enfant a passé le temps avec ses parents requis sur son travail, (importance d'être en lien, d'un cahier de liaison avec la famille)
- le cahier de texte doit toujours être rempli avec soin, si l'enfant n'est pas performant dans ce domaine (malheureusement toujours en fin de cours où en fin de journée), il doit être rempli par un tiers afin d'être lisible et informatif et donc d'éviter des conflits à la maison
- un échec à un devoir, à un contrôle, peut être sanctionné par une note en rapport, à condition que l'on se soit donné les moyens de mettre l'enfant en situation de réussir : adaptations, contournements…
- il ne s'agit pas de faire preuve d'une bienveillance exagérée vis-à-vis des enfants DYS. Il n'y a aucune raison qu'ils bénéficient d'un traitement de faveur pour leur notation
- au contraire, il est important de pouvoir valider quelles sont leurs connaissances et quelles sont leurs performances par rapport aux enfants d'une même tranche d'âge. Mais, pour que cette notation soit juste, il est indispensable que les enseignants adaptent précisément leur pédagogie et le contrôle des connaissances à la pathologie de ces enfants

→ *passant de l'incompréhension à la compréhension mutuelle, les appréciations qui accompagneront les notes seront alors justifiées et motivées, elles apprécieront les efforts, l'investissement d'un enfant compris, pour lequel on essaye dans toute la mesure du possible de faciliter la scolarité en rapport avec ses difficultés spécifiques. Elles peuvent aussi qualifier les progrès.*

Les DYS…
4. Parents : que faire ?

Ces situations de DYS… sont en général très bien appréhendées par les parents.
Ils repèrent très tôt l'hétérogénéité des "performances" de leurs enfants, leur pertinence dans certaines situations extrascolaires comparées à leurs difficultés à l'école !

Si c'est le, cas ils doivent interpeller l'enseignant et/ou répondre à ses demandes de rendez-vous.
L'essentiel est de dialoguer et d'essayer de partager une même ***re***connaissance de l'enfant avec toujours :

- l'explicitation de ses difficultés
- mais aussi la mise en avant de ses potentialités.

En cas de problème sérieux, si l'enfant montre une souffrance liée à sa "différence" par rapport aux autres, et si malgré les mesures mises en place au sein même de l'école, il ne se passe rien de suffisamment concret en terme de progrès, il faut agir :

1. si le diagnostic n'est pas encore établi, demander à des professionnels de le faire :
   - médecin scolaire
   - neurologue, neuropédiatre, médecine physique et réadaptation
   - neuropsychologue…
   - des bilans complémentaires en orthoptie, ergothérapie, orthophonie, psychomotricité … seront sans doute nécessaires, s'ils ont déjà été faits les communiquer aux praticiens.

2. en cas de difficultés sévères et durables → faire une demande de reconnaissance de handicap auprès de la **MDPH** (maison départementale de la personne handicapée), c'est nécessaire pour que le processus d'aides puisse se mettre en place (établissement d'un taux d'invalidité).

3. les aides et les adaptations doivent être décidées collectivement lors d'une réunion à l'école avec TOUS les intervenants et les parents. C'est le rôle de l'enseignant référent de coordonner cette rencontre. Cette réunion s'avère toujours très très importante.

4. par exemple : l'aide grâce à l'auxiliaire de vie scolaire, la dotation d'un ordinateur + logiciels adaptés… se décident lors de cette réunion de suivi de PPS. Pour cela le passage par la MDPH est nécessaire.

5. Des rééducations individuelles décidées, elles doivent se faire **en lien** avec l'école et les parents. Il faut parfois batailler pour que les rééducateurs puissent seulement ENTRER à l'école !!
Un cahier de liaison permettant tous les échanges d'informations nécessaires entre tous les intervenants s'avère toujours très utile.
Certaines de ces prises en charge (ergothérapie, psychomotricité…) ne donnent pas lieu au remboursement par l'assurance maladie. Il faut faire une demande à la MDPH.

6. L'efficacité des prises en charge demande de s'adresser à des **professionnels formés et expérimentés.**

Renseignements pratiques dans l'ouvrage : *Mon enfant aussi va à l'école*. J.M. GILLIG. Edition Erès.

Les DYS…
5. Auxiliaire de vie scolaire : quel rôle ?

Dans les situations de DYS… le rôle de l'auxiliaire de vie scolaire est loin d'être évident, il se retrouve entre l'équipe pédagogique, les rééducateurs, la famille…, l'enfant !

La première difficulté est d'*obtenir* un auxiliaire de vie scolaire alors que l'enfant ne présente pas de handicap ***visible***. Dans certains départements, dans certaines situations, cela s'avère très difficile.

