



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?



Décembre 2017

Ce document est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service Communication - Information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Introduction	5
Les troubles spécifiques du langage et des apprentissages	6
Contexte et méthode d'élaboration du guide	8
Le parcours de santé	10
L'entrée dans le parcours	14
1. Repérage de l'enfant avec difficultés dans la vie quotidienne, sociale et/ou scolaire	14
2. Mise en place d'une pédagogie différenciée auprès des élèves en difficulté d'apprentissage	15
3. Orientation de l'enfant selon son âge et l'évolution de ses difficultés	16
La prise en charge de niveau 1	17
1. Démarche diagnostique	17
1.1 Anamnèse	17
1.2 Examen clinique de première intention	17
1.3 Dépistage du trouble	18
1.4 Contextualisation du trouble	18
1.4.1 Contexte de trouble spécifique du langage et/ou des apprentissages : diagnostic positif	18
1.4.2 Contexte de troubles inscrits dans une autre pathologie : diagnostic différentiel	19
1.5 Temps d'échange entre le médecin, l'enfant et sa famille autour du diagnostic	20
2. Prise en charge thérapeutique	20
2.1 L'accompagnement de l'enfant et des parents	20
2.2 La mise en œuvre d'une rééducation	21
2.2.1 Modalités de mise en œuvre	21
2.2.2 Suivi de l'enfant en cours de rééducation	22
3. Mise en place d'adaptations pédagogiques	23
4. Si besoin, orientation de l'enfant vers une équipe de niveau 2	25

La prise en charge de niveau 2	27
1. Description générale du niveau 2	27
2. Missions du niveau 2	28
2.1 Évaluation diagnostique pluridisciplinaire	28
2.1.1 Contenu de l'évaluation	28
2.1.2 Synthèse médicale	29
2.2 Coordination des soins	30
2.2.1 Le projet de soins	30
2.2.2 Le projet de scolarisation	30
2.2.3 Le projet individuel	30
2.3 Suivi et réévaluation des parcours	31
2.3.1 Suivi	31
2.3.2 Si besoin, orientation de l'enfant vers le Centre de référence des troubles du langage et des apprentissages (CRTLA)	31
3. Équipe type de niveau 2	32
3.1.1 Professionnels ressources	32
3.1.2 Médecin	33
3.1.3 Référent de soins et du parcours de proximité	34
Leviers mobilisables pour améliorer le parcours	35
1. Leviers pour la prise en charge en niveau 1	35
2. Leviers pour la mise en œuvre effective d'un niveau 2	35
3. Leviers pour l'ensemble du parcours	36
Annexe 1. Participants	38
Annexe 2. Synthèse des constats et préconisations de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant sur le parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages	42
Annexe 3. Signes d'alerte à l'intention du médecin de premier recours et actions à mettre en œuvre	45
Annexe 4. Plaintes ou difficultés pouvant faire évoquer un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez l'enfant	50
Annexe 5. Bilans spécialisés des psychologues et des professionnels paramédicaux	52
Annexe 6. Recherche documentaire	55
Références	58

Introduction

Les Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages (TSLA) appelés communément « **troubles dys** » sont la conséquence de troubles cognitifs spécifiques neuro développementaux (déficience d'une ou plusieurs fonctions cognitives, sans déficience intellectuelle globale). Ces troubles sont fréquents et souvent associés chez un même enfant, leur nature et leur niveau de gravité est variable.

La prise en charge précoce et adaptée d'un enfant atteint de ces troubles vise à prévenir ou atténuer leurs conséquences fonctionnelles et parfois psychologiques. Elle nécessite une démarche diagnostique et thérapeutique le plus souvent pluridisciplinaire. Elle impose une coordination des actions pédagogiques, médicales, paramédicales, psychologiques, sociales, et familiales, sous la forme d'un parcours cohérent. Face aux constats d'irrégularités de réponses sur le terrain avec des parcours dont certains répondent à ces exigences et d'autres ne sont pas coordonnés, la Commission de la Naissance et de la Santé de l'Enfant a sollicité la Haute Autorité de Santé pour l'élaboration de recommandations visant à améliorer ces parcours de santé spécifiques.

La recherche de cette amélioration est l'occasion pour la HAS d'élaborer un premier « guide parcours de santé » chez l'enfant, dans lequel le parcours de soins et le parcours de scolarisation sont imbriqués :

- Dans une première partie, ce guide décrit les éléments clés d'un parcours de santé « de référence » vers lequel il faut tendre. Ce parcours doit être lisible et accessible tout en garantissant une prise en charge souple, adaptée au développement de l'enfant et à l'évolution de ses besoins. Il met l'accent sur la nécessaire collaboration entre professionnels de santé, psychologues, et professionnels de l'Éducation Nationale ; tout en associant la famille à chaque étape.
- Dans une seconde partie, il liste les leviers mobilisables pour améliorer ce parcours.

Ce guide répond à un besoin d'organisation des soins ; il n'est pas une recommandation de bonne pratique clinique. Il s'adresse aux professionnels de santé et aux psychologues en décrivant leurs rôles et leurs interactions, tout en précisant les critères d'orientation de l'enfant dans le parcours de santé.

Il contient des éléments d'information à l'intention des familles, des professionnels de la petite enfance et des enseignants, et précise leur place respective dans le parcours. Enfin, il fournit des repères aux Agences Régionales de Santé dans leur mission d'organisation territoriale de la filière de diagnostic et de prise en charge des enfants avec des Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages.

Cette proposition de parcours de santé constitue un cadre d'organisation générale dont la mise en œuvre dans les territoires de santé se fera progressivement et de manière variable, en fonction de leurs besoins et des ressources disponibles localement.

Améliorer le parcours de santé de ces enfants constitue un enjeu majeur : leur permettre d'accéder aux apprentissages en s'appuyant sur leurs ressources, et pouvoir ainsi envisager un avenir social et professionnel en toute autonomie.

Les troubles spécifiques du langage et des apprentissages

Définition

Les troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA) appelés communément « **troubles dys** » sont la conséquence de troubles cognitifs spécifiques neuro-développementaux.

Certains de ces troubles affectent les apprentissages précoces : langage, geste, etc. ; d'autres affectent plus spécifiquement les apprentissages scolaires comme le langage écrit, le calcul.

L'appellation « TSLA » est une dénomination fonctionnelle, visant à rappeler la spécificité de ces troubles, non expliqués par une déficience intellectuelle globale.

Ces troubles sont répertoriés dans le **manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)**¹, sous les appellations diverses suivantes :

- Trouble du langage (appelé communément « dysphasies ») ;
- Trouble spécifique des apprentissages :
 - avec déficit en lecture (appelé communément « dyslexies »),
 - avec déficit de l'expression écrite (appelé communément « dysorthographies »),
 - avec déficit du calcul (appelé communément « dyscalculies ») ;
- Trouble du développement de la coordination (appelé communément « dyspraxies » (incluant certaines formes de « dysgraphies ») ;
- Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (appelé communément « TDAH »).

Le DSM-5 définit ainsi les troubles spécifiques des apprentissages :

- Ils sont affirmés par des outils d'évaluation standardisés révélant des scores déficitaires en référence aux normes attendues pour l'âge ;
- Ils sont spécifiques, ne pouvant pas être entièrement expliqués par une autre pathologie sensorielle (surdité, vision), neurologique (lésion cérébrales innées ou acquises), intellectuelle ou psychiatrique (troubles du développement de la personnalité, de la sphère émotionnelle et/ou comportementale.), ni par un manque d'apport socioculturel ;
- Ils sont durables, persistant depuis au moins 6 mois en dépit d'une prise en charge individualisée et d'une adaptation pédagogique ciblée ; ils persisteront tout au long de la vie.
- Ils sont présents dès les premières étapes du développement, mais ils peuvent se manifester plus tardivement (lorsque l'enfant n'arrive plus à mettre en place des stratégies de compensation de son (ses) trouble(s) ;
- Ils interf rent de façon significative avec la réussite scolaire, le fonctionnement professionnel ou les activités de la vie courante.

Les TSLA sont classés en catégories diagnostiques par la Classification internationale des maladies (CIM-10 - Organisation Mondiale de la Santé - 1993). La CIM-11 sera diffusée en 2018. Une version de travail est accessible en ligne². Son contenu est très proche de celui du DSM-5 pour les troubles neuro développementaux.

¹ American Psychiatric Association. *Neurodevelopmental disorders. In : DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association ; 2013*

² <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f1516623224>

La terminologie de troubles inclut différents stades propres à la particularité de l'enfant en développement, expliquant ainsi une grande diversité de tableaux cliniques. Les critères diagnostiques des troubles dans le DSM-5 ne préjugent pas de leur évolution dans le temps (évolution variable d'un enfant à l'autre, dans le sens de la stabilité, l'aggravation ou l'amélioration).

Épidémiologie

L'estimation de la prévalence des troubles spécifiques des apprentissages est rendue difficile par les choix des seuils et des outils d'évaluation utilisés. Les estimations globales issues d'études internationales révèlent des troubles fréquents de l'ordre de 8 % des enfants par classe d'âge pour l'ensemble des troubles.

L'association de plusieurs troubles est fréquente, ce qui contribue à retarder le diagnostic, compliquer la prise en charge thérapeutique et grever le pronostic.

Impact des troubles spécifiques

Les conséquences sont très variables en fonction :

- du degré des troubles,
 - de la nature du(es) trouble(s),
 - de l'éventuelle présence de comorbidités,
 - du développement spontané par l'enfant de compensations ou de stratégies de contournement sur le plan cognitif,
 - de l'évolution avec l'accompagnement pédagogique,
 - de la précocité du diagnostic et des interventions thérapeutiques mises en place,
 - du suivi des soins engagés,
 - de l'environnement et de la qualité du soutien familial.
- Tant que les processus cognitifs impliqués dans le développement des apprentissages ne sont pas automatisés, cela génère une surcharge attentionnelle et l'élève ne peut pas accéder à l'aspect « multitâche » de tout apprentissage. Les troubles occasionnent une lenteur, une fatigabilité, parfois des problèmes d'organisation ou des troubles du comportement. Ils peuvent nécessiter des aménagements et/ou des adaptations, voire des compensations dans certains cas.
- En l'absence de diagnostic et de prise en charge adaptés, il y a un risque :
- de décrochage scolaire voire d'échec scolaire, nécessitant des dispositifs scolaires particuliers,
 - d'apparition de troubles émotionnels secondaires : faible estime de soi, anxiété, dépression, faible intérêt ou dégoût pour la scolarité, opposition, agressivité réactionnelle,
 - de difficultés d'insertion professionnelle et sociale.
- Chaque fois que les troubles nécessiteront plusieurs intervenants, les familles auront à faire face à une multiplicité de soins et à leur coordination.

Contexte et méthode d'élaboration du guide

En 2000, J.-C. Ringard et F. Veber ont, au nom des ministères de l'Éducation nationale et de la santé, mis en évidence dans un [rapport](#) les insuffisances de la France, comparée aux pays anglo-saxons et d'Europe du Nord, en termes de repérage, dépistage et prise en charge des troubles spécifiques du langage oral et/ou écrit.

Suite aux préconisations de ce rapport, un [plan d'action interministériel portant sur 2001-2004](#) a été mis en place, il a recommandé la création de centres de référence. Il en existe une quarantaine en France, rattachés à des services de neuro-pédiatrie ou de pédopsychiatrie au sein de centres hospitaliers universitaires.

Une évaluation du plan d'action 2001-2004 réalisée en 2007 par la Fédération nationale des observatoires de santé a conclu à des progrès indéniables, notamment en matière de repérage, dépistage et diagnostic des troubles spécifiques. Les professionnels de santé sont mieux formés et investis dans des démarches de partage autour de l'enfant, de ses parents et de son environnement. Néanmoins, l'accès aux diagnostics et aux prises en charge est encore trop souvent hétérogène, manquant de cohérence et sans coordination entre les différents intervenants. En conséquence, sont observés des retards dans les diagnostics et prises en charge de ces enfants, des « orientations » vers certains professionnels injustifiées ou par défaut, des prises en charge inadaptées ou indument prolongées, un engorgement, par des demandes excessives, des centres de référence destinés aux cas complexes. L'un des effets pour ces enfants en est le renforcement des inégalités d'accès aux soins.

En 2013, [un groupe de travail de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant](#) a constaté des difficultés d'organisation et de liens entre professionnels, et entre parents et professionnels, se traduisant par d'importantes disparités géographiques et socio-économiques, et des ressources embouteillées, peu accessibles, ou méconnues.

En vue d'améliorer la coordination des acteurs, cette commission a proposé en 2013 **une organisation du parcours en 3 niveaux de recours aux soins** :

- **niveau 1** : le médecin de l'enfant (médecin généraliste ou pédiatre), le médecin de santé scolaire (de l'Éducation nationale ou de la municipalité) ou de Protection maternelle et infantile, en lien avec les rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthoptistes) et les psychologues ;
- **niveau 2** : niveau intermédiaire entre le premier recours et les centres de référence. Il s'appuie sur des ressources existantes organisées en équipes expertes pluridisciplinaires de proximité sous la direction d'un médecin responsable du projet de soins. Ce niveau 2 assure la coordination entre des structures ou des professionnels sans qu'ils appartiennent nécessairement à la même structure ou institution, ni n'exercent dans un même lieu. Il vient en appui du niveau 1 dans les situations le nécessitant, et il est une ressource d'amont et d'aval du centre de référence pour les troubles du langage et des apprentissages ;
- **niveau 3** : centres de référence pour les troubles du langage et des apprentissages mis en place par la circulaire DHOS n°2001-209 du 4 mai 2001³, et constitués d'équipes pluridisciplinaires de consultations. Elles assurent des actions de coordination de soins et de projet thérapeutique, de formation, de conseil et de recherche. Ils constituent des centres de haut niveau d'expertise pour les situations les plus complexes adressées par les niveaux 1 ou 2.

³ [Circulaire DHOS/O 1 n° 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](#)

La Direction générale de la santé, et de la Direction générale de la cohésion sociale ont demandé à la Haute Autorité de Santé de définir des critères précis d'organisation du diagnostic précoce et de la prise en charge pluridisciplinaire de ces troubles.

Un guide a été rédigé selon la méthode d'élaboration des « guides parcours de soins » de la Haute Autorité de Santé. Son élaboration s'est appuyée sur une analyse de la littérature scientifique, et sur les avis des experts d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture (**annexe 1**), réunissant l'ensemble des professionnels intervenants dans le parcours de santé de l'enfant ainsi que les représentants d'associations de patients. Après une réunion des parties prenantes, et 4 réunions du groupe de travail, le guide a été soumis au groupe de lecture.

Ce guide a pour objectif de clarifier le parcours de santé :

- en décrivant le rôle de chacun des intervenants autour de la prise en charge de l'enfant ;
- en précisant les liens entre les différents acteurs.

Ce guide répond à un besoin d'organisation des soins et de maintien de la continuité du parcours. Il n'est pas une recommandation de bonne pratique clinique : les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en fonction du ou des troubles et de l'âge des enfants ne sont pas détaillées. L'élaboration d'une recommandation de bonne pratique clinique nécessiterait une mise à jour des connaissances scientifiques sur les méthodes de rééducation et d'entraînement spécifique (abordées dans des recommandations en 2006⁴, et dans une expertise collective de l'Inserm en 2007⁵).

La coordination du parcours est essentielle :

- elle vise à définir les objectifs des programmes de prise en charge, en tenant compte de leur faisabilité et de la priorité pour l'enfant,
- elle facilite l'appréciation de l'évolution de l'enfant et, en conséquence, le réajustement de ces objectifs,
- elle prend en compte la demande de la famille.

Ce guide a été construit à partir [des constats et préconisations de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant](#) (**annexe 2**).

Dans le projet de la HAS, l'accent a été mis :

- sur le 1^{er} et le 2^{me} niveau de recours aux soins, en vue de permettre aux centres de référence (niveau 3) de se recentrer sur leurs missions d'expertise, de formation et de recherche,
- sur le partenariat nécessaire entre professionnels de santé, psychologues et professionnels de l'Éducation nationale.

Dans ce guide, le terme de « **difficultés** » décrit la plainte constatée à l'occasion d'un premier repérage, celui de « **troubles** » indique la confirmation par le personnel de santé d'un **déficit avéré, persistant malgré les aides**.

Ces troubles et cette résistance aux aides constituent de fait une restriction de participation et une limitation d'activité qui s'exprime plus spécifiquement en classe (correspondant donc à une situation de handicap scolaire), mais aussi dans les activités de la vie quotidienne (cf. [définition du handicap cognitif](#)).

⁴ Vallée L, Dellatolas G. *Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*. Paris: ministère de la Santé et des Solidarités; 2006.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_tsl.pdf

⁵ Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques*. Paris: Éditions INSERM. Collection Expertise Médicale; 2007.