Beaucoup d'enfants DYS sont perdus, mal organisés, très peu sûrs d'eux-mêmes, ils ont besoin d'aide mais surtout d'étayage, de réassurance, de reformulation, d'un séquençage des activités... et tout cela ne va pas dans le sens de cette toujours exigée « autonomie de l'enfant » !
L'enfant qui ne *peut* pas a besoin d'aide pour apprendre à *pouvoir* ! Avec l'aide humaine, il va apprendre ***comment faire avec ce qu'il est***, comment contourner ses difficultés, faire autrement…
Lorsqu'il aura automatisé tout cela, lorsqu'il aura pris confiance en lui, alors on pourra discuter de son autonomisation en classe et l'éventuelle diminution ou suppression de l'AVS.
Le rôle de l'AVS est déterminant en cas de DYS grave. C'est dans les petites classes qu'il faudrait obtenir l'attribution de l'AVS.

Prétendre que la présence de l'AVS empêche l'autonomisation de l'enfant est une aberration.
Il ne faut pas confondre indépendance et autonomie.
L'indépendance est de l'ordre de « je peux ».
On est dépendant d'une tierce personne, d'un auxiliaire de vie scolaire, lorsque l'on ne peut pas réaliser seul.
À l'école cela peut-être : accéder à la cantine, aux WC, mais aussi ne pas pouvoir se servir de ses outils scolaires... C'est pourquoi on accorde volontiers un auxiliaire de vie scolaire aux enfants présentant de lourds handicaps moteurs, par définition plus ou moins totalement dépendants des adultes encadrants.
Il en va tout autrement pour les enfants "handicapés scolaires", qui ne sont pas dépendants des adultes pour la vie dans l'école, mais qui ont de grosses difficultés, voire des difficultés insurmontables en classe, pendant les temps d'apprentissage. Or, on vient de le voir, certains enfants réellement intelligents ont des difficultés d'apprentissage. Ils peuvent progresser avec des auxiliaires de vie leur permettant, dans un premier temps, d'accéder aux apprentissages, d'apprendre.
Il y a un temps pour apprendre, il y a un temps pour devenir autonome.
L'autonomie (de l'ordre de « je veux »), pourra représenter ultérieurement, soit de se passer totalement d'auxiliaire de vie scolaire, soit d'optimiser au maximum sa présence et son aide. C'est être capable de guider cette personne pour qu'elle fasse à **ma** place d'enfant le strict minimum.
Nous pouvons illustrer ce propos par les enfants présentant des difficultés dites "dysexécutives", dont les troubles de l'attention, de la concentration, leur distractibilité, leur incapacité à débuter/mener jusqu'à son terme/stopper une tâche, nécessite une aide et un étayage pas à pas.
Les enfants souffrant de dyspraxie visuo-spatiale ont également besoin d'une personne à leur côté qui reprenne les aides apportées par les rééducateurs : repérage dans l'espace, accompagnement du geste graphique lors d'un apprentissage de l'écriture par une méthode dite "de guidage verbal", lecture des énoncés difficiles, écriture à leur place en cas de dysgraphie-dysorthographie sévère ou simplement de lenteur rédhibitoire.

Et les professeurs des écoles constatent les performances des enfants les jours où l'auxiliaire de vie scolaire (à temps partiel !) est là, et déplorent la réapparition du "handicap scolaire" les jours où il est absent !
Comment peut-on affirmer de façon péremptoire qu'un enfant qui devient efficace parce qu'il a un auxiliaire de vie scolaire pour l'aider ne doit bénéficier de cet AVS qu'à temps partiel pour "devenir autonome" ?
Il y a un temps pour réussir à entrer dans les apprentissages, il y a un temps pour apprendre à devenir autonome.
La mise à disposition d'un auxiliaire de vie, doit être une décision motivée. Elle doit être prise au cas par cas en tenant compte des difficultés d'un enfant particulier, de ses besoins, de son profil cognitif et psychologique singulier.

Elle doit, comme toute mesure s'intégrant dans un projet thérapeutique, être revue et corrigée régulièrement en fonction de l'évolution de l'enfant qui en bénéficie et en tenant compte des variations au fil du temps de son environnement scolaire.
Certes elle ne doit certainement pas être systématique devant toute difficulté d'apprentissage !

Or les AVS sont trop peu nombreux, assez peu et souvent mal formés.
Leur place peut être délicate dans la classe. Travailler avec un AVS n'est pas toujours évident pour l'enseignant.
Avoir un AVS à ses côtés n'est pas évident pour certains enfants : différence, stigmatisation, refus.