<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/73>

Le parcours de santé

Les enjeux d'un parcours adapté

Ces enjeux sont multiples :

■ Pour les patients :

- accès à un diagnostic précis des troubles et à une prise en charge adaptée personnalisée,
- accès aux apprentissages puis aux formations,
- éviter ou limiter les situations de handicap, possibilité d'insertion scolaire puis professionnelle, participation sociale,
- maintien de l'estime de soi, renforcement des compétences psychosociales ;

■ Pour leurs familles :

- prise en compte de leurs questions, de leurs attentes (en particulier leur demande de coordination de soins); implication dans la réalisation du projet de soins,
- amélioration attendue de leurs connaissances et de celles de leurs enfants, en vue d'une plus grande implication dans la prise en charge de ceux-ci ;

■ Pour les professionnels :

- amélioration des pratiques avec aide à la décision pour le bilan initial et l'orientation des premières prises en charge,
- clarification du rôle des acteurs en particulier en niveau intermédiaire (entre premier recours et centres de référence),
- meilleure connaissance et compréhension du rôle des autres acteurs ;

■ Pour la santé publique : l'amélioration du repérage, du dépistage et de la prise en charge précoces des troubles du langage oral et écrit et des apprentissages est un objectif identifié dans la loi de santé publique de 2004, repris dans les propositions du Haut Conseil de la Santé Publique de 2009 pour la prochaine loi ;

■ Pour l'école :

- une clarification du rôle des acteurs,
- l'accès aux apprentissages pour l'ensemble des élèves ;

■ Pour l'organisation des soins :

- accès aux soins dans un délai raisonnable,
- amélioration de la coordination entre acteurs,
- éviter les prises en charge par défaut ;

■ Pour l'efficacité des prises en charge: diminution attendue des coûts pour une prise en charge mieux adaptée (coûts en rapport avec les retards ou l'errance diagnostiques et des orientations non pertinentes – coût sociétal, restes à charge des familles en libéral) ;

■ Pour la société :

- diminution des inégalités de santé liées aux déficits d'information et d'accès aux soins d'ordre financier et/ou géographique,
- favoriser l'inclusion en réduisant les conséquences fonctionnelles de ces troubles.

Le parcours de santé de référence

La structuration du parcours de santé des enfants avec TSLA en trois niveaux préconisée par [un groupe de travail de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant](#) traduit :

- le besoin d'une prise en charge individualisée souple et fluide (donc continue), permettant une constante adaptation du soin au développement de l'enfant (âge de l'enfant lors de la découverte de difficultés ; étapes de la scolarité), et à son environnement (niveau socio-économique) (**figure 1**),
- la nécessité d'un recours hiérarchisé aux soins en fonction de la sévérité et/ou de la complexité des troubles, et de leur évolution.

Le parcours de santé doit être organisé autour de l'enfant et de ses troubles, et non pas en fonction des structures. Ce guide a donc mis l'accent sur le rôle de chacun des acteurs, et sur la coordination de leurs interventions, indépendamment des structures qui sont variables selon leur histoire, leurs compétences, les besoins et les ressources de leur territoire de santé. La mise en œuvre de ce parcours nécessite un travail partenarial entre tous les acteurs dans le respect des compétences et missions de chacun.

Le repérage de difficultés préscolaires permet d'identifier des signes d'alerte précoces qui peuvent nécessiter des mesures associant les parents.

Une fois repérées, les difficultés d'apprentissages font le plus souvent, en première intention, l'objet d'une pédagogie différenciée précoce, explicite et évaluée (hors difficultés d'emblée très sévères).

Si l'intervention pédagogique se révèle insuffisante (les troubles ne relevant pas de cette seule intervention), la prise en charge d'un enfant avec suspicion de TSLA fait intervenir les professionnels de la santé, en lien étroit avec les parents et les enseignants.

Cette prise en charge précoce et adaptée vise à améliorer les fonctions déficitaires et/ou à mettre en place les adaptations nécessaires.

Elle suit un processus rigoureux par étapes : dépistage, diagnostic, planification des soins, suivi et réajustements des approches pédagogiques, réévaluation des objectifs thérapeutiques et moyens rééducatifs. L'enfant et sa famille participent activement à ce processus, accompagnés par les professionnels de l'éducation et de la santé.

En cas de situation de handicap (limitation importante d'activité avec incapacité à la prendre en compte localement avec des moyens simples et non spécifiques) ou restriction de participation dans les actes de la vie quotidienne, dont la scolarité) et donc de besoin de compensation, les familles peuvent constituer un dossier auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Dans ce parcours faisant intervenir une multiplicité d'intervenants, les prises en charge nécessitent d'être coordonnées :

- la **figure 2** présente une vue d'ensemble du parcours (étapes de la démarche diagnostique/acteurs/outils de coordination (échanges/concertation/synthèses), et les liens entre les secteurs pédagogiques et de la santé. Le parcours de soins et le parcours de scolarisation sont fortement liés,
- la **figure 3** décrit les interactions entre niveau 1 et niveau 2 de recours aux soins.

Figure 1. TSLA : pyramide des profils de situations et des niveaux de recours aux soins correspondants

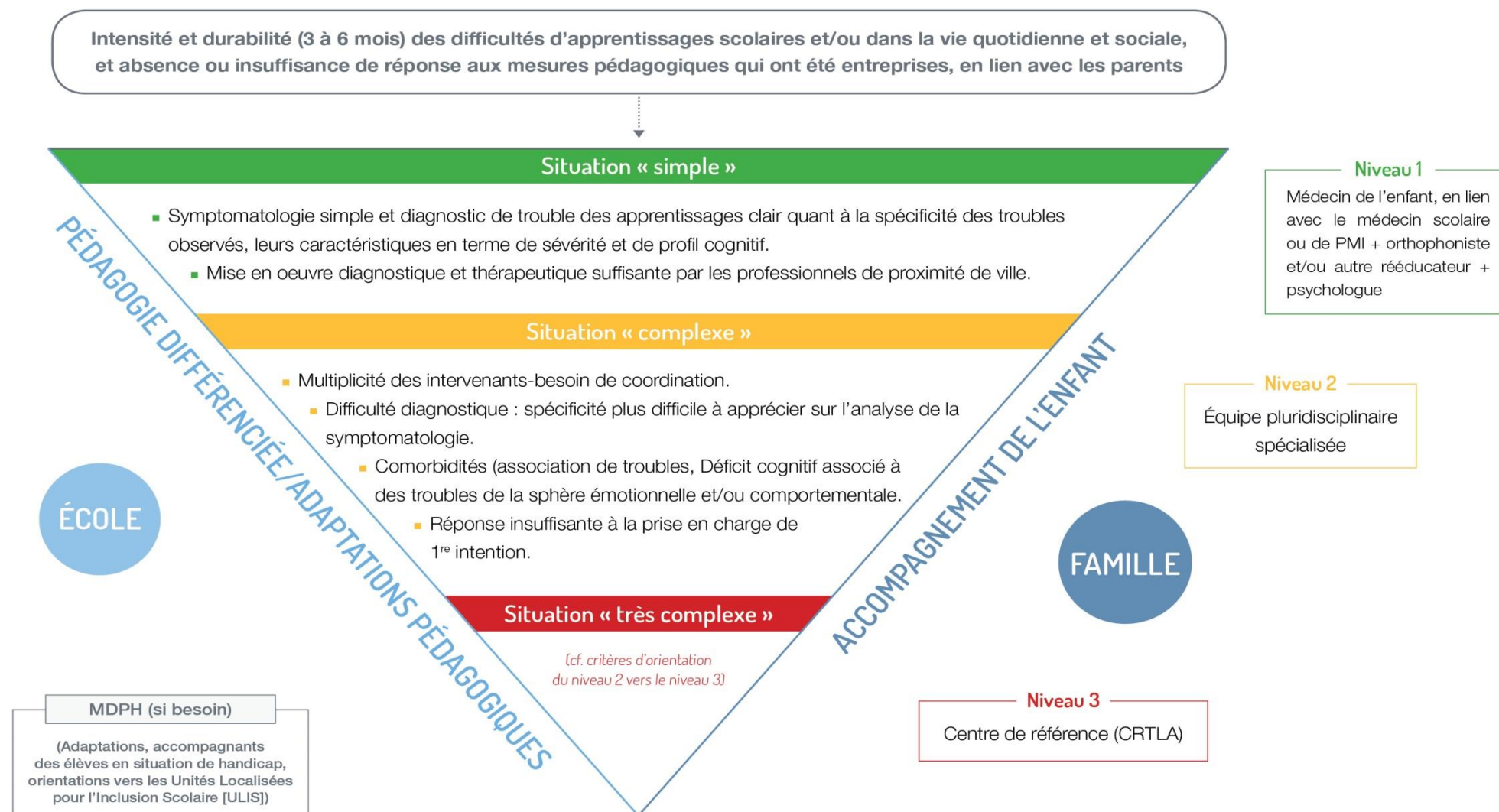
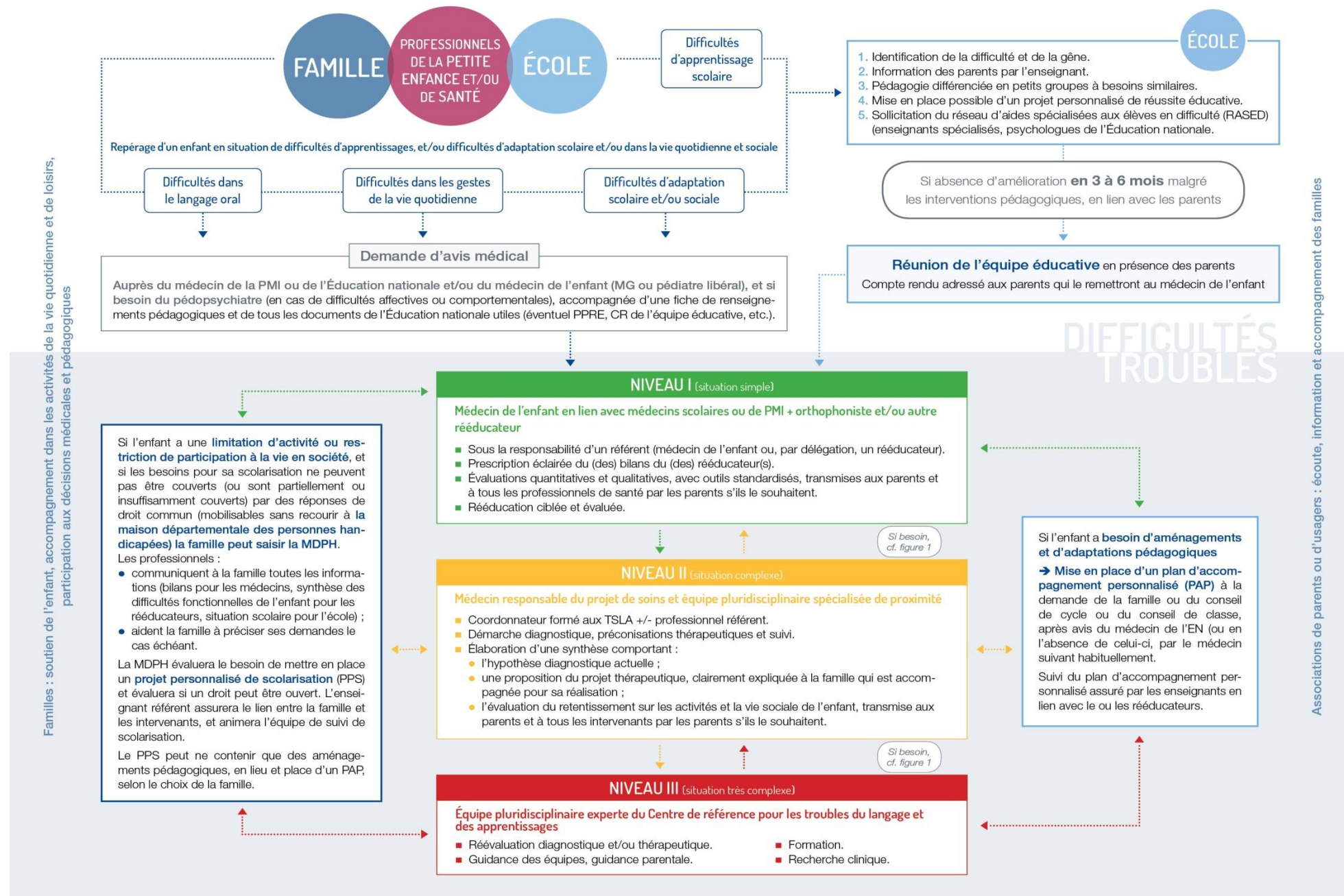


Figure 2. Vue d'ensemble du parcours



L'entrée dans le parcours

1. Repérage de l'enfant avec difficultés dans la vie quotidienne, sociale et/ou scolaire

Personnes impliquées

Les parents/la famille, les professionnels de la petite enfance (établissements d'accueil du jeune enfant, assistantes maternelles, etc.), l'école (enseignants et autres professionnels de l'Éducation nationale), la protection maternelle et infantile (PMI), les professionnels de santé, voire dans certains cas les intervenants du secteur social.

Méthode

Repérage dès la petite enfance

- **Par les parents** qui pourront en informer les professionnels de la petite enfance (assistantes maternelles, etc.) les enseignants, les professionnels de l'Éducation nationale, et les professionnels de santé. L'utilisation d'outils d'aide au repérage, en particulier des questionnaires est possible.
- **Par les professionnels de la petite enfance** qui pourront en informer les parents en cas de difficultés dans l'un ou l'autre des domaines cognitifs.
- **Par les enseignants** sur la base d'évaluations normées ([Eduscol](#)). L'enseignant peut être accompagné par les enseignants des Réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (quand ils sont présents sur le secteur), et par les psychologues de l'Éducation nationale.
- **Par le médecin de l'enfant, le médecin de la PMI ou de l'éducation nationale (parfois en lien avec l'infirmier et le psychologue de l'éducation nationale)**, en présence de signes d'alerte lors de consultations médicales réalisées aux âges clés du développement (examens à 9 mois, 24 mois, 36 mois, 4 ans, 5 ans et 6 ans), devant toute difficulté dans le développement :
 - du langage oral :
 - dès 18 mois en l'absence de mot signifiant, ou de suspicion de trouble de la communication verbale et non verbale,
 - en cas de plainte isolée :
 - dès que les difficultés sont sévères,
 - et particulièrement à 5 ans si difficultés persistantes ;
 - du graphisme et de la motricité :
 - dès 4-5 ans en cas de difficultés avec retentissement scolaire ou dans la vie quotidienne,
 - particulièrement à 7 ans et après (Pour l'écriture, l'organisation, la manipulation des outils) ;
 - du langage écrit : dès le CP si les étapes de déchiffrement et de transcription ne sont pas en adéquation avec l'évolution attendue, particulièrement en CE1 et après ;
 - du calcul : dès le CP en cas de difficultés sévères et après tout au long de la scolarité ;
 - face à des difficultés d'attention, une hyperactivité motrice, et une impulsivité.

Ces médecins devront en informer les familles.

Ces médecins et les autres professionnels seront attentifs à des signes d'appel très variés qui peuvent à la fois exprimer ou masquer les troubles des apprentissages : lenteur, maladresse, sur (ou sous) investissement du langage, opposition (refus d'écrire, d'aller à l'école), agitation, comportements d'évitement, manifestations somatiques non spécifiques (douleurs, sommeil, humeur, comportement sommeil et/ou appétit perturbé).

→ **La présence de tout signe d'alerte nécessite une consultation et un examen au moyen d'un outil normé par un professionnel de santé.**

- Les **tableaux 1 à 4 de l'annexe 3** décrivent, pour chaque âge clé, les signes d'alerte, les actions à mettre en œuvre respectivement par le médecin de l'enfant en cas de difficulté du langage oral, du langage écrit, du calcul, et de l'acquisition des coordinations et des praxies. La vigilance quant aux signes d'alerte sera accrue en cas d'antécédents familiaux ou d'antécédents personnels périnataux (prématurité ou souffrance néonatale).
- Le **tableau 5 de l'annexe 4** décrit les circonstances au cours desquelles le médecin de l'enfant peut être alerté, et ainsi évoquer un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Ces plaintes ou difficultés observées sont très variées et aucune n'est, à elle seule, spécifique du TDAH (cf. la [recommandation de bonne pratique](#) de la HAS en 2014 « Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité »).

2. Mise en place d'une pédagogie différenciée auprès des élèves en difficulté d'apprentissage

Les enseignants informent rapidement et précisément l'enfant et ses parents des difficultés qu'ils ont repérées, et mettent en œuvre des **mesures pédagogiques** spécifiquement adaptées aux difficultés de l'élève, à ses capacités et caractéristiques personnelles. Ces mesures permettent :

- de proposer une aide très précoce dont on sait qu'elle est plus efficace ;
- d'éviter une médicalisation de retard d'apprentissages sensibles aux interventions pédagogiques ciblées.

Elles sont indispensables comme premier temps notamment, mais pas uniquement, dans les environnements défavorisés où les difficultés sont les plus fréquentes, pour lutter contre les inégalités pédagogiques ([CNESCO](#)) et d'accès aux soins.

Ces mesures pédagogiques doivent être :

- Mises en place suivant les critères ayant fait la preuve de leur efficacité ([Expertise INSERM](#), [CNESCO](#)) : précoces (dès les premières manifestations de difficultés) ciblées, explicites, intensives, redondantes (entraînements de courte durée, mais répétés chaque jour), différenciées, avec de petits groupes à besoins similaires ;
- Assorties d'une évaluation rigoureuse de l'évolution des progrès de l'élève afin de solliciter, avec l'accord des parents, un avis médical d'emblée en cas de difficulté sévère, et toujours, en cas de difficulté durable ne répondant pas suffisamment aux mesures pédagogiques.

La mise en œuvre d'une pédagogie différenciée est justifiée en cas de :

- **Difficultés de langage.** Elles concernent en particulier :
 - le développement du langage oral et des interactions sociales, en repérant dès la petite section de maternelle les enfants n'ayant pas des compétences habituelles pour leur âge, après un contrôle de l'audition réalisable par le médecin de PMI ou le médecin de l'enfant. Il leur sera alors proposé des activités de stimulation intensives, en veillant à ce que l'adulte au sein de la classe, engage une communication directe et spécifique avec l'enfant ;
 - la prévention des difficultés de langage écrit, en agissant sur les éléments prédictifs comme :
 - le développement du langage oral, notamment du vocabulaire, de la syntaxe et de la pragmatique en petite et moyenne section,
 - la connaissance des lettres,
 - la conscience phonologique dès la grande section de maternelle ;
 - les difficultés de langage écrit nécessitent des interventions ([CNESCO](#)) portant sur :
 - le décodage en lecture en CP et CE1,
 - la fluence de lecture,
 - l'encodage (orthographe),
 - la compréhension ([CNESCO](#)) ;
- **Difficultés dans la construction du nombre et le calcul** en grande section de maternelle et en CP justifiant un entraînement sur leurs différents aspects (activités de dénombrement, jeux de plateaux, manipulations et expériences concrètes mettant en lien une quantité (exprimée oralement ou écrite en chiffres arabes) et une collection) dès le CP et au-delà ([CNESCO](#)) ;
- **Difficultés de graphisme** dès la fin de la maternelle relevant d'un renforcement par des exercices de pré graphisme et graphisme en grande section de maternelle.

Si besoin, un [projet personnalisé de réussite éducative](#) (PPRE) sera transitoirement mis en place par l'équipe enseignante, et devrait permettre de rattraper de simples retards d'apprentissage, non pathologiques.

3. Orientation de l'enfant selon son âge et l'évolution de ses difficultés

Toute difficulté d'apprentissages persistant à l'issue de 3 à 6 mois de pédagogie différenciée, ou d'emblée sévère, et/ou toute difficulté d'adaptation scolaire et/ou dans la vie quotidienne et sociale nécessitent l'évaluation par :

- le médecin de l'enfant (médecin généraliste ou pédiatre) ou ;
- le médecin de PMI chez l'enfant d'âge préscolaire et jusqu'à la fin de la moyenne section de maternelle ou ;
- le médecin de l'Éducation nationale à partir de la grande section de maternelle ;
- et si besoin l'orientation vers le pédopsychiatre en cas de difficultés affectives ou de la personnalité, et ne répondant pas au soutien apporté par l'environnement social, scolaire et familial.

Dans tous les cas, le médecin de l'enfant doit être informé par la famille du repérage d'une difficulté à l'école.

La prise en charge de niveau 1

Le premier niveau de recours aux soins est sous la responsabilité du médecin de l'enfant⁶ (médecin généraliste ou pédiatre), en lien avec le médecin de l'Éducation nationale ou de la protection maternelle et infantile, les rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthoptistes) et dans certains cas les psychologues.

1. Démarche diagnostique

Elle a pour but d'évaluer au plus près les difficultés de l'enfant, de confirmer ou non les troubles repérés préalablement puis d'orienter à bon escient vers les professionnels spécialisés.

1.1 Anamnèse

Entretien du médecin de l'enfant, avec ce dernier et ses parents. Il porte sur :

- la réception de la plainte ;
- les antécédents familiaux de troubles du langage et des apprentissages considérés comme des facteurs de risque pour l'enfant ;
- les antécédents personnels de l'enfant, en particulier périnataux ;
- le développement de l'enfant (âges/fonctionnalité et qualité des acquisitions développementales) en tenant compte des items du carnet de santé, et considérant les axes : médical, cognitif, psychologique, comportemental et relationnel ;
- le parcours préscolaire et scolaire de l'enfant et éventuellement, les prises en charge déjà effectuées ;
- les appétences et rejets de l'enfant (jeux, relations, centres d'intérêt, etc.) ;
- les conditions de vie de l'enfant :
 - l'existence d'un environnement socialement vulnérable ou défaillant (facteur aggravant),
 - la recherche de bilinguisme (si problème de langage): quelle est la langue parlée à la maison, et celle parlée et/ou comprise par l'enfant ?

1.2 Examen clinique de première intention

Objectifs : évaluer la pertinence de la plainte ou de la demande, différencier un trouble simple de troubles associés à d'autres troubles, apprécier le contexte dans lequel la plainte se situe, le tout afin de permettre une prescription éclairée de bilans et de soins.

⁶ Le dispositif médecin traitant est ouvert aux enfants de moins de 16 ans, par l'article 76 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), publiée au JO en janvier 2016. Pour les enfants de moins de 16 ans, une déclaration médecin traitant peut être réalisée mais il ne s'agit pas d'une obligation. Ainsi, il n'y a pas de majoration du ticket modérateur en l'absence de choix de médecin traitant ou de non-respect du parcours de soins coordonnés. Le médecin traitant peut être un médecin généraliste ou un autre spécialiste quelle que soit sa spécialité.

Mené par le médecin de l'enfant, l'examen comporte :

- Un examen somatique de l'enfant incluant un examen neurologique et cutané et la vérification de l'absence d'un déficit visuel et/ou auditif ;
- L'appréciation des compétences cognitives nécessaires dans le domaine où s'expriment les difficultés signalées, au moyen d'un outil de dépistage conçu et étalonné à cet effet :
 - langage oral : compréhension, expression,
 - lecture : lettres, syllabes, mots, niveau de lecture (déchiffrement, compréhension),
 - écriture et orthographe : quelques lignes de dictée,
 - calcul : numération, opérations, raisonnement,
 - graphisme : figures géométriques, bonhomme, famille, dessin libre, calligraphie,
 - motricité : station assise, debout, marche libérée, course, saut, préhensions dont approche et lâcher, regard et coordinations (manipulation simple et courante (dévisser une bouteille, boutonner, etc.)), repérage spatio-temporel ;
- L'appréciation des autres compétences cognitives et développementales préservées, de l'enfant ;
- L'appréciation de son développement psycho-affectif et relationnel et d'un éventuel retentissement psychologique des difficultés sur l'enfant, sa famille et dans la collectivité fréquentée (école, services scolaires et péri-éducatifs) ;
- L'appréciation des capacités de la famille et de son entourage à se saisir des alertes et des préconisations.

1.3 Dépistage du trouble

Objectif : confirmer la réalité d'un trouble.

Utilisation recommandée d'outils de dépistage étalonnés, par le médecin de l'enfant ou par les professionnels de santé scolaire ou de PMI, formés à leur utilisation (les conditions de validation de l'outil, son objectif, son interprétation et ses limites doivent être connus).

Dans le domaine des troubles du graphisme et de la motricité, il faut ajouter aux tests graphiques une appréciation qualitative de la motricité globale et fine et de la gêne de l'enfant dans la vie quotidienne/sociale.

Le niveau de fatigabilité et d'attention lors de la pratique des tests doit être pris en compte.

1.4 Contextualisation du trouble

1.4.1 Contexte de trouble spécifique du langage et/ou des apprentissages : diagnostic positif

Les évaluations sont réalisées, en première intention, par le professionnel spécialiste du domaine concerné :

- Face à des difficultés touchant le langage oral (expression, compréhension, pragmatique): **Bilan orthophonique de la communication et du langage oral et rééducation si nécessaire** (NGPA)⁷ ;
- Face à des difficultés touchant le langage écrit (lecture et écriture): **Bilan orthophonique de la communication et du langage écrit et rééducation si nécessaire** (NGPA) ;

⁷ NGPA Nomenclature Générale des Actes Professionnels

Prescription médicale de « bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire »

- Face à des difficultés touchant la cognition mathématique : **Bilan orthophonique de la dyscalculie et des troubles du raisonnement logico-mathématique et rééducation si nécessaire** (NGPA) ;
- Face à des difficultés touchant la motricité globale et/ ou la graphomotricité : **Bilan en psychomotricité et/ou en ergothérapie.**

Dans les situations les plus simples (i.e. trouble spécifique du langage écrit isolé avec une compréhension conservée à l'oral et à l'écrit), il n'est pas nécessaire d'engager d'autres explorations.

Dans les situations d'incertitude quant aux mécanismes cognitifs impliqués dans les troubles de l'enfant, un **bilan psychométrique réalisé dans le cadre d'une évaluation psychologique et neuropsychologique** est indispensable. Ce bilan vise à apprécier et comprendre le fonctionnement cognitif de l'enfant par une échelle étalonnée et standardisée (échelle composite multidimensionnelle de type échelle de Wechsler) appréciant les compétences globales de raisonnement de l'enfant, les difficultés mais aussi les points d'appui. **Ce bilan est réalisé par un psychologue formé à la passation et à l'interprétation de ces épreuves.**

Si besoin, une évaluation des différentes fonctions cognitives transversales (attention, fonctions exécutives) ou plus spécifiques, sera faite par un psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie. Ces bilans viendront compléter les observations et les évaluations de la famille et des autres professionnels.

Les évaluations doivent toujours être réalisées à l'aide de tests standardisés pour l'âge ou le niveau scolaire de l'enfant. Les résultats quantitatifs, en précisant le test utilisé pour les différentes fonctions concernées, doivent être donnés précisément par rapport aux normes de la population de référence. Des observations qualitatives complémentaires vont pouvoir préciser les compétences actives, les potentiels inexploités et les altérations et seront assorties d'une analyse des erreurs.

Les bilans spécialisés⁸ des psychologues, des orthophonistes, des ergothérapeutes, des psychomotriciens et des orthoptistes sont décrits en **annexe 5**.

Un avis psychologique ou pédopsychiatrique doit être proposé lorsque le retentissement des troubles génère une souffrance psychologique, et/ou des difficultés relationnelles et/ou du comportement.

1.4.2 Contexte de troubles inscrits dans une autre pathologie : diagnostic différentiel

Objectif : mettre en évidence une pathologie autre qu'un TSA dans laquelle s'inscrit le trouble d'apprentissages et qui nécessite le recours au spécialiste concerné.

- En cas de caractère global des troubles ou si doute sur l'efficacité intellectuelle : évaluation des compétences intellectuelles de l'enfant, par un psychologue et/ou neuropsychologue.
- En cas de suspicion de troubles sensoriels auditifs : examen ORL ; de troubles visuels examen ophtalmologique, de trouble de la fonction visuelle : bilan orthoptique.
- En cas de pathologie neurologique associée (paralysie cérébrale, épilepsie, phacomatose ou autre cause génétique de pathologie mentale) : neuropédiatre.
- En cas de suspicion de troubles moteurs : médecin de médecine physique et de réadaptation, neuropédiatre, psychomotriciens et/ou ergothérapeute.
- En cas de trouble du développement de la personnalité, de trouble de l'humeur ou de souffrance psychique de l'enfant associée, et/ou en cas de difficultés relationnelles à l'école ou dans la famille : psychologue / pédopsychiatre.

⁸ En libéral, à l'exception des orthophonistes et des orthoptistes, les actes et prestations effectués par les professionnels paramédicaux et les psychologues ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. Cette situation constitue une difficulté d'accès aux soins. Remboursement en cas de notification MDPH parfois possible.

- En cas de suspicion de trouble du spectre de l'autisme : avis auprès d'une équipe pluridisciplinaire formée au trouble, et disposant des outils d'évaluation.

1.5 Temps d'échange entre le médecin, l'enfant et sa famille autour du diagnostic

- Il porte sur :
 - la gêne prédominante pour l'enfant,
 - l'hypothèse diagnostique émise par le médecin ou les rééducateur(s) consulté(s),
 - les préconisations/prescriptions de rééducation et d'accompagnements,
 - les points à suivre (évolution de l'enfant : évolution des troubles, évolution des besoins d'adaptations pédagogiques, retentissement dans les apprentissages, les actes de la vie quotidienne et sur le plan psychologique) ainsi que la période conseillée pour réévaluer la situation.
- Il donne lieu à une note dans le carnet de santé de l'enfant.

2. Prise en charge thérapeutique

Dans cette situation simple, la **prise en charge thérapeutique nécessite des échanges** entre le référent de la prise en charge (médecin de l'enfant ou, par délégation le rééducateur), le rééducateur (si une rééducation est nécessaire), les intervenants de l'école, et la famille.

En cas de nécessité de recours à un niveau 2, ce référent fait le lien avec le coordonnateur des soins de niveau 2, ou joue ce rôle d'animateur de la coordination des soins.

2.1 L'accompagnement de l'enfant et des parents

L'enfant et ses parents sont des acteurs à part entière du parcours de santé.

Les parents sont experts de leur enfant : ils savent repérer ses difficultés, ils savent l'accompagner, mettre en place de manière naturelle des adaptations de l'environnement, des remédiations. Ils participent à la coordination du projet de vie de leur enfant.

L'enfant et sa famille doivent être écoutés et accompagnés. Ils sont informés des modalités diagnostiques et thérapeutiques pour s'investir pleinement dans le parcours de santé. Les messages délivrés à l'enfant et à sa famille doivent être clairs et utiles, adaptés au contexte culturel et linguistique de la famille, et se réfèrent à l'âge développemental de l'enfant. Des conseils ou stratégies sont proposés aux parents pour aider à gérer les difficultés du quotidien liées au(x) trouble(s).

Le consentement des parents sur la prise en charge envisagée est recueilli. À leur demande, et/ou sur proposition de l'équipe pédagogique, les besoins de l'enfant en termes d'aides dans le contexte scolaire, sont évalués.

Enfin, les parents sont informés de l'existence d'associations de patients, qui, dans leur diversité, organisent des temps de convivialité, d'échanges, de parole.

Les témoignages et expériences ainsi vécues et partagées sont autant de données mises à leur disposition, que les références bibliographiques ou les réseaux de professionnels.

Certaines d'entre-elles se sont dotées d'un conseil scientifique, organisent des colloques, développent parfois des formations, éditent des outils d'information, de rééducation dans les domaines de l'école, la santé, l'emploi et la formation.

2.2 La mise en œuvre d'une rééducation

2.2.1 Modalités de mise en œuvre

Les projets thérapeutiques sont établis à partir de l'analyse quantitative et qualitative des résultats obtenus lors de l'évaluation, en fonction de l'âge de l'enfant, de la **nature et de l'intensité du trouble**.

Selon le trouble, l'analyse de la gêne constatée et en référence aux âges clés développementaux, différents types de rééducations sont envisagées sur prescription médicale.

➤ Trouble spécifique du langage oral : orthophonie

- Dès que possible: en cas d'inintelligibilité et/ou d'agrammatisme ou de trouble de la compréhension.
- Après 3 ans : si le bilan confirme l'existence ou la persistance d'un trouble spécifique du langage oral.

➤ Trouble spécifique du langage écrit : orthophonie

La rééducation orthophonique est indiquée :

- Dès le début du CP en cas d'antécédents personnels et familiaux de troubles du langage oral ;
- Dès le milieu du CP en cas :
 - d'amélioration insuffisante en lecture malgré la mise en œuvre d'une pédagogie différenciée,
 - d'absence de décodage au cours du 2^e trimestre ;
- Dès le CE1 si le décodage et/ou l'encodage restent imprécis, lents.

➤ Trouble spécifique de la cognition mathématique

En fonction des troubles, l'intervention orthophonique peut être complétée d'une rééducation simultanée ou successive en neuropsychologie, ergothérapie ou psychomotricité.

Le choix de l'intervenant pour la rééducation dépend du contexte cognitif du trouble, la comorbidité étant élevée avec les troubles d'acquisition du langage écrit, les troubles du langage oral et ou de l'organisation du geste, les troubles exécutifs et aggravant la situation d'échec de l'enfant.

➤ Trouble d'organisation du geste (Inclus dans Troubles du développement des coordinations selon le DSM5)

Une **rééducation en ergothérapie et/ou en psychomotricité** pourra être indiquée dès que des difficultés porteront sur la sphère sensorimotrice et/ou visuospatiale avec des répercussions dans la scolarité ou dans la vie quotidienne.

Une **rééducation en orthophonie** pourra être indiquée en cas d'association d'un trouble du graphisme avec un trouble de l'orthographe.

En cas de difficultés persistantes suite aux interventions pédagogiques différenciées, cette rééducation sera menée le plus tôt possible (dès le début du CP).

2.2.2 Suivi de l'enfant en cours de rééducation

Les progrès de l'enfant sont évalués en recueillant l'avis de l'ensemble des intervenants.

➤ Évaluation de l'enfant en cours de rééducation

■ Objectif

- Évaluer l'adhésion de l'enfant et de sa famille, et leur compréhension des troubles et des modalités d'accompagnement proposées.
- Apprécier quantitativement et qualitativement l'évolution de l'enfant.
- Une évaluation régulière d'une fonction cognitive travaillée et de ses répercussions fonctionnelles permettra d'objectiver les effets spécifiques sur cette fonction. Concernant l'intervention orthophonique, une réévaluation (bilan de renouvellement) est prévue selon la nomenclature générale des actes professionnels à 30, 50 ou 100 séances selon les cas. Le délai peut varier selon la fréquence des séances, et l'éventualité de fenêtres thérapeutiques.
- Apprécier l'impact fonctionnel et scolaire du trouble résiduel (s'il persiste).

■ L'évaluation porte sur les objectifs de la rééducation :

- développer, dans la mesure du possible, les compétences déficitaires,
- favoriser le recours aux compétences préservées, et valoriser leur utilisation, en gardant pour objectif la préservation de l'estime de soi et du bien-être de l'enfant,
- développer les processus de compensation, ainsi que les moyens de la compensation,
- favoriser un lien entre la rééducation et la pédagogie (information indispensable de l'enseignant quant aux difficultés fonctionnelles en rapport avec le ou les troubles, et les possibilités d'adaptations pédagogiques. Cette information peut être dispensée, avec l'accord des parents, par le médecin de l'enfant, le médecin scolaire, le rééducateur et/ou par défaut, par les parents).

➤ Évolutions possibles

- Face aux progrès de l'enfant conformes aux objectifs de la rééducation, et devant un impact minime du trouble dans les apprentissages et la vie quotidienne (ou gérable par l'enfant et l'enseignant dans le cadre d'une scolarité habituelle) : décider d'une date d'arrêt de la rééducation et d'une date de réévaluation éventuelle de la stabilité des acquis et de la progression dans les domaines préservés
- En cas d'absence d'évolution notable, persistance d'une limitation d'activité en situation scolaire et/ou dans les activités de la vie quotidienne, objectivation au cours de la rééducation de troubles associés initialement non repérés, pouvant participer à la lenteur de l'évolution (un autre trouble spécifique des apprentissages, un TDAH, un trouble psychique (émotionnel ou comportemental)) : orientation vers une équipe de niveau 2.
- En situation intermédiaire : continuer la rééducation (en revoyant les axes en fonction de l'évolution quantitative et qualitative des troubles), proposer une nouvelle évaluation rapide afin d'apprécier si les objectifs attendus se rapprochent ou si l'on revient à la situation précédente. Orientation vers une équipe de niveau 2 en cas de troubles demeurant importants, ou n'évoluant

pas suffisamment, ou vers le niveau 3 (CRTLA) en cas de difficulté à confirmer le diagnostic, ou en l'absence de progression, ou de difficulté à fixer les objectifs de prise en charge.

- **Critère d'arrêt** de la rééducation : atteinte des objectifs (par ex. pour le langage écrit : amélioration suffisante de la précision et de la vitesse de lecture pour permettre la compréhension d'un texte lu du niveau de l'enfant, transcription lisible, dans des conditions confortables en situation scolaire).
Une reprise ultérieure de la rééducation peut s'avérer nécessaire selon les difficultés et/ou l'accroissement des exigences scolaires.
- L'enfant peut ne plus avoir besoin d'aménagements de scolarité ou d'examen lorsque le soin a été efficace/suffisant.

3. Mise en place d'adaptations pédagogiques

Les adaptations pédagogiques sont apportées en fonction des besoins de l'enfant, et en parallèle de la prise en charge médicale et paramédicale.

Quels que soient les soins prescrits, les adaptations pédagogiques sont toujours nécessaires pour permettre à l'élève de poursuivre les acquisitions. Il est nécessaire de lui proposer une pédagogie adaptée en s'appuyant sur ses capacités tout en connaissant ses limites en rapport avec le trouble cognitif spécifique⁹. Il sera en particulier nécessaire d'éviter de mettre l'élève en situations de « double tâche » : en situation d'apprentissage, ne pas solliciter les fonctions cognitives déficitaires consommatrices de ressources attentionnelles (qui doivent être prioritairement allouées à de nouvelles tâches en cours d'apprentissage plutôt qu'à des tâches cognitives non automatisées du fait de la déficience).

L'enseignant doit être informé par les parents, le médecin de l'Éducation nationale ou le médecin de l'enfant avec l'accord des parents :

- Des difficultés de l'élève, par les professionnels de santé et après accord des parents ou par les parents eux-mêmes ;
- Des conséquences sur la vie scolaire, afin de l'aider dans son approche pédagogique ;
- De la rééducation dont il bénéficie et des bénéfices attendus.

Réciproquement, l'enseignant assure un retour d'information vers les parents et les professionnels de santé quant aux adaptations mises en place et aux progrès de l'élève.

Si les difficultés scolaires durables sont la conséquence d'un trouble des apprentissages, l'équipe éducative se réunit afin de mettre en place rapidement les adaptations nécessaires au travers d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) ou d'un Projet personnalisé de scolarisation (PPS) suivant les besoins.

À la demande de la famille et/ou de l'équipe enseignante, et sur étude des éléments transmis par le médecin de l'enfant et/ou le rééducateur, notamment la description fonctionnelle des difficultés, le

⁹Voir (liste non exhaustive) :

http://www.inshea.fr/fr/ressource/moteur-lecture-pole-tsa?populate=&shs_term_node_tid_depth=925
<https://www.cartablefantastique.fr/>

médecin scolaire (ou un autre médecin si celui-ci est absent) analyse pour l'équipe pédagogique, les points d'appui et les conséquences du ou des troubles¹⁰.

Le **PAP** permet de bénéficier d'aménagements et d'adaptations de nature exclusivement pédagogique, ou d'utiliser le matériel informatique (de l'établissement scolaire ou son propre matériel informatique). Ce plan se construit en collaboration avec la famille, et en lien avec le médecin de niveau 1 ou le coordinateur de niveau 2.

Si l'enfant a une **limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société**, et si les besoins pour sa scolarisation ne peuvent pas être couverts (ou sont partiellement couverts ou insuffisamment couverts) par des réponses de droit commun (mobilisables sans recourir à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)), **la famille peut saisir cette dernière**.

■ La MDPH évaluera :

- les besoins de l'enfant pour envisager de mettre en place un **Projet personnalisé de Scolarisation (PPS)**,
- les critères d'éligibilité pour envisager l'ouverture d'un droit avant d'adresser la notification aux organismes payeurs et à la famille,
- le PPS indique les différentes réponses proposées en termes de compensation : matériel pédagogique adapté, aide humaine en milieu scolaire, accompagnement par un service médico-social, dispositifs de scolarisation en milieu ordinaire ou dans des établissements et services sociaux et médico-sociaux spécialisés pour les enfants avec TSA (il peut ne contenir que des aménagements pédagogiques, en lieu et place d'un PAP, selon le choix de la famille) ;

■ L'évaluation est réalisée, le projet de vie est rédigé par la famille et les propositions sont faites par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Les propositions permettent la prise de décision par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) conduisant à la ou aux notifications du ou des droits ouverts ainsi que la « validation » ou la modification du plan personnalisé de compensation (PPC) (dont le PPS) proposé. Le PPS permet à la CDAPH de prendre les décisions relatives à la scolarisation en matière d'orientation (unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis), Institut médico-éducatif (IME), Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)), de matériel pédagogique adapté et d'aide humaine. Il comporte les préconisations utiles à la mise en œuvre de ce projet ;

■ Dans les cas complexes, le certificat médical accompagnant toute demande auprès d'une MDPH sera préférentiellement complété par un médecin expert intervenant en niveau 2.

La mise en place des adaptations pédagogiques sous la forme d'un PAP ou d'un PPS ne dépend pas de l'éventuelle formalisation préalable d'un Projet personnalisé de réussite éducative (PPRE).

¹⁰ Ou en l'absence du médecin scolaire, le médecin suivant habituellement l'enfant ou le médecin conseiller technique départemental.

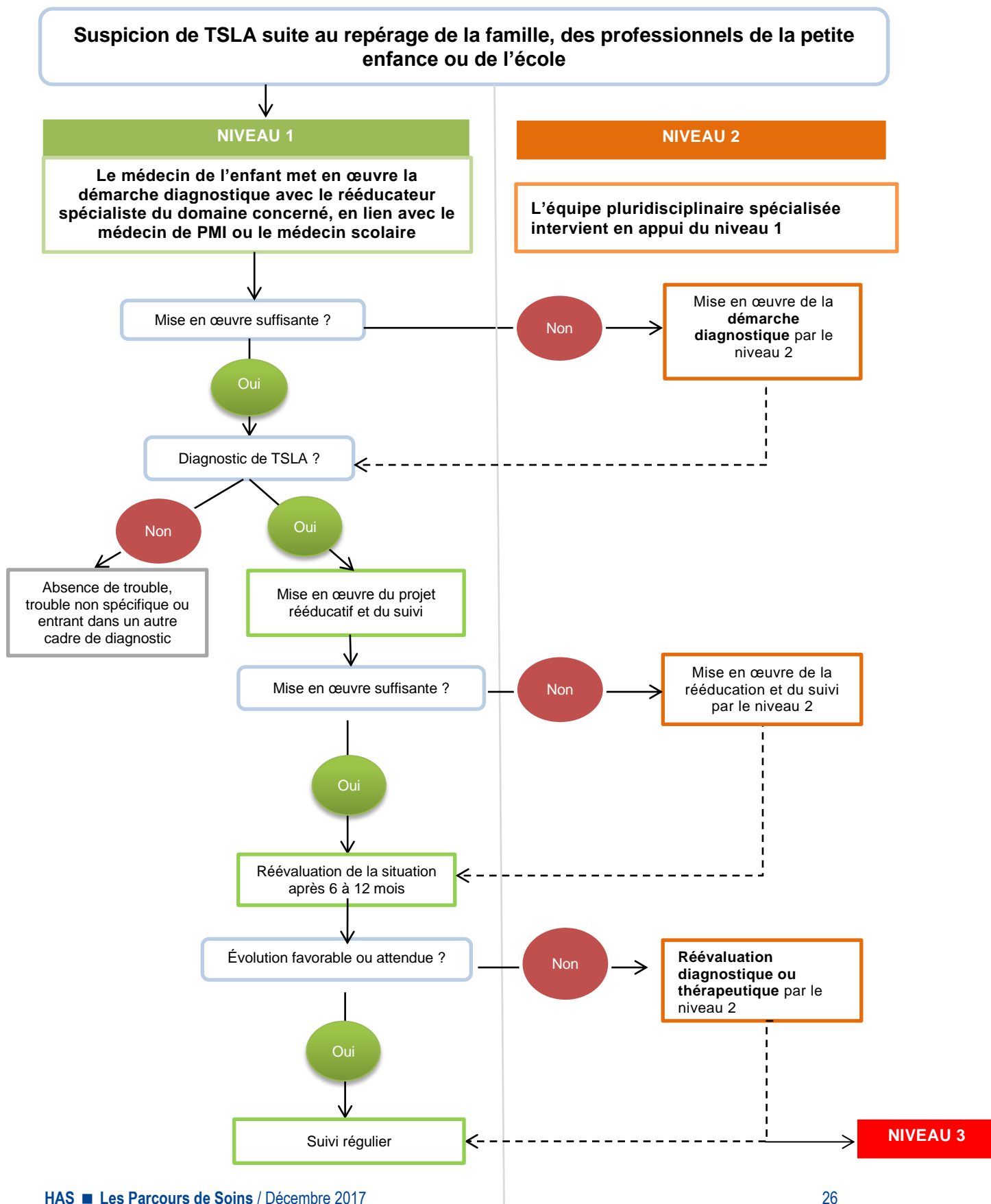
4. Si besoin, orientation de l'enfant vers une équipe de niveau 2

En cas de situation complexe :

- Besoin de coordination (pluridisciplinarité et gradation des aides avec besoin de synthèse, de priorisation des prises en charge, définition d'objectifs partagés) en rapport avec une complexité (cognitive, psycho-affective) ;
- Difficulté diagnostique : spécificité plus difficile à apprécier sur l'analyse de la symptomatologie ;
- Suspicion de comorbidités (association de TSLA, déficit cognitif associé à des troubles de la sphère émotionnelle et/ou comportementale, à un déficit sensoriel, ou tout autre déficit d'autre nature) ;
- Réponse insuffisante à la prise en charge de première intention.

La **figure 3** décrit les interactions possibles entre le niveau 1 et le niveau 2.

Figure 3. Interactions entre niveau 1 et niveau 2



La prise en charge de niveau 2

Ce deuxième niveau de recours aux soins, entre le niveau 1 (soins primaires) et le niveau 3 (Centre de référence) concerne les enfants dont la situation nécessite une coordination pluridisciplinaire et une expertise du coordonnateur et de l'ensemble de l'équipe.

L'enjeu du niveau 2 est d'assurer, au plus près de l'enfant, et dans un délai raisonnable, une coordination entre les organisations ou les professionnels y participant, tout en garantissant des compétences complémentaires et expertes dans le domaine des TSA.

- La prise en charge de niveau 2 a pour objectif :
 - de poser ou confirmer ou affiner un diagnostic pluridisciplinaire,
 - de hiérarchiser les problématiques et de prioriser les prises en charge,
 - de réduire l'impact des troubles en mettant en place une rééducation adaptée et en précisant les éléments d'accessibilité et de compensation nécessaires,
 - d'assurer le suivi et l'accompagnement de l'enfant et de sa famille,
 - d'accompagner l'inclusion scolaire et dans tout autre milieu de vie de l'enfant.

1. Description générale du niveau 2

Il vise à instaurer une offre globale de proximité coordonnée et lisible pour permettre l'accès à une expertise.

Ce second niveau de prise en charge répond à un cahier des charges précis :

- Il évalue l'enfant selon une base commune cognitive neurodéveloppementale : les conceptions actuelles des TSA au niveau international se fondent sur un modèle neuropsychologique, et font l'hypothèse forte d'un trouble neurodéveloppemental à fondement biologique ;
- Il s'appuie sur des équipes pluridisciplinaires formées, sous la responsabilité d'un médecin expert. Chaque membre, au-delà de sa qualification professionnelle initiale, devra s'être spécialisé dans le domaine des troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA) ;
- Il assure une coordination entre les professionnels et les organisations impliqués ;
- Il accompagne les familles dans un parcours de santé structuré et cohérent qui leur est clairement expliqué ;
- Il assure le lien avec le milieu de scolarisation, et si besoin, avec les MDPH ;
- Il sert de ressource au niveau 1 (aide à la montée en compétence du niveau 1) (figure 3) et de « filtre » aux CRTLA avec lesquels il est en lien.

Ce cahier des charges s'impose à toute organisation formelle ou informelle participant ou ayant le projet de participer au niveau 2 de recours aux soins :

- quelle que soit la spécialité du médecin responsable du projet de soins (médecin généraliste, pédiatre, neurologue, neuropédiatre, pédopsychiatre ou médecin de médecine physique et de réadaptation), pourvu que son expertise dans les troubles des fonctions cognitives et des apprentissages soit confirmée par son expérience ou une compétence attestée :
 - en concertation avec une équipe pluridisciplinaire nécessairement formée aux troubles spécifiques du langage et des apprentissages, et dont la composition garantit la spécificité de la prise en charge.

À ce jour, diverses organisations sont susceptibles (si elles respectent le cahier des charges) de participer au niveau 2, suivant des modalités variables selon les ressources et besoins des territoires :

- réseau formel ou informel de professionnels libéraux ou non ;
- professionnels et structures du secteur sanitaire (hospitalier, libéral ou territorial) et médicosocial.

Le cahier des charges permet aux ARS en charge du diagnostic territorial :

- d'identifier les équipes d'ores et déjà en capacité de prendre en charge les enfants concernés, et ainsi de s'appuyer sur une mobilisation et une valorisation des ressources et collaborations locales existantes ou en projet, sur la base du respect de ce cahier des charges ;
- d'encourager la montée en compétence des équipes le nécessitant, et ayant le projet de participer au niveau 2, en utilisant ce cahier des charges comme référentiel vers lequel il faut tendre, en vue de leur participation future à un maillage territorial de qualité ;
- de mutualiser, dans le cadre de coopérations, les compétences spécifiques de chaque spécialité médicale susceptible de travailler ensemble autour du besoin d'un enfant donné.

Les composantes clés de ce cahier des charges sont détaillées dans les sections suivantes.

2. Missions du niveau 2

2.1 Évaluation diagnostique pluridisciplinaire

L'évaluation est la première étape de la prise en charge (pour aller vers le diagnostic ou faire un état de la situation à un instant donné).

2.1.1 Contenu de l'évaluation

L'évaluation est précédée par l'examen de la demande, et l'analyse et la synthèse des informations préalables. L'ensemble implique :

- le recueil des difficultés concernant le développement des acquisitions et des apprentissages afin de préciser les besoins et les objectifs à atteindre ;
- l'analyse anamnestique à partir de l'interrogatoire, l'analyse des bilans médicaux et/ou paramédicaux déjà réalisés, des éléments scolaires, des réponses à différents questionnaires proposés ;
- l'examen clinique de l'enfant ;

- l'élaboration d'une première fiche synthétique d'analyse de la situation.

L'évaluation comporte une analyse des symptômes, la compréhension des processus cognitifs à l'origine des troubles de l'enfant considéré, et le cheminement vers un diagnostic. Pour cela, elle s'appuie sur une **démarche psychologique et neuropsychologique hypothéticodéductive et dynamique**, dont l'objectif est :

1. de mettre en évidence le(s) trouble(s) cognitif(s) spécifique(s) explicatif(s) des troubles spécifiques des apprentissages au travers du **diagnostic ou dans le cadre des hypothèses diagnostiques** ;
2. d'apprécier la sévérité, l'intensité et le retentissement des troubles justifiant un éventuel besoin de compensation ;
3. d'éliminer toute hypothèse de déficience intellectuelle qui exclurait le diagnostic de trouble spécifique des apprentissages.

En cas de signes d'appel associés dans la sphère émotionnelle ou comportementale un avis pédopsychiatrique sera sollicité.

L'évaluation des troubles cognitifs est construite en arborescence à partir des symptômes de l'enfant. Dans les troubles sévères ou complexes, elle est pluridisciplinaire et s'appuie sur des outils diagnostiques propres à chaque discipline.

Dans tous les cas, elle comporte :

- un bilan d'efficience intellectuelle et neuropsychologique réalisé par un psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie¹¹. Ce bilan fournit un profil cognitif personnel ;
- qui sera enrichi et précisé par les autres bilans spécialisés des différents professionnels paramédicaux (orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, orthoptiste) (*cf. annexe 5*) ;
- Les outils diagnostiques utilisés doivent être actualisés régulièrement selon l'avancée des connaissances scientifiques.

En cas de troubles psychoaffectifs associés, une évaluation psychopathologique sera conduite par le pédopsychiatre et/ou le psychologue spécialisé en psychopathologie.

2.1.2 Synthèse médicale

La synthèse médicale est rédigée par le médecin responsable du projet de soins à l'issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. Cette synthèse :

- décrit un état actuel du diagnostic, et permet d'objectiver le(s) troubles prédominant(s). Ce diagnostic sera à confirmer en fonction de l'évolution ;
- définit des priorités de prise en charge et de mise en œuvre d'adaptations permettant l'accès à certaines activités scolaires ou sociales, notamment pour les troubles sévères du langage oral et les troubles praxiques. Ces préconisations sont personnalisées, ajustées au contexte.

L'enfant et sa famille peuvent participer à cette réunion de concertation pluridisciplinaire. En cas de difficultés d'organisation ne permettant pas à l'enfant et à la famille de participer à la réunion, le médecin responsable les informe, à l'occasion d'une consultation, du contenu de la synthèse, et recueille leur avis sur le projet thérapeutique et sur sa mise en œuvre le cas échéant.

¹¹ Lorsque ce bilan indispensable est effectué en libéral et en dehors d'un réseau de soins, il n'est pas pris en charge par l'Assurance maladie.

Une synthèse des conséquences fonctionnelles des troubles est adressée avec l'accord des parents aux professionnels en ayant besoin pour leur pratique, enseignants, médecin de l'Education nationale¹² (afin qu'il puisse notamment prendre connaissance des difficultés de l'enfant et ainsi élaborer au mieux un plan d'aide en fonction des préconisations), autres rééducateurs.

2.2 Coordination des soins

Cette coordination vise à articuler le projet de soins avec le projet de scolarisation

2.2.1 Le projet de soins

Il est composé :

- d'un axe rééducatif (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, neuropsychologie, orthoptie) ;
- d'un axe psychologique si nécessaire ;
- d'un axe médical (si besoin, notamment si nécessité d'un traitement médicamenteux d'un éventuel trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité).

Le projet de soins précise les objectifs à atteindre, les actions pour y parvenir, les réévaluations régulières à prévoir, les interrogations, les problèmes à travailler plus tard. Il est présenté à l'enfant et à sa famille.

2.2.2 Le projet de scolarisation

Les aménagements scolaires doivent être proposés lors d'une réunion de l'équipe éducative ou de suivi et en concertation avec les professionnels de l'Éducation Nationale et les rééducateurs, chaque professionnel devant pouvoir apporter ses compétences dans l'élaboration de ce projet de scolarisation.

2.2.3 Le projet individuel

Un projet individuel est un document écrit par le médecin responsable du projet de soins (ou par un autre membre de l'équipe coordinateur par délégation, avec validation par le médecin et en accord avec les autres professionnels de l'équipe), et remis aux parents, à l'issue de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

Ce document écrit comporte des actions prioritaires, déclinées dans le temps, avec des objectifs ciblés, clairs et atteignables, privilégiant dans un premier temps l'intensité de l'intervention sur le(s) trouble(s) gênant(s) le plus l'enfant. Il constitue par ailleurs une mémoire des aides apportées à l'enfant.

Il reprend les éléments cités dans les précédentes synthèses :

1. la problématique de l'enfant et ses retentissements : en famille, à l'école (classe fréquentée, scolarité antérieure, contexte de socialisation (crèche, chez l'assistant maternel, à la maison, etc.), en société (centre de loisirs, club sportif, conservatoire, etc.) ;
2. le résumé des actions déjà entreprises ;
3. le profil de l'enfant suite à l'évaluation pluridisciplinaire : c'est l'enfant qui est décrit dans le projet individuel, et non pas la somme des « constatations des professionnels » ;

¹² Ou en l'absence du médecin scolaire, le médecin suivant habituellement l'enfant ou le médecin conseiller-technique départemental.

- le lien entre ce profil et les constatations scolaires actuelles ;
 - les ressources et compétences ou points d'appui de l'enfant.
4. des objectifs thérapeutiques ciblés, axes rééducatifs atteignables et rédigés de façon à être compréhensibles par l'enfant et sa famille.

Il est complété par des éléments communicables et utiles pour l'inclusion scolaire :

5. des éléments de prospective pédagogique :
- les propositions d'aides (aménagements scolaires et familiaux, guidance, groupe d'échange entre pairs, etc.) ;
 - leurs modalités selon les besoins ;
6. l'échéancier des rencontres à venir, nécessaires pour échanger autour des préconisations et poser les bases d'une collaboration constructive entre acteurs du parcours de santé (famille, professionnels de la santé et pédagogues).

Une conclusion met en relation les résultats de l'évaluation, les propositions et le positionnement de la famille : document écrit, discuté par la famille et l'équipe pluridisciplinaire de niveau 2 lors d'une réunion à laquelle participe la famille et l'enfant (en fonction de son âge, de son souhait d'y participer - ou non-).

L'objectif est de transmettre à la famille des éléments utiles aux différents acteurs (médecin et psychologue de l'éducation nationale, médecin de PMI, médecin de l'enfant, enseignants, équipe éducative, aide humaine en milieu scolaire, autres professionnels) et instances (MDPH, etc.).

2.3 Suivi et réévaluation des parcours

2.3.1 Suivi

Les consultations de suivi, s'appuyant sur les retours d'information des différents partenaires, en présence de l'enfant et des parents, permettent de :

- confronter le projet à la réalité de l'enfant et de son contexte ;
- peuvent donner lieu, le cas échéant, à de nouveaux bilans et à une redéfinition des priorités autour de l'enfant, avec modification du projet thérapeutique (intensification de la prise en charge ou interventions d'autres professionnels), voire à une orientation vers le niveau 3, ou le niveau 1.

L'évolution de l'enfant, sur le plan scolaire (en concertation avec l'Éducation nationale), extrascolaire et dans la vie sociale, et les préconisations qui en découlent peuvent être transmises et colligées dans le Plan d'accompagnement personnalisé de l'élève permettant la continuité et le suivi des aménagements année après année, ou dans le Projet personnalisé de scolarisation éventuellement mis en place pour l'enfant en lien avec la MDPH.

2.3.2 Si besoin, orientation de l'enfant vers le Centre de référence des troubles du langage et des apprentissages (CRTLA)

L'orientation de l'enfant d'un niveau 2 vers un CRTLA (niveau 3) concerne les situations très complexes.

Il n'existe pas de définition universelle des situations très complexes. Le groupe de travail a proposé les critères suivants :

- troubles dont l'impact défavorable sur la vie scolaire et sociale reste majeur malgré la (ou les) rééducation(s) après intervention du niveau 2 ;
- persistance d'un doute diagnostique.

Pour un territoire de santé donné, dans le cadre d'une collaboration fluide et de confiance entre les équipes de niveau 2 et 3, de recours aux soins, il sera décidé en concertation des modalités de prises en charges les plus adaptées à l'enfant et ce selon la spécificité de chacune des équipes.

Dans certains cas, la prise en charge de l'enfant débutée en niveau 2 se poursuivra en niveau 3 (ou l'inverse). Dans d'autres cas, elle sera après échanges entre ces deux niveaux maintenue en niveau 2.

Dans chaque région, la mission des CRTLA pourrait évoluer selon leur souhait, soit en développant davantage leurs missions de recherche ou de formation, soit en créant des unités de rééducation spécialisées comme cela existe déjà dans certains CRTLA.

Le groupe de travail s'est accordé sur le nécessaire maintien d'un niveau d'expertise clinique des CRTLA, dans le cadre de leur mission diagnostique pluridisciplinaire avec évaluation de proximité. Cette expertise des CRTLA est essentielle à la mise en œuvre de leurs missions de promotion de bonnes pratiques cliniques d'une part, et de recours pour les niveaux 2 d'autre part.

3. Équipe type de niveau 2

Le caractère spécialisé de ces équipes leur permet de mobiliser une expertise nécessaire à l'orientation ou à la réorientation du projet de soins d'enfants en situations complexes, sévères ou persistants malgré la prise en charge de niveau 1.

Ces équipes doivent inclure :

- **un responsable médical**, médecin expert des TSA (médecin généraliste, pédiatre, médecin de l'Éducation nationale, neurologue, neuro-pédiatre, pédopsychiatre ou médecin de Médecine physique et de réadaptation), et garant du diagnostic et de la synthèse ;
- **dans tous les cas, les ressources nécessaires à l'évaluation des troubles cognitifs spécifiques** : orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, psychologues spécialisés en neuropsychologie ;
- **selon le contexte ou si troubles associés, d'autres ressources nécessaires** : neuropédiatre, pédopsychiatre et psychologue clinicien spécialisée en psychopathologie, orthoptiste (en cas d'association des TSA à des troubles de la fonction visuelle (cf. **annexe 5**) et toute autre spécialité qui pourrait s'avérer nécessaire en cas de troubles associés ou de comorbidités.

3.1.1 Professionnels ressources

- **Chacun des membres de l'équipe spécialisée est formé aux troubles spécifiques du langage et des apprentissages** et a acquis une expérience dans ce domaine. Il a ainsi la capacité de prendre en charge les troubles du développement du langage oral et de la pragmatique, du geste, du développement des coordinations motrices et /ou des fonctions visuospatiales, de l'attention et des fonctions exécutives, et les troubles spécifiques du langage écrit et de la cognition mathématique.

■ **Les membres de l'équipe** sont en capacité de :

- réaliser des bilans spécifiques, au moyen d'outils d'évaluation normés, avec un étalonnage récent,
- tirer parti des bilans de leurs confrères pour compléter leur pratique,
- préciser leurs objectifs, s'adaptant aux besoins évolutifs de l'enfant,
- préciser les moyens qu'ils vont proposer de mettre en place (outils et moyens choisis par le rééducateur),
- assurer en cas de besoin le suivi de l'évolution de l'enfant.
- Cela donne lieu à des notes d'évolution afin d'envisager la poursuite ou une réorientation du projet thérapeutique, décider du renouvellement ou non de la prise en charge de l'enfant, ou encore de faire une pause thérapeutique quand cela s'avèrera nécessaire.
- proposer un projet :
 - concerté, priorisé, et personnalisé, en accord avec la famille,
 - articulant projet de soins et projet de scolarisation,
 - en informant et accompagnant la famille,
 - accompagné de synthèses écrites adressées aux parents, au médecin de l'enfant, aux rééducateurs libéraux ou en institution,
 - de travail en réseau avec d'autres professionnels libéraux ou structures dans la logique de maillage territorial,
 - en lien étroit et formalisé avec le CRTLA en cas de nécessité.

3.1.2 Médecin

■ Le **médecin expert des TSLA** assure les consultations spécialisées pour déterminer les évaluations indispensables ou évaluer une situation. Il fait la synthèse médicale. Il accompagne l'équipe dans le choix des priorités, dans la précision des objectifs et les moyens à mettre en place pour réaliser le projet de soins de l'enfant.

■ **Ce médecin a :**

- suivi une formation permettant de le reconnaître comme expert des troubles spécifiques du langage et des apprentissages : cette formation diplômante lui permettant de connaître à la fois les fondements théoriques des troubles spécifiques des apprentissages ainsi que les diagnostics différentiels et leur évolution,
- une expérience professionnelle attestée dans ce domaine,
- la connaissance de l'ensemble des outils d'évaluation : de l'examen de première intention, des bilans spécifiques propres à chacun des professionnels de l'équipe, et de leurs enjeux,
- la capacité de faire la synthèse médicale, d'accompagner l'équipe dans la mise en place du projet de soins de l'enfant et dans le choix des priorités, de préciser les objectifs et les moyens à mettre en place,
- la capacité de fédérer tous les acteurs autour de l'enfant et de sa famille,
- la capacité d'associer l'enfant et sa famille aux décisions et aux évaluations,
- la volonté et la possibilité matérielle de passer le temps nécessaire à cette analyse,
- la motivation pour entrer dans ce processus.

■ **Ce médecin coordonne le projet thérapeutique :**

- mission spécifique de coordination en dehors de ses missions cliniques habituelles. Cette mission de coordination peut être déléguée à un membre de l'équipe spécialisée,
- mission d'expert avec compétences spécifiques dans le domaine des TSLA,
- mission d'organisation et d'animation du parcours (concertations, médiation, alerte, etc.) ;

- mission ressource face aux besoins de la situation :
 - orientation vers d'autres professionnels ressource identifiés sur le bassin de population de vie de l'enfant,
 - lien avec les autres organisations participant au niveau 2, partenaires dans le parcours de santé mais aussi avec les CRTLA et avec des professionnels de niveau 1,
 - facilitation de l'accès aux soins et de l'accès aux droits,
 - évaluation de la situation de handicap (avec l'appui de l'équipe pluridisciplinaire qui a évalué les retentissements fonctionnels au cours des bilans) et aide au montage des dossiers MDPH.

3.1.3 Référent de soins et du parcours de proximité

Ce référent fait le lien entre les différents acteurs.

C'est un professionnel de santé de proximité (médecin ou rééducateur) acteur du parcours de soins (actes de rééducation ou de suivi en cours).

Il joue rôle d'interface entre l'équipe soignante, la famille et l'école par son contact régulier avec l'enfant et ses parents :

- il participe à la coordination de proximité en lien avec le coordonnateur de soins,
- il rencontre la famille, l'équipe pédagogique, et élabore avec elles les adaptations possibles évoquées en synthèse, en regard des besoins de l'enfant et en accord avec lui,
- il est alors porte-parole de l'équipe pluriprofessionnelle qui s'est concertée en amont pour élaborer le projet thérapeutique,
- il a en outre une fonction de référent pour l'enfant et la famille dans le parcours, sur les différentes étapes.

Les missions de coordonnateur de soins et de référent peuvent être assurées par une seule et même personne selon les organisations. Elle peut être désignée ou choisie par l'équipe pluriprofessionnelle, au sein de celle-ci.

Leviers mobilisables pour améliorer le parcours

Un certain nombre de leviers facilitant la pratique professionnelle et la mise en œuvre du parcours ont été identifiés.

1. Leviers pour la prise en charge en niveau 1

- La **formation initiale et continue** de l'ensemble des professionnels et en particulier des médecins de l'enfant doit permettre :
 - une connaissance minimale de ces pathologies spécifiques, et des signes d'appel des troubles des fonctions cognitives,
 - la réalisation et la compréhension d'un test de dépistage concernant le développement du langage oral et l'acquisition du langage écrit,
 - la compréhension des éléments transmis à l'issue des bilans spécifiques réalisés par les différents rééducateurs,
 - la comparaison avec l'évolution attendue des enfants au même âge et niveau scolaire, facilitant pour les enfants concernés le lien avec les enseignants chargés du repérage et des adaptations et aménagements pédagogiques.
- **L'importance des consultations aux âges clés du développement** (3, 4, 5, 6 ans et en CE1) qui doivent être institutionnellement reconnues, comme c'est le cas pour les consultations de 9 mois et de 24 mois, afin de pouvoir repérer les difficultés développementales précocement et sans retard.
- **Le temps nécessaire aux consultations diagnostiques ou aux réunions de synthèse doit être pris en compte, pour tous les professionnels, ainsi que pour les prises en charge rééducatives ou psychologique nécessaires.**
- **L'utilisation du carnet de santé afin de faciliter la communication et la coordination entre familles et professionnels.**

2. Leviers pour la mise en œuvre effective d'un niveau 2

- ▶ **Formation théorique et pratique des médecins** en vue d'acquérir les compétences nécessaires dans le domaine des TSLA. Cette compétence sera complétée d'une formation à la coordination des équipes pluridisciplinaires (qu'elles soient libérales ou institutionnelles ou mixtes), pour ceux d'entre eux se destinant à des fonctions de coordinateur.

- ▶ **Formation aux TSLA des autres professionnels amenés à participer au niveau 2**, au-delà de leur qualification professionnelle initiale.
- ▶ **Évolution dans la mesure du possible des conditions de prescription des traitements médicamenteux des troubles de l'attention** afin d'en améliorer l'accès (une fois effectué un bilan exhaustif des différentes composantes attentionnelles, des fonctions exécutives et du profil cognitif et psychologique de l'enfant).
- ▶ **Accès à un outil informatique d'échange** (messagerie sécurisée de santé) **et de partage des informations** (dossier médical partagé de l'enfant pour les trois régimes d'Assurance maladie accessible à tout professionnel de santé concerné par l'enfant quels que soient son lieu et son mode d'exercice).
- ▶ **Diagnostic territorial en vue d'évaluer l'adéquation de l'offre aux besoins** (offre globale de proximité organisée, adaptée aussi aux environnements précaires, intégrée et visible, en vue de l'accès à l'expertise au plus près du domicile et du lieu de scolarisation de l'enfant et mobilisable dans un délai raisonnable).
- ▶ **Mise à disposition par l'ARS d'un annuaire ou d'un Répertoire Opérationnel de Ressources dans les territoires de santé.**
- ▶ **Favoriser, en lien avec les ARS, des protocoles de coopération** sur chaque territoire entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, les soins de ville et hospitaliers, les acteurs de la santé et de la pédagogie.
- ▶ **Mise en œuvre de mesures d'accompagnement des professionnels en projet de création de niveaux 2 répondant à un besoin** (cf. annexe 2 « propositions de la CNNSE). en particulier les réseaux de soins de professionnels libéraux afin de les aider à faire face aux contraintes administratives et d'organisation.
- ▶ **Mise en place des financements permettant l'accès aux soins diagnostiques et rééducatifs des enfants concernés, indépendamment du cadre administratif de rattachement de la structure participant au niveau 2** (avec en particulier l'application de la tarification conjointe¹³ pour les enfants suivis, par une structure du secteur médico-social (possibilité d'un remboursement par l'Assurance maladie des soins réalisés par des professionnels de santé n'intervenant pas dans la structure médico-sociale assurant la prise en charge de l'enfant).
- ▶ **Mise en œuvre de réflexions quant à l'identification d'un dispositif de validation de l'expertise des organisations participant au niveau 2.**

3. Leviers pour l'ensemble du parcours

1. Améliorer la formation initiale et continue des enseignants sur :

- Le développement normal de l'enfant et le repérage des difficultés dans les apprentissages, la capacité à effectuer des tests simples et normés en classe.
- La mise en place d'une pédagogie différenciée de première intention en cas de difficultés repérées : objectifs, modalités et évaluation des bénéfices. Les interventions pédagogiques dont l'efficacité a été prouvée doivent être mises en place rigoureusement car elles sont indispensables pour mieux repérer les enfants n'y répondant pas suffisamment et qui nécessiteront l'intervention de professionnels de santé.

¹³ [Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.](#)

- Les aménagements et adaptations en lien avec les difficultés repérées.
 - La connaissance des troubles spécifiques des apprentissages et les aménagements à proposer en fonction du trouble de l'élève (éviter la « double tâche » / stratégies de contournement)
 - La reconnaissance d'une situation de handicap d'un enfant justifiant la mise en œuvre d'adaptations ou d'aides, indépendamment d'un éventuel dossier déposé à la MDPH.
2. **Élaborer un cadre législatif permettant la coordination pédagogie/santé.**
 3. **Prendre en compte, pour les enseignants, les temps de concertation et de préparation des cours et accompagnement des élèves avec TSA.**
 4. **Améliorer la formation initiale et continue des professionnels de la petite enfance sur le repérage des difficultés, et les besoins spécifiques de certains enfants (nouveau-nés vulnérables, pathologies neurologiques, etc.).**
 5. **Améliorer les bonnes pratiques :**
 - Recenser des études d'efficacité des remédiations pédagogiques (stimulation langagière, entraînements au déchiffrement et à la conscience phonologique, à la fluidité de lecture, l'orthographe lexicale et grammaticale, la motricité fine, la calligraphie, le nombre et le calcul), et de l'usage de l'informatique.
 - Mettre à jour la qualité, l'objectif, la validation et les limites des différents outils :
 - d'examen de première intention des fonctions cognitives,
 - des bilans spécifiques permettant le diagnostic.
 - Promouvoir des protocoles de recherches visant à évaluer le bénéfice des stratégies rééducatives, les évolutions à long terme en fonction des rééducations, et à définir des critères d'arrêt ou de pause.
 - Élaborer des référentiels de bonne pratique, et des outils facilitant leur implémentation.
 - Former les professionnels aux outils et aux concepts actuels de la cognition mathématique afin de permettre aux enfants de bénéficier d'évaluations normées et de prises en charges rééducatives correspondant aux troubles sous-jacents (modèle du triple code).
 - Recenser les dispositifs existants ayant fait leurs preuves, tant dans les domaines du diagnostic et de la prise en charge que du fonctionnement, et s'appuyer sur eux pour faciliter les actions de formation, et l'élaboration de référentiels.

Annexe 1. Participants

Groupe de travail

Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.

- Dr Isabelle Adamowicz, médecin SESSAD (IMP Dysphasia), Paris
- Mme Christine Auché-Le Magny, représentante de la FFDys Fédération de parents, Saint-Germain-en-Laye
- Dr Frédérique Barbe, médecin responsable de centre de ressources Paris santé réussite, Paris
- Mme Céline Benois, psychomotricienne libérale, formatrice et consultante, Marseille
- Dr Jaya Benoit, médecin-conseiller technique départemental de l'Éducation nationale, Paris
- Dr Catherine Billard, neuropédiatre, Paris Santé Réussite, Paris
- Dr Violaine Brunelli-Mauffre, médecin généraliste avec orientation pédiatrique, maison de santé pluridisciplinaire, Tomblaine
- Dr Nicole Catheline, pédopsychiatre, CRTLA, CHRU Poitiers
- Dr Aude Charollais, neuro-pédiatre, CRTLA, CHRU Rouen
- Mme Caroline Châtelain, orthoptiste, maison de santé pluridisciplinaire Saint-Genix-sur-Guiers
- Mme Dominique Chauvin, orthophoniste, CRTLA, CHRU Pitié-Salpêtrière, APHP, Paris
- Mme Anne Delhaye, cadre unité personnes handicapées, ARS Normandie, Caen
- Dr Florence Delteil, neuropédiatre, CRTLA, CHRU, Le-Kremlin-Bicêtre
- M. Louis-Adrien Eynard, psychologue libéral/CMPP, Paris
- Mme Cécilia Galbiati, ergothérapeute, CRTLA, CHRU Bicêtre/Trousseau, Paris
- Mme Patricia Garouste, psychologue de l'Éducation nationale, La Ciotat
- Dr Caroline Genet, médecin de l'Éducation nationale, Bordeaux
- Dr Dominique Girardon-Grichy, médecin généraliste, Montlignon
- Dr Lodi Issa-Brunet, neuropédiatre, médecin coordonnateur CAMSP-CMPP, CHG, Mulhouse
- Dr Catherine Lacour-Gonay, pédopsychiatre, CHG, Jossigny
- Dr Claudine Laurent-Levinson, pédopsychiatre, CRTLA, CHRU Pitié-Salpêtrière, UPMC-APHP, Paris
- Mme Virginie Leclerc, enseignante en psychologie cognitive, INSHEA, Suresnes
- Dr Anne Letoret, médecin protection maternelle et infantile, Conseil départemental, Saint-Brieuc
- Dr Patricia Lubelski, pédiatre libérale, Verrières-le-Buisson
- Dr Florence Marchal, spécialiste en médecine physique et réadaptation, CHD, Saint-Maurice
- Mme Marie-Hélène Marchand, neuropsychologue orthophoniste, formatrice, Paris
- Dr Anne Monge, médecin coordonnateur réseau de santé ANAIS, attaché CRTLA CHRU Grenoble, Saint-Martin-d'Hères
- Dr Marie-Ange Nguyen-Morel, neuropédiatre, CRTLA, CHRU Grenoble, La-Tronche
- Dr Anne Piollet, pédiatre libérale, Chamalières
- Dr Sophie Radi, pédiatre libérale, Mont-Saint-Aignan, attaché au CTRLA CHRU Rouen
- Dr Tine Renevier, médecin généraliste maison de santé pluridisciplinaire, Saint-Genix-sur-Guiers
- Mme Hélène Ribeiro, enseignante, conseillère d'orientation, psychologue stagiaire, Rectorat, Paris

- Dr Jean-Luc Ribeyrolle médecin généraliste à activité spécifique pédopsychiatre, Anglet
- Dr Pierre Rigal, pédopsychiatre CMP infanto-juvénile ARSEAA, Lagebe
- Mme Nathalie Rosenau, neuropsychologue orthophoniste libérale, Paris
- Dr Jean-Claude Semet, pédiatre hospitalier, directeur CMPP, Rodez
- Pr Mario Speranza, pédopsychiatre, Centre Hospitalier de Versailles, Le Chesnay. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.
- Dr Frédéric Tallier, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Paris
- Mme Marie-Claire Thiollier, orthophoniste, directrice coordinatrice de soins réseau de santé DYS/10, Lyon
- Dr Thiébaut-Noël Willig, pédiatre libéral, Groupe Elsan, Clinique Ambroise Paré & médecin coordonnateur réseau Ptitmip, Toulouse

Experts auditionnés

- Mme Annick Gadois, orthophoniste libérale, Flers
- Dr Michel Habib, neurologue, CHRU, président réseau de santé RESODYD, Marseille
- Mme Stéphanie Iannuzzi, neuropsychologue, CRTLA, CHRU Toulouse
- Dr Christian Masri, pédiatre réseau MEDISCOL 34, attaché CHRU Montpellier
- Dr Alain Pouhet, spécialiste en médecine physique et de réadaptation, Poitiers
- Mme Monique Touzin, orthophoniste, Paris Santé Réussite, Paris
- Mme Christine Trubert, conseillère technique de service social, Direction des services départementaux de l'éducation nationale de Seine-et-Marne, Créteil

Parties prenantes

- Fédération Française des Dys
- Collège de la médecine générale
- Fédération française des maisons et pôles de santé
- Société francophone des troubles du langage et de l'apprentissage
- Société française de neurologie pédiatrique
- Fédération Nationale des Réseaux de Santé Troubles du Neurodéveloppement et des Apprentissages de l'enfant/adolescent
- Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation
- Société francophone d'études et de recherche sur les handicaps de l'enfance
- Fédération française de psychiatrie
- Association nationale française des ergothérapeutes
- Fédération française de psychomotricité
- Fédération nationale des orthophonistes
- Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie
- Société française de psychologie
- Société de neuropsychologie de langue française
- Association française de pédiatrie ambulatoire
- Société française de pédiatrie
- Conseil national professionnel de psychiatrie
- Fédération des centres médico-psycho-pédagogiques
- Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés

- Association francophone de psychologie et de psychopathologie
- Société francophone d'étude et de recherche en orthoptie
- Société française des médecins de l'éducation nationale
- Association française des psychologues de l'éducation nationale
- Direction générale de la santé
- Direction générale de l'offre de soins
- Direction générale de la cohésion sociale
- Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
- Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- Direction générale de l'enseignement scolaire

Pour la HAS

- Dr Emmanuel Corbillon, chef de projet, sous la responsabilité du Dr Marie-Hélène Rodde-Dunet, chef de service, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours
- Mme Gaëlle Fanelli, documentaliste, service documentation-veille
- Mme Laurence Frigère, assistante-documentaliste, service documentation-veille
- Mme Isabelle Le Puil, assistante opérationnelle au processus scientifique, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours

Groupe de lecture

- M. Jean-Michel Albaret, maître de conférences, directeur de formation, Toulouse
- Dr Guenola Baleige, médecin de l'Éducation nationale, Poitiers
- Mme Valérie Barrey, ergothérapeute, Garches
- Mme Marie-Pierre Basque, enseignante, Saint-Médard-en-Jalles
- Dr Jean-Paul Blanc, pédiatre, Saint-Étienne
- Mme Angélique Brahmi, assistante sociale scolaire
- Mme Chloé Braillon, orthophoniste, Paris
- Mme Catherine Butikofer, représentante association de patients, Saint-Cloud
- Dr René Cassou-de-Saint-Mathurin, psychiatre, La Rochelle
- Mme Michèle Charnay, représentante association de patients, Tournefeuille
- Dr Julie Chastang, médecin généraliste, Vitry-sur-Seine
- Dr Gwenaëlle Corbé, ARS Bretagne, Vannes
- Dr Véronique Courouble, médecin de l'Éducation nationale, Rouen
- Mme Edwige de Bardonneche, représentante association de patients, Courpalay
- Mme Anne de La Raillère, neuropsychologue, Chambéry
- Dr Marine de Vandeul, médecin généraliste, Toulon
- Mme Florence Dubois, psychologue de l'Éducation nationale, Lille
- Dr Dominique Durazzi, pédopsychiatre, Paris
- Mme Marie Honorel-Dutrey, orthophoniste, Saint-Médard-en-Jalles
- Mme Corinne Espasa-Delatte, orthoptiste, Bordeaux
- Mme Agnès Florin, psychologue, Nantes
- Mme Françoise Garcia, orthophoniste, L'Aigle

- Mme Peggy Gatignol, orthophoniste, Paris
- Dr Mélina Huc, pédopsychiatre, Lyon
- Dr Yvan Halimi, pédopsychiatre, La Roche-sur-Yon
- Mme Annick Huet, psychologue, La Roche-sur-Yon
- Dr Françoise Imler-Weber, médecin de l'Éducation nationale, Lyon
- Dr Christiane Jean-Bart, ANESM, Saint-Denis La Plaine
- Mme Eve Kannengieser, orthoptiste, Colmar
- Dr Fabienne Kochert, pédiatre, Orléans
- Mme Marie-Laure Laborie, orthoptiste, Montauban
- Mme Séverine Lambert, neuropsychologue, Le Raincy
- Dr Cécile Lassale, neuro-pédiatre, Givors
- Dr Bernadette Leblond, médecin de l'Éducation nationale, Lille
- Mme Sylvie Leroux, enseignante, Bordeaux
- M. Georgio Loiseau, représentant association de patients, Poses
- M. Lamine Mahi, parent, Malakoff
- Mme Anne Mærtens, représentante association de patients, Saint Julien du Pinet
- M. Vincent Marron, représentant association de patients, Varennes sur Allier
- Dr Michèle Mazeau, médecin de rééducation MPR, paris
- Mme Noémie Mémoli, psychomotricienne, Marseille
- Dr Vincent Michelet, ARS Pays de la Loire, Nantes
- Mme Fabienne Miramand, représentante association de patients, Troyes
- Dr Axel Mörch, directeur CAMESOP, Bourg-lès-Valence
- Dr Sophie Navarre-Izard, médecin de l'Éducation nationale, Montpellier
- Mme Martine Nonne-Barrault, psychologue de l'Éducation nationale, Andernos-les-Bains
- Mme Odile Parent, représentante association de patients, Aumale
- Dr Marie-Josée Penniello-Valette, neurologue pédiatre, Caen
- Mme Anne-Gaëlle Piller, orthophoniste, Tours
- Mme Ann-Claude Quéro-Le Jean, directrice réseau de santé, Plérin
- M. Franck Ramus, docteur en sciences cognitives et directeur de recherches au CNRS, Paris
- Dr Claire-Marie Rangon, neuropédiatre, Château-Thierry
- Mme Bénédicte Rizet Ponchon, ergothérapeute, Brétigny-sur-Orge
- Dr Laurence Robel, pédopsychiatre, Paris
- Mme Sophie Ruiz, orthophoniste, Le Kremlin-Bicêtre
- Mme Sophie Saltarelli, orthophoniste, Dijon
- Dr Émilie Schlumberger, neuropédiatre, Garches
- Dr Hélène Souchet, pédopsychiatre, La Roche-sur-Yon
- Dr François Soumille, psychiatre, Marseille
- Dr Lesley Suiro, neuropédiatre, Garches
- Mme Sylvia Topouzkhian, orthophoniste, Bron
- Dr Raina Maryline, neuropédiatre, Valence
- M. Sébastien Vaumoron, psychopraticien, Le Mans
- Dr Luc-Marie Virlet, médecin généraliste, Faumont
- Mme Agnès Vetroff, représentante association de patients, Montaux
- Mme Valérine Wagon, parent, Hébecourt

Annexe 2. Synthèse des constats et préconisations de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant sur le parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages

► Problématique

Le parcours de soins des enfants atteints de troubles des apprentissages doit répondre à plusieurs objectifs dont la réalisation simultanée est complexe et doit répondre aux enjeux suivants.

- Organiser le parcours de soins autour de l'enfant et de sa famille et non en fonction des structures.
- Ne pas « médicaliser » à outrance des retards simples des apprentissages pour lesquels la réponse est d'ordre pédagogique.
- Ne pas négliger des difficultés, signes d'appel d'un trouble des apprentissages en rassurant à tort.
- À partir d'une plainte exprimée ou repérée et d'un tableau clinique souvent variable et peu spécifique, parvenir au diagnostic différentiel de troubles spécifiques des apprentissages, de troubles liés à une pathologie psychiatrique, un déficit sensoriel, une maladie neurologique, métabolique, et orienter l'enfant dans tous ces cas vers les prises en charge adaptées.
- Ne pas passer à côté de situations complexes et de troubles associés: association d'un trouble psychopathologique et d'une dyslexie, dysphasie chez un jeune sourd.
- Tenir compte de la dimension liée au développement de l'enfant : variabilité de l'expression de son trouble, de ses besoins, de ses ressources, lorsqu'il grandit.
- Proposer une prise en charge adaptée à chaque enfant en fonction du diagnostic, et de l'analyse du trouble présenté.
- Mettre en place des prises en charge adaptées de manière précoce sans attendre la fin de l'évaluation pluridisciplinaire.
- Respecter la place du parent.
- Clarifier le rôle de chacun des intervenants du champ sanitaire (médicaux, paramédicaux, psychologues), du champ éducatif et du champ médico-social, autour de la prise en charge de l'enfant atteint de troubles des apprentissages.
- Permettre, en fonction de besoins priorités, l'accès aux professionnels et structures de santé spécialisés (parfois rares).
- Instaurer une offre globale de proximité organisée, intégrée et visible, en vue de l'accès à l'expertise au plus près du domicile et du lieu de scolarisation de l'enfant et mobilisable dans un délai raisonnable.
- Recentrer les centres de référence des troubles des apprentissages sur leur rôle d'expertise, en ce qui concerne les troubles les plus complexes, et de formation et de recherche.
- Assurer le lien entre les prises en charge pédagogiques et le soin d'assurer le lien entre le champ sanitaire et médico-social.

► Propositions

Concernant la prise en charge de l'enfant atteint de troubles des apprentissages

- **Des critères et référentiels explicites et validés doivent guider :**
 - les étapes d'une démarche diagnostique pluridisciplinaire graduée, plus ou moins complexe selon le besoin ;
 - la mise en place de prises en charge adaptées dès le début de la démarche diagnostique, leur articulation, l'arrêt et la reprise des rééducations.
- **Chaque situation doit faire l'objet d'évaluations :**
 - une évaluation initiale ;
 - une évaluation régulière des prises en charges déterminant les objectifs à atteindre, les prises en charge à mettre en place, à poursuivre, à modifier, etc.
- **Chaque évaluation fait l'objet d'une synthèse claire :**
 - permettant le lien entre les professionnels associés à la prise en charge parmi lesquels le médecin traitant de l'enfant et le médecin scolaire ;
 - permettant aux professionnels de dialoguer avec les parents, à ceux-ci de remplir leur rôle en toute connaissance de cause et de contribuer à l'établissement de l'alliance thérapeutique entre les professionnels, l'enfant et ses parents ;
 - permettant, par la transmission, avec l'accord des parents, de l'information nécessaire aux enseignants, de faire le lien entre les prises en charge pédagogiques et le soin ;
 - permettant l'adaptation du soin au trouble, à son expression clinique à un moment donné, à l'évolution de l'enfant lui-même, à l'environnement (étapes de la scolarité par exemple).

En pratique, la CNNSE préconise qu'une demande de recommandations soit faite auprès de la HAS.

Concernant le plan organisationnel

- **Organiser l'expertise pluridisciplinaire existante hors des centres de référence** (structures, professionnels) **dans un niveau 2 :**
 - structuré autour d'un cahier des charges régional et/ou territorial, en lien avec les centres de référence ou « niveau 3 », validé par l'ensemble des partenaires sous l'égide des ARS, dans le cadre des politiques régionales sanitaires et médico-sociales ;
 - suivant des modalités variables selon les ressources et besoins des territoires ;
 - en assurant une coordination entre des structures ou professionnels existants ;
 - en appliquant des protocoles clairs et argumentés pour le déroulement du parcours de l'enfant :
 - points d'entrée dans le niveau 2 à partir des professionnels de première ligne ou « niveau 1 »,
 - parcours au sein du niveau 2 de manière séquentielle et/ou en association de différents professionnels,
 - recours aux centres de référence de « niveau 3 », lorsque cela est nécessaire pour les troubles spécifiques sévères ou complexes ;

- en assurant le lien avec les spécialités pédiatriques non représentées dans le niveau 2 (ex. : ORL, etc.) pour la réorientation éventuelle des enfants en cours de diagnostic et la prise en charge des troubles associés ;
- en assurant l'information et la transparence de l'organisation vis-à-vis du « niveau 1 » et des parents (rôle de relais des associations).

- **Améliorer la formation de l'ensemble des professionnels.**

- **Proposer les mesures financières susceptibles de favoriser le fonctionnement du niveau 2 :**

- Améliorer les dispositifs de « prise en charge conjointe » ;
- Valoriser financièrement :
 - les consultations longues et les réunions de coordinations du niveau 2 pour le diagnostic, les prises en charge et les évaluations quelle que soit la modalité de ce niveau (libéral, hôpital, etc.),
 - les actions de dépistages effectuées par des personnels paramédicaux en cabinet libéral (dans le cadre des délégations de tâches),
 - la fonction de coordination en libéral (par exemple par la définition d'un acte de coordination des soins pour les enfants présentant des troubles de développement ou des troubles spécifiques des apprentissages avec une cotation spécifique),
 - les bilans et les séances de psychomotricité, d'ergothérapie et celles des psychologues et neuropsychologues dans le cadre d'une prise en charge coordonnée avec une prescription argumentée par le niveau 2,
- Prendre en compte le temps de synthèse et de coordination dans les charges des médecins et psychologues scolaires,
- Harmoniser la base tarifaire de valorisation des bilans réalisés en hôpital de jour pour les troubles spécifiques des apprentissages entre le secteur public hospitalier et le secteur libéral.

Annexe 3. Signes d'alerte à l'intention du médecin de premier recours et actions à mettre en œuvre

Tableau 1. Difficultés d'acquisition du langage oral

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
AVANT 3 ANS		
À 18 mois	Aucun mot signifiant absence de babillage	<ul style="list-style-type: none"> - Éliminer d'emblée un doute sur l'audition - Éliminer un trouble de la communication non verbale
À 24 mois	<ul style="list-style-type: none"> - langage très pauvre - pas d'association de mots - n'a pas l'air de bien comprendre alors qu'il communique bien (regard, gestes, etc.) - compréhension altérée 	<ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique, audition - Éliminer un trouble de communication verbale et non verbale : absence de jeu de « faire semblant » ou d'imitation, de pointage proto-déclaratif, d'attention partagée pouvant représenter une alerte vers un trouble du spectre de l'autisme¹⁴ - Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (surtout en cas de vulnérabilité familiale, d'antécédents familiaux ou de prématurité)
À 3 ANS ET APRÈS si plainte isolée sur le langage oral		
3 ans / 4 ans et demi	Si critère de sévérité : <ul style="list-style-type: none"> - pas de langage intelligible pour les personnes non proches (les parents ou la fratrie peuvent parfois comprendre) - pas de phrase constituée (verbe, complément ou sujet-verbe) - compréhension altérée 	<ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique - Diagnostic différentiel (audition/communication) - Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (+/- autres)
4 ans et demi - 5 ans	Si langage insuffisant mais sans signe de gravité	<ul style="list-style-type: none"> - Réponse pédagogique préventive - Guidance parentale - Suivi 6 mois par le médecin de l'enfant - Bilan orthophonique et rééducation si pas de progrès ou trouble persistant du langage à 5 ans

¹⁴ Âge pour le diagnostic des troubles du spectre de l'autisme en cours d'actualisation par la HAS (Recommandation de bonne pratique « Trouble du spectre de l'autisme. Diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent » en cours d'élaboration).

Tableau 2. Difficultés d'apprentissage du langage écrit

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
2^e trimestre du CP	Critère de sévérité <ul style="list-style-type: none"> - persistance de difficultés du langage oral - ne fait pas le lien entre le(s) signe(s) écrit (graphème(s)) et le son qu'il(s) symbolise(nt) (phonème) et vice versa - ne rentre pas dans la lecture des syllabes simples ou fait de nombreuses erreurs 	- Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire
	Difficulté moins sévère	- Mettre en œuvre une intervention pédagogique préventive (entraînement)
3^e trimestre de CP	Difficultés persistantes au 3 ^e trimestre, surtout si pas ou peu de progrès avec l'intervention pédagogique	- Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire
CE1	<ul style="list-style-type: none"> • Toute difficulté scolaire persistante : <ul style="list-style-type: none"> - lecture anormalement lente ou imprécise ou n'amenant pas à une compréhension du message écrit - écriture illisible avec des erreurs phonétiques fréquentes • Tout refus de lire/aller à l'école ou autre plainte somatique 	- Pratiquer une évaluation normée de lecture (vitesse, précision, compréhension) et d'orthographe correspondant à la classe suivie par l'enfant
	Si le déficit est modéré et/ou ne touche qu'une seule compétence	- Intervention pédagogique durant 3-4 mois et revoir
	Toute persistance du déficit d'une de ces compétences malgré le soutien pédagogique à l'issue de 3-4 mois d'intervention pédagogique, aide aux devoirs, famille	- Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire
CE2 et après	<p>Scores insuffisants à un test étalonné de lecture et d'orthographe</p> <p>Élève en difficulté : échec vis-à-vis de la lecture, erreurs de déchiffrement ou lenteur de la lecture, difficultés pour retenir les mots d'usage courant, les principales règles d'accord, segmenter les mots</p>	- Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
	Déchiffrage lent, laborieux, gêné par des erreurs entre des lettres et/ou des groupes de lettres	
6^{me}	Difficultés de lecture, lenteur +++ entravant parfois l'accès au sens, troubles de l'orthographe	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire si trouble jamais reconnu - Compenser le trouble s'il s'agit de séquelles d'un trouble déjà traité

Tableau 3. Difficultés d'apprentissage du calcul

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
Grande section de maternelle	<p>L'élève a des difficultés d'accès au symbole.</p> <p>L'élève n'acquiert pas la chaîne numérique orale et fait beaucoup d'erreurs dans son comptage</p> <p>L'élève a des difficultés à dénombrer une collection d'objets en pointant du doigt un ensemble d'éléments</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Réponse pédagogique +++ si la difficulté est isolée (pas de trouble du langage oral qui nécessite un bilan orthophonique - ou un trouble du geste qui nécessite un bilan psychomoteur et/ou ergothérapique) - En informer les rééducateurs si enfant est suivi
Primaire	<p>-Vérifier les acquisitions lors des grandes étapes du développement du nombre et calcul</p> <p>-Toute difficulté persistante sur le nombre ou le calcul, surtout si trouble associé du langage oral, langage écrit ou praxie, ou antécédents familiaux /personnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de première intention <ul style="list-style-type: none"> o Réponse pédagogique si trouble modéré et isolé o Bilan orthophonique spécialisé de la dyscalculie et du raisonnement la cognition mathématique (NGAP) et bilan neuropsychologique du contexte cognitif (raisonnement, langage, fonctions praxiques) si persistant malgré la remédiation pédagogique) (au plus tard en fin de CE2)

Tableau 4. Difficultés d'acquisition des coordinations et des praxies

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
Dans la vie courante	<p>Désintérêt voire refus des jeux faisant appel à la construction, au dessin, qui sont malhabiles mais aussi les jeux moteurs : vélo, courses, jeux collectifs</p> <p>Difficultés pour tous les gestes de la vie quotidienne : habillage, toilette, repas, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les signes précédents doivent être recherchés et l'importance de leurs conséquences sur la vie de l'enfant appréciée.
En moyenne et grande section de maternelle	<p>Difficultés dans le graphisme : tracer les lettres, colorier, ne peut tracer un carré en fin de moyenne section ou un triangle en grande section. N'écrit pas son nom de façon lisible en fin de GSM</p> <p>Difficultés à coller, à découper</p> <p>Dessin pauvre, mal structuré, peu varié dans ses formes et ses couleurs, contrastant avec la construction du récit qu'il en fait, la vivacité d'esprit</p> <p>Ne se prépare pas seul pour aller en récréation (ex. attacher son manteau), ou aller/sortir des toilettes (se rhabiller, se laver les mains) + Difficultés pour se moucher, mettre ses gants</p> <p>Chutes fréquentes</p> <p>Aspect brouillon, maladroit, peu soigné du travail</p> <p>Manque d'aisance en motricité globale, malhabileté dans les activités de motricité fine</p> <p>Difficultés de repérage et d'orientation dans le temps et/ou dans l'espace</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sauf si particulièrement sévères ou mal supportés, ces signes doivent amener à une adaptation (valoriser les côtés positifs) et à une aide pédagogique - Si les difficultés sont une gêne notable : <ul style="list-style-type: none"> - par rapport aux demandes et aux réalisations habituelles des autres enfants de la classe, ou du même âge, et ne s'améliorent pas avec les aides pédagogiques - sur l'apprentissage de gestes nouveaux dans la vie quotidienne : <p>Examen de première intention des fonctions graphiques et du contexte cognitif (raisonnement verbal)</p> <p>Adresser pour un bilan au psychomotricien ou à l'ergothérapeute et des séances de rééducation si difficultés dans la vie scolaire et quotidienne.</p>

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
Fin CP-CE1 et après	<p>Difficultés graphiques et calligraphiques (copie de figures, respect de la forme des lettres, reproduction de trajectoire, irrégularité de dimension, lenteur)</p> <p>Difficultés pour tous les gestes de la vie quotidienne : habillage, toilette, repas, etc.</p> <p>Difficultés d'organisation du matériel scolaire</p> <p>Mauvaise manipulation des outils : règle, ciseaux, compas, etc.</p> <p>Difficulté à accélérer la réalisation de gestes préalablement appris</p> <p>Difficultés de repérage spatial ; tableau à double entrée, cartes de géographie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de soutiens pédagogiques ciblés sur les habiletés fragiles, des adaptations (valoriser les côtés positifs) et compensations - Si les difficultés sont une gêne notable : <ul style="list-style-type: none"> - par rapport aux demandes et aux réalisations habituelles des autres enfants de la classe, ou du même âge, et ne s'améliorent pas avec les aides pédagogiques - sur l'apprentissage de gestes nouveaux dans la vie quotidienne <p>adresser pour un bilan au psychomotricien ou à l'ergothérapeute et des séances de rééducation si trouble isolé</p> <p>En fin de primaire et collège, vérifier la gêne au regard de demandes scolaires accrues</p>

Annexe 4. Plaintes ou difficultés pouvant faire évoquer un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez l'enfant

Tiré de la [recommandation de bonne pratique](#) de la HAS

Tableau 5. Exemples de plaintes ou difficultés pouvant être à l'origine du repérage

Problèmes repérés par les parents
Évocateurs d'un trouble de l'attention <ul style="list-style-type: none"> Se laisse distraire facilement Donne l'impression de ne pas écouter, oblige l'entourage à lui répéter un grand nombre de fois les consignes A des difficultés à maintenir son attention dans son travail scolaire ou les jeux, se lasse très vite A des difficultés à s'organiser seul, pour son travail, à gérer son matériel de classe, a des oublis fréquents et nombreux (matériel, cahier, livre, travail à faire, etc.), pouvant nécessiter de refaire le stock de fournitures scolaires fréquemment A des difficultés à trier et à hiérarchiser les demandes (il ne sait pas par où commencer) A des difficultés à planifier son temps (nécessité de séquencer la consigne afin qu'elle puisse être réalisée complètement par l'enfant) A du mal à s'engager dans une activité puis ensuite à la terminer
Évocateurs d'une hyperactivité <ul style="list-style-type: none"> Est agité, ne reste pas assis, gigote, manipule ses affaires en permanence, ne tient pas en place A tendance à perturber les autres (camarades, frères, sœurs) Se met en danger (accidents multiples, fractures, points de suture à répétition, enfant qui échappe souvent à la surveillance des parents dans les lieux publics, se perd, ou qui requiert de la part des parents une surveillance continue inhabituelle)
Évocateurs d'une impulsivité <ul style="list-style-type: none"> Agit ou répond sans réfléchir Ne prend pas le temps de sélectionner la réponse (comportementale ou verbale) adaptée Ne contrôle pas ses gestes, ses paroles, ses émotions Se montre impatient, n'aime pas attendre, s'impatiente dans la salle d'attente, se sent facilement frustré Coupe la parole de manière inappropriée, ou intervient de manière impromptue
Autres plaintes des parents <ul style="list-style-type: none"> L'enfant a des capacités mais a tendance à « bâcler » son travail (impatience, distraction, difficulté du maintien de l'attention vont le pousser à aller vite) Enfant moteur dans un groupe mais dont le comportement est difficile à supporter par les autres Enfant très spontané, parfois un peu trop, se rendant compte après coup de ce qu'il n'aurait pas dû faire ou dire, ce qui entretient sa mauvaise estime de lui
Autres signes évocateurs de comorbidités <ul style="list-style-type: none"> Enfant « hypersensible », d'humeur instable Difficultés d'endormissement, a du mal à se réveiller, semble fatigué au réveil Troubles spécifiques des apprentissages associés : dyslexie, dyscalculie, trouble d'acquisition des coordinations, dysgraphie Difficultés scolaires ou relationnelles liées à un haut potentiel intellectuel
Constats du médecin <ul style="list-style-type: none"> N'a pas d'amis bien que de bon contact et agréable Curieux et intelligent mais a des résultats scolaires mauvais ou irréguliers

Problèmes repérés par le personnel scolaire

- Enfant excessivement « rêveur », « dans la lune »
- Fluctuation des capacités de concentration
- Passe d'une activité à l'autre sans la terminer, oublie de finir une tâche
- Comportement agité, ne tient pas en place, se tortille ou tombe régulièrement de sa chaise
- Irrégularité des résultats scolaires
- Difficultés de mémorisation à court terme
- Oublie son matériel, tripote, dégrade ou laisse tomber en permanence ses outils scolaires
- Parle sans demander l'autorisation, répond sans lever la main, interrompt souvent les autres
- « Perturbe » la classe, les autres élèves, « ingérable » en récréation
- Difficultés à être autonome dans son travail scolaire et difficultés d'organisation

Problèmes repérés par l'enfant/adolescent

- N'aime plus l'école
- A peu d'amis proches ou a des difficultés à conserver des liens d'amitié
- Conflits fréquents avec les parents
- Faible estime de soi
- L'enfant exprime « sa difficulté à être sage »

Annexe 5. Bilans spécialisés des psychologues et des professionnels paramédicaux

(Adapté du [guide de la CNSA-2014](#))

Ces bilans spécialisés s'effectuent sur prescription médicale, à l'exception du bilan psychologique. Ils contribuent à l'analyse de certaines fonctions cognitives.

Chacun de ces bilans repose sur :

- un entretien anamnestique avec l'enfant et ses parents visant à déterminer les différentes difficultés passées et actuelles de l'enfant, et de son entourage dans la vie quotidienne et scolaire. Il peut être accompagné par l'utilisation de questionnaires sur la vie quotidienne,
- la passation de tests étalonnés à analyser et à interpréter,
- l'observation des occupations de l'enfant en milieu naturel, pour faire émerger les apprentissages problématiques, et évaluer l'influence des facteurs psychosociaux et environnementaux qui les entravent,
- la pose d'un diagnostic spécialisé,
- la proposition d'un projet thérapeutique précisant les indications et modalités de la rééducation si nécessaire,
- la rédaction d'un compte rendu du bilan, détaillé, argumenté, à adresser au médecin prescripteur et remis et expliqué aux parents.

➤ L'examen psychologique

L'examen psychologique de l'enfant est une méthode d'exploration de son fonctionnement cognitif. Il repose sur l'utilisation raisonnée guidée par la clinique d'outils d'exploration, dont l'entretien et des outils standardisés et normés qui mobilisent :

- les aspects cognitifs par le bilan d'efficience intellectuelle et neuropsychologique.

Ce bilan permet d'évaluer chez l'enfant telle ou telle capacité mentale, intellectuelle, son développement et son niveau actuel de performance dans le domaine exploré (langage, motricité, cognition spatiale, attention/concentration, fonctions exécutives, mémoire, cognition numérique, cognition sociale). Il repose sur le choix, de façon pertinente, de la ou des épreuves (tests) qui permettront d'approcher au mieux les difficultés de l'enfant et les bonnes compétences, d'élucider (au moins partiellement) « les points forts et les points faibles ». Il permet d'explorer avec les autres bilans spécialisés, l'ensemble des domaines incriminés, de poser/vérifier ou invalider des hypothèses diagnostiques, de comprendre les processus en jeu derrière les symptômes ;

- les composantes émotionnelles, relationnelles, comportementales.

Les résultats de l'examen psychologique et l'ensemble des informations utiles à la compréhension des besoins de l'enfant :

- doivent être interprétés et mis en perspective avec l'histoire du développement de l'enfant (anamnèse), les éléments relatifs à sa vie scolaire, ses conditions socio-environnementales, ses antécédents familiaux, d'éventuels bilans effectués par d'autres professionnels ;
- font l'objet d'un compte rendu oral avec les responsables légaux de l'enfant et avec l'enfant lui-même (dans la mesure du possible) dans le cadre d'un entretien explicatif ;
- font l'objet d'un compte -rendu écrit décrivant les tests utilisés, les résultats normés, les analyses qualitatives, les diagnostics ou hypothèses diagnostiques. Ce compte rendu est destiné aux responsables légaux et respecte les principes éthiques, déontologiques et légaux existants.

➤ **L'examen orthophonique**

Le bilan orthophonique est un outil clinique de diagnostic orthophonique, de pronostic, de dépistage, de prévention et d'information.

Les domaines explorés concernant le langage et la communication et permettent d'établir un profil linguistique, un profil de lecture, de la cognition mathématique. Pratiqué exclusivement par l'orthophoniste, il précise le type de trouble du langage, de communication, et sa gravité, en évaluant à la fois l'aspect expressif (phonologie, vocabulaire, morphosyntaxe, fluence et récit), réceptif (perception et compréhension) et pragmatique (emploi du langage dans les interactions sociales et familiales).

Des épreuves étalonnées dans la population générale permettent la réalisation de ces bilans orthophoniques.

Le diagnostic orthophonique peut être composé d'hypothèses, et des examens complémentaires peuvent être suggérés par l'orthophoniste : un bilan auditif, une évaluation de la vision, un bilan psychomoteur, un bilan neuropsychologique, un entretien psychologique, etc.

L'orthophonie s'attache aux dimensions plurielles du concept de langage comme moyen d'expression, d'interaction et d'accès à la symbolisation dans toutes ses dimensions, notamment dans ses dimensions linguistiques, ses dimensions cognitives, ses dimensions psychoaffectives et ses dimensions sociales.

C'est également un acte de prévention qui peut être sollicité et prescrit devant toute inquiétude touchant le développement du langage et de la communication. Enfin, ce bilan permet dans certains cas de dédramatiser une situation et d'amorcer une évolution par une guidance parentale.

➤ **L'examen ergothérapique**

Le bilan en ergothérapie a pour objectif d'évaluer la participation sociale de l'enfant dans ses occupations quotidiennes, scolaires et de loisirs.

Il comporte un entretien visant au recueil d'information et permettant d'identifier les besoins et les attentes liés à la situation ou au risque de handicap de l'enfant dans son environnement éducatif et/ou social (famille).

L'ergothérapeute évalue les éléments facilitant ou faisant obstacle à l'indépendance et à l'autonomie de la personne. Le bilan ergothérapique évalue les intégrités, les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation de l'enfant en prenant en compte l'âge, les pathologies, les environnements humains et matériels et les habitudes de vie. L'ergothérapeute choisit et maîtrise les instruments de mesure appropriés (tests standardisés) pour mener les évaluations en ergothérapie en fonction des modèles d'intervention.

L'évaluation vise à élaborer et formuler un diagnostic ergothérapique prenant en compte la complexité de la situation de handicap et de définir des objectifs de soins.

➤ **L'examen psychomoteur**

L'examen psychomoteur a pour cible la motricité en relation avec les milieux social et physique. Il comporte un entretien visant à recueillir les éléments nécessaires à la compréhension de la demande du sujet en lien avec ses caractéristiques, son environnement et son vécu de la situation.

Le psychomotricien identifie et analyse les signes cliniques concernant les fonctions mises en jeu dans la psychomotricité du sujet et permet d'apprécier le fonctionnement psychique, les émotions et les affects du sujet. Le psychomotricien sélectionne les outils d'observation et d'évaluation en psychomotricité (bilans, tests standardisés, mises en situation, épreuves) en fonction du contexte environnemental du sujet et son vécu des situations.

Le bilan psychomoteur permet également d'identifier et d'analyser l'influence de l'environnement matériel et humain sur le développement psychomoteur du sujet, son organisation psychomotrice, ses comportements et son adaptation à cet environnement.

L'analyse des résultats de l'évaluation et des informations recueillies sur le sujet et son environnement vise à formuler un diagnostic psychomoteur et à construire le projet d'intervention du psychomotricien.

➤ **L'examen orthoptique**

L'orthoptiste n'est pas un spécialiste des TSA. En complément du bilan ophtalmologique, il explore la vision et vise à traiter les anomalies de la fonction visuelle.

Le bilan orthoptique comporte l'étude des axes :

- optomoteur (œil directeur, déviation des axes visuels, motilité, *punctum proximum* de convergence, motricité conjuguée avec poursuite et saccades, attitude compensatrice),
- sensoriel (acuité visuelle, vision du relief, des contrastes, des couleurs, accommodation, capacité à voir simple),
- neuro-visuel: analyse des composants de la perception visuelle : vision/action puis cognition visuelle. Des tests étalonnés quantifient l'âge de développement de la perception visuelle.

La pose d'un diagnostic orthoptique confirme ou non l'existence de troubles de la fonction visuelle, et leur nature.

Annexe 6. Recherche documentaire

➤ Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau 6 présente la stratégie de recherche dans la base de données *Medline*. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types de d'études.

Tableau 6. Stratégie de recherche dans la base de données Medline

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période	Nombre de références
Medline–Recommandations sur le parcours de soins			
		01/2005-12/2015	18
Étape 1	(Dyslexia OR Dyscalculia OR Learning Disorders OR Speech Disorders OR Articulation Disorders OR Apraxias OR Aphasia OR Dysarthria)/de OR (dyslexia OR Dyscalculia OR Apraxias OR dysorthographia OR Aphasia OR dysphasia OR Dyspraxias OR Ataxia OR ataxia OR Specific learning difficulties OR Specific learning disabilities)/ti,ab		
ET			
Étape 2	(Critical Pathways OR Interdisciplinary Communication OR Delivery of Health Care, Integrated OR Long-Term Care OR Patient Care Planning OR Patient Care Team)/de OR (multidisciplinary OR interdisciplinary OR clinical pathway OR clinical pathways OR critical pathway OR critical pathways OR care coordination OR coordinated care OR coordinated management OR coordinated strategy OR coordinated strategies OR care model OR care models OR care pathway OR care pathways OR care collaboration OR collaborative care OR collaborative management OR collaborative strategy OR collaborative strategies OR shared care OR shared management OR shared strategy OR shared strategies OR joint working OR care bundle OR care bundles OR care management program OR clinical protocol OR clinical protocols OR clinical strategies OR clinical strategy OR critical protocol OR critical protocols OR integrated care OR integrated management OR management model[ti] OR management models OR management strategies OR management strategy OR multimodality OR multimodalities)/ti,ab		
ET			
Étape 3	(children OR Kids OR child OR adolescent OR teenager OR teenagers OR kid)/ti, ab OR (Child OR Child, Preschool OR Adolescent)/de		
ET			
Étape 4	(guidelines as topic OR practice guidelines as topic OR health planning guidelines OR consensus development conferences as topic OR consensus development conferences, NIH as topic)/de OR (guideline OR practice guideline OR consensus development conference OR consensus development conference, NIH)/type de publication OR (guideline* OR recommendation*)/ti		
Medline – Recommandations		01/2010 – 12/2015	58
Étape 1 ET Étape 3			
ET			
Étape 4			
Medline – Revues systématiques sur le parcours de soins		01/2010 – 12/2015	4
Étape 1 ET Étape 2 ET Étape 3			
ET			
Étape 5	(meta-analysis as topic OR review literature as topic)/de OR meta-analysis/type de publication OR (meta analy* OR metaanaly*)/ti OR (systematic review OR systematic overview OR systematic literature		

review)/ti, ab OR OR cochrane database syst rev/journal		
Medline – Revues systématiques sur le diagnostic	01/2010 – 12/2015	23
Étape 6 (Dyslexia/diagnosis OR Dyscalculia/diagnosis OR Learning Disorders/diagnosis OR Speech Disorders/diagnosis OR Articulation Disorders/diagnosis OR Apraxias/diagnosis OR Aphasia/diagnosis OR Dysarthria/diagnosis)/de OR (((diagnostic OR diagnosis)/ti OR (Diagnosis OR Predictive Value of Tests OR Language Tests OR Diagnosis, Differential)/de) AND ((Dyslexia OR Dyscalculia OR Learning Disorders OR Speech Disorders OR Articulation Disorders OR Apraxias OR Aphasia OR Dysarthria OR "Ataxia)/de OR (dyslexia OR Dyscalculia OR Apraxias OR dysorthographia OR Aphasia OR dysphasia OR Dyspraxias OR ataxia OR Specific learning difficulties OR Specific learning disabilities)/ti,ab))		
ET		
Étape 3		
ET		
Étape 5		
Medline – Études de cohortes sur le diagnostic	01/2010 – 02/2016	405
Étape 6		
ET		
Étape 3		
ET		
Étape 7 (cohort studies OR longitudinal studies OR prospective studies OR follow-up studies)/de		
Medline – Revues systématiques – données épidémiologiques	01/2005 – 12/2015	3
Étape 1 ET Étape 3		
ET		
Étape 5		
ET		
Étape 8 (Prevalence OR Morbidity OR Incidence OR Epidemiology)/de OR (prevalence OR epidemiology)/ti		
Medline – Données épidémiologiques	01/2010 – 02/2016	508
Étape 1 ET Étape 3		
ET		
Étape 7		
Medline – Études de cohortes	01/2005-03/2016	310
Étape 1 ET Étape 3		
ET		
Étape 9 (Rehabilitation of Speech and Language Disorders OR Language Therapy OR Speech Therapy OR Occupational Therapy OR Rehabilitation)/de		
Medline – Données épidémiologiques	01/2005-03/2016	327
Étape 1 ET Étape 3		
ET		
Étape 10 (Psychology, Child OR paediatrics)/de OR neuropsychologies OR neuropsycholog* OR occupational therapist OR ophthalmology OR ophthalmologist OR speech-language therapist OR speech-language pathologist OR paediatrician OR paediatrician OR podiatrist OR child psychology OR psychomotor therapist* OR psychomotor physician*)/ti,ab		

de : descriptor ; ti : title ; ab : abstract

➤ **Sites consultés**

Académie nationale de médecine
Bibliothèque médicale Lemanissier
Bibliothèque interuniversitaire de médecine - BIUM
Catalogue et index des sites médicaux francophones - CISMeF
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé - INPES
Expertise collective INSERM
Office national d'information sur les enseignements et les professions ONISEP
Société française de médecine générale - SFMG
Société française de pédiatrie
Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé - AETMIS
Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ
Alberta Heritage Foundation for Medical Research - AHFMR
Alberta Medical Association
American College of Physicians - ACP
BMJ Clinical Evidence
British Dyslexia Association
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health - CADTH
Centre fédéral d'expertise des soins de santé - KCE
Centre for Clinical Effectiveness - CCE
Centre for Reviews and Dissemination databases
Clinical Knowledge Summaries
CMA Infobase
Cochrane Library
College of Physicians and Surgeons of Alberta - CPSA
Euroscan
Guideline Advisory Committee - GAC
Guidelines and Protocols Advisory Committee - GPAC
Guidelines International Network - GIN
Guidelines Finder (National Library for Health)
Horizon Scanning
Institute for Clinical Evaluative Sciences - ICES
Institute for Clinical Systems Improvement - ICSI
Institute for Health Economics Alberta - IHE
Intute Health & Life Sciences - INTUTE
Medical Services Advisory Committee - MSAC
National Guideline Clearinghouse - NGC
National Health and Medical Research Council - NHMRC
National Horizon Scanning Centre - NHSC
National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE
New Zealand Guidelines Group - NZGG
Royal College of Nursing
Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN
Singapore Ministry of Health
Texas Education Agency
Tripdatabase

Références

Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents en situations de handicap Paris: ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la recherche; 2015.

Académie nationale de médecine. Dépister et prévenir la dyslexie et les troubles associés : l'échec scolaire et l'illettrisme ne doivent plus être une fatalité Paris: ANM; 2015.

<http://www.academie-medecine.fr/depister-la-dyslexie-et-les-troubles-associes/>

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2001.

Auché Le Magny C. Les parents sont acteurs du parcours de soins de leur enfant. ANAE 2013;125:433-6.

Benois, C. Dysfonctionnement visuo-spatial chez l'enfant : cadre nosographique, dépistage et rééducation. In J., Corraze & J-M., Albaret (Eds), Entretiens de Bichat : Entretiens de Psychomotricité 2006 (pp. 69-81). Paris : Expansion Scientifique Française.

Billard C. En 2013, un parcours structuré de soins pour les troubles des apprentissages. Quelle histoire, quels acquis et quelles limites, quelles améliorations ? ANAE 2013;125:357-8.

Billard C. Éclairer un parcours, pour l'heure encore labyrinthique. Concours Méd 2014;136(10):778-9.

Billard C. Incontournable, le deuxième recours doit s'appuyer sur l'existant. Concours Méd 2014;136(10).

Billard C. Le parcours de soins : une avancée indispensable et réalisable. Concours Méd 2014;136(10):804-7.

Billard, C. Barbe F. Un programme progressif de prise en charge des troubles des apprentissages : l'expérience pilote Paris Santé Réussite. Enfance PSY, 2016, 122-137.

Blanc JM, Touzin M. Consultations du médecin de premier recours : nécessairement dédiées. Concours Méd 2014(136):10.

Bougnères A, Cros L. La pédagogie préventive à l'école, les avancées actuelles et à venir. ANAE 2013;125:369-73.

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Troubles dys. Guide d'appui aux besoins des personnes présentant des troubles spécifiques du langage, des praxies, de l'attention et des apprentissages [Dossier technique]. CNSA; 2014.

Chambry J. Approche cognitive et psychopathologique : une coexistence pacifique ? Enfances & Psy 2016;3(71):44-54.

Chevalier B. Comment gérer l'affluence des consultations des troubles des apprentissages en service spécialisé ? Propositions pour un parcours de soins gradué. ANAE 2013;125:379-86.

Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages. Paris: Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2013.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Parcours_de_soins_des_enfants_atteints_de_troubles

[des_apprentissages.pdf](#)

Delahaie M. L'évolution du langage de l'enfant de la difficulté au trouble. Saint-Denis: INPES; 2009.

Delteil F. Parcours de soins des enfants présentant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages. Bull Acad Nat Méd. 2015;199(6).

Delteil F, Chambry J. Les centres référents sur les troubles des apprentissages : neuro-pédiatres ou pédopsychiatres ou neuro-pédiatres et pédopsychiatres. ANAE 2013;128:388-91.

Direction générale de la santé. Troubles du langage. Troubles des apprentissages. Les actes. Colloque national paris 27 janvier 2009. Paris: DGS; 2009.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Langes_Actes_DGS.pdf

Fédération Française des Dys. Dys enquête 2015 parcours santé en lien avec la scolarité et l'emploi. Paris: FFDys; 2016.

http://www.ffdys.com/wp-content/uploads/2016/11/FFDYS_SYNTHE_SE_Enquete_2015-parcours_de_sante.pdf

Fédération française des psychologues et de psychologie, Société française de psychologie, Association française de psychologie, Association des conseillers d'orientation psychologues de France. Recommandations pour la pratique de l'examen psychologique et l'utilisation des mesures en psychologie de l'enfant. Conférence de consensus Paris: FFPP; 2010.

Habib M. Dyslexie et troubles apparentés : une nouvelle thématique de santé publique, entre neuroscience et pédagogie. Bull Acad Nat Méd. 2015;199(6):853-68.

Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins

de PMI et médecins scolaires. Propositions. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.

Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Propositions. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.

Haute Autorité de Santé. Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2014.

Institut national de la santé et de la recherche médicale. Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques. Paris: Éditions INSERM. Collection Expertise Médicale; 2007.

<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/73>

Institut national de la santé et de la recherche médicale. Fonctions cognitives chez l'enfant [Dossier documentaire]. Paris