Encore une fois c'est sur le projet personnalisé de scolarité qu'il faut s'appuyer, son rôle doit être explicitement précisé dans le PPS :

- l'AVS doit-il aider pour les tâches matérielles (repas, WC, déplacements), dans les tâches scolaires (manipulations, rangement, organisation).
- doit-il servir de secrétaire, relire les consignes, aider aux réalisations sur feuille, séquencer les tâches, soutenir le raisonnement, canaliser l'attention, combattre l'impulsivité, réaliser un amorçage pour la restitution mnésique…
- préparer les supports papiers…
- tout cela doit être explicité précisément et revu régulièrement en fonction de l'évolution de l'enfant.

→ Quelques points importants :

- Il doit être attentif à la lisibilité du cahier de textes, à l'organisation dans le classeur, dans le cartable. L'enfant a-t-il bien ses livres ?
- L'AVS peut avantageusement bénéficier de l'apport des professionnels rééducateurs. S'il participe aux séances, il peut ultérieurement reprendre les aides *en temps réel* en classe, servir de *relais* avec l'enseignant, participer aux *réflexions* pour tenter de décoder les difficultés de l'enfant. Sa place de proximité aux côtés de l'enfant représente une source d'information précieuse pour aider à cette compréhension.
- L'AVS doit transmettre des informations et être à la recherche de renseignements, de conseils, d'explications théoriques,… pour pouvoir comprendre le fonctionnement intellectuel, cognitif, scolaire de l'enfant… et ainsi ajuster son aide, son implication, sa distance.
- Il ne doit pas faire écran entre l'enseignant et l'élève, mais ne doit pas accepter d'être placé en situation de se substituer à celui-ci.
- **Sa place est privilégiée pour encourager et valoriser l'élève. Il doit mesurer ce qui est accessible ou pas, ce qui est accessible avec aide, ce qui est accessible mais entraîne une fatigue démesurée**.

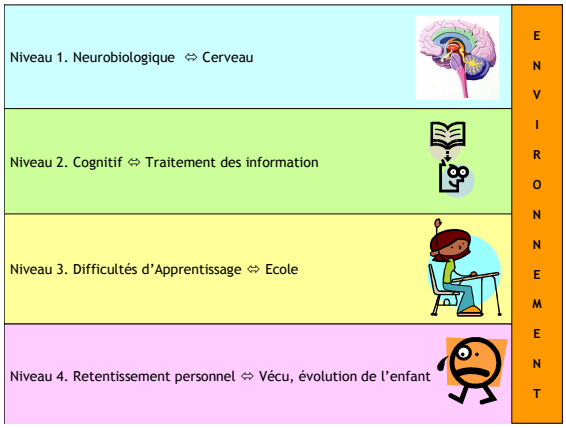
L'attribution de l'AVS n'est pas une panacée et ne doit pas non plus être un cache misère. C'est un moyen, un élément parmi d'autres dans une stratégie thérapeutique. Mais c'est souvent un maillon majeur du dispositif.

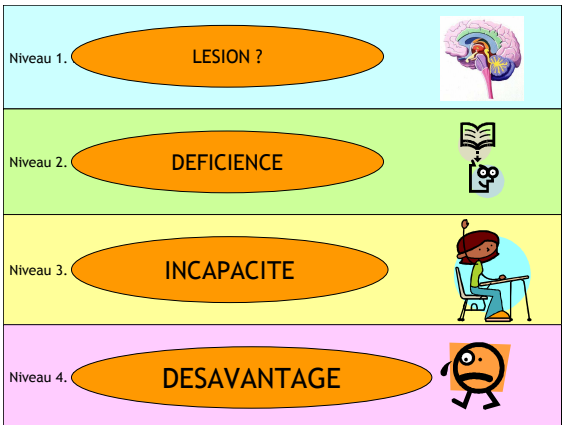
→ Le métier d'AVS est un vrai métier, qui demanderait formation, reconnaissance et statut professionnel.

Les DYS…
6. Faut-il parler de handicap ?

Aborder les troubles spécifiques des apprentissages sous l'angle des difficultés spécifiques grâce à l'abord neuropsychologique demande de raisonner selon quatre niveaux :

- le niveau neurobiologique, celui du cerveau siège d'une lésion ou d'un dysfonctionnement
- le niveau cognitif, celui du traitement des informations
- celui de l'école, où s'expriment avec plus ou moins d'intensité le (ou les) déficit(s) cognitif(s) dans un (ou plusieurs) apprentissage(s)
- celui de l'enfant, dans son ressenti, son vécu, les conséquences dans sa progression scolaire, dans ses relations avec son entourage (parents, enseignants, camarades)… à plus long terme pour son avenir.





Aborder la question du handicap peut se faire avec une classification largement utilisée, qui insiste sur le caractère essentiellement « situationnel » de la notion de handicap. Aux quatre niveaux précédemment cités correspondent la lésion, la déficience, l'incapacité enfin le désavantage. (Wood, OMS)

Si à la suite d'un accident de la route votre radiateur est percé (lésion), il s'ensuit une déficience du circuit de refroidissement de la voiture, responsable d'une incapacité à poursuivre votre route. Le désavantage est de vous contraindre à appeler un dépanneur puis un taxi pour vous rendre votre travail, éventuellement de manquer un travail si vous vous rendiez à une commission d'embauche !

C'est bien le niveau de désavantage pour la personne qui qualifie ***son*** handicap.
L'enfant présentant par exemple une dyspraxie visuospatiale, liée à un *dysfonctionnement* cérébral, présente une *déficience* des aptitudes praxiques, gestuelles et visuospatiales responsable d'*incapacités* (écriture manuelle non scolairement rentable à l'école, difficulté dans certains jeux dans la vie tous les jours), lesquelles entraînent un *désavantage* certain → cet enfant qui peut éventuellement cumuler une lecture hésitante, être perdu dans les textes, ne pas arriver à écrire proprement, rapidement, lisiblement comme ses camarades, qui est désespérément mauvais en mathématiques et n'est jamais choisi par les leaders en sport pour faire partie de leur équipe *est bien, dès le départ, désavantagé !*

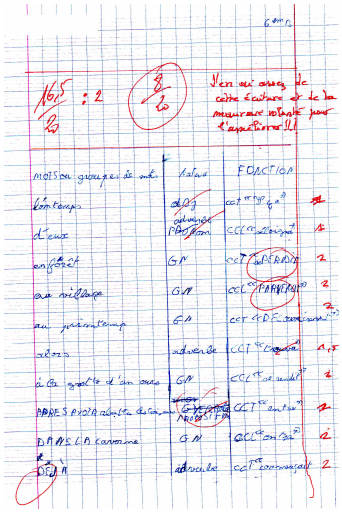
On peut dire que, par rapport à ses pairs, il ne part pas sur un pied d'égalité. Le fait même de partir loin derrière les autres dans de nombreux domaines place cet enfant dans une situation injuste, inéquitable.

Il existe, dans la langue française, un terme qui qualifie exactement cette situation. Ce terme est issu du milieu des courses hippiques. Il s'agit du mot handicap. Le jockey trop léger est pénalisé d'un handicap : il va être lesté ou partir 25 ou 50 m derrière les autres.

L'enfant victime d'une DYS grave, est désavantagé dès le départ, il part loin derrière les autres, il fournira toute sa vie d'écolier des efforts toujours supérieurs à ceux de ses camarades pour un résultat qui sera trop souvent considéré comme insuffisant, perfectible, traduisant sa mauvaise volonté, son opposition, son manque d'effort et/ou de motivation.

Le terme de handicap n'est ni infamant, ni stigmatisant. Ce sont les conséquences d'un handicap non reconnu qui font entrer l'enfant dans la spirale de l'échec, les troubles du comportement et le stigmatisent aux yeux des autres : il est dit nul, il se croit nul donc il est nul !
L'injustice n'est pas cette *étiquette* que tant de personnes autour des enfants craignent de voir poser sur lui, l'injustice c'est bien l'inéquité, c'est bien le handicap non repéré, non reconnu, non accepté, nié, ne donnant droit à aucune aide : le handicap *invisible*.

Poser un diagnostic précis de DYS grave n'est pas stigmatiser un enfant. C'est lui permettre éventuellement de réussir sa scolarité (parce que l'on va la lui faciliter) par la mise en place d'aides matérielles et/ou humaines, d'adaptations pédagogiques, de contournements… qui permettront à cet enfant là de progresser parce qu'il est intelligent et qu'il le mérite.
Ce n'est pas encourager sa fainéantise. L'enfant fainéant n'existe pas, mais un enfant qui année après année, enseignant après enseignant, reste incompris est en très grande souffrance. Alors il deviendra fainéant car ça sera plus simple pour lui.



Cet enfant à qui l'on dit « *j'en ai assez de cette écriture et de ta mauvaise volonté pour l'améliorer !!!* », à qui l'on divise sa note par 2, se retrouve avec un 8/20 alors qu'il avait obtenu 16,5/20 !
On peut imaginer sans peine son entrain à rentrer chez lui le soir, à présenter sa copie aux parents, son ressentiment envers ce professeur.
De telles situations ne pourraient-elles pas être responsables de gestes agressifs envers des enseignants ?
Et surtout, comment ne pas déplorer qu'à aucun moment de l'année cet enseignant n'ait pu rencontrer une personne suffisamment convaincante qui lui aurait enfin dit que cet enfant NE PEUT PAS améliorer son écriture, que c'est là son handicap !

Sans explication argumentée car sans diagnostic, l'enfant DYS grave est le seul à connaître son handicap invisible.
Reconnaître le handicap "scolaire" c'est permettre de révéler l'invisible et d'expliciter un projet véritablement adapté car personnalisé.
En outre cela s'avère une réelle nécessité si l'on doit passer par la MDPH pour du matériel, des remboursements de séances de rééducation non prises en charge par la sécurité sociale, l'attribution de l'AVS...

En guise de conclusion… *provisoire* ?

L'intérêt actuel pour les DYS n'est pas près de s'éteindre. Le mouvement est en marche. Le succès de la *"**1° journée nationale des DYS** "* le 10/10/2007, à l'initiative d'associations, en est un témoignage.

Les parents prennent et devront continuer à prendre l'affaire en mains !

Dans les régions, pour peser localement sur les décideurs et les financeurs, ils doivent monter des associations dynamiques et représenter tous les enfants DYS.
Adhérer à une association sur telle ou telle DYS est intéressant pour réfléchir, progresser, échanger des informations… mais pour être crédibles et ambitieux, il faut se regrouper et œuvrer, unis, pour tous et toutes.

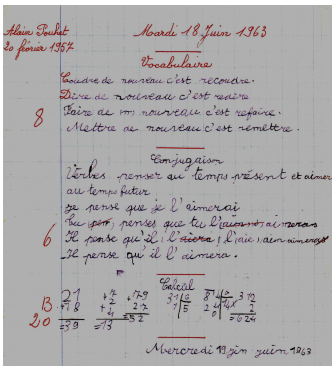
Le nombre d'enfants DYS est inconnu, certainement gravement sous-estimé.
On voit avancer le chiffre de 5 à 10 %, ce qui correspond à 1 à 3 enfants par classe, soit plusieurs centaines de milliers d'enfants de primaire pour la France entière !

Comment alors ne pas réfléchir en termes de problème de santé publique !

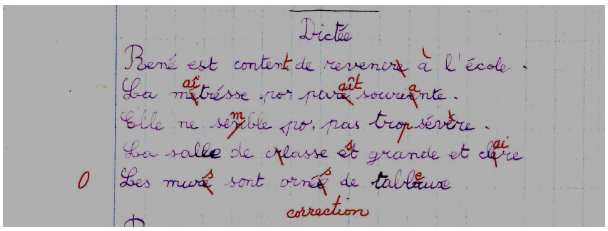
Face à deux institutions, la Médecine et l'Education Nationale - qui n'ont vraiment pas l'habitude de travailler ensemble - les parents et les enfants vont avoir du mal à :

- rencontrer des interlocuteurs *in*formés et compétents
- obtenir la reconnaissance d'un trouble spécifique dont on aura mis en évidence l'origine cognitive par un examen neuropsychologique raisonné
- mettre en place pour leur enfant des aides ciblées et efficaces, des conseils judicieux pour la poursuite de la scolarité…

Il faut aider et soutenir les enseignants, beaucoup d'entre eux sont réellement désireux d'aider des enfants auxquels ils voudraient bien enfin comprendre quelque chose.
Le pari c'est de dépasser l'incompréhension mutuelle.
Comprendre permet d'aider efficacement et d'accompagner. Cela en vaut la peine. Quand on naît DYS on reste DYS toute sa vie. Mais ces enfants DYS courageux et attachants, sont pleins de ressources. Beaucoup seront des adultes enthousiastes et dynamiques, il faut donc tenir compte de leur pathologie DYS le plus précocement possible.



Je remercie mon institutrice, Mme Lucie ROUSSEAU, qui considérait ma dysorthographie épouvantable comme une bizarrerie inexplicable avec laquelle il faudrait sans doute composer…



100% d'enfants maîtrisant lire-écrire-compter en fin de CM2 est une douce utopie qui ne tient aucun compte de la réalité d'enfants *tous différents* et entretient l'idée du remède miracle → il faut s'adapter à chacun mais pouvoir s'adapter passe par avoir les moyens de comprendre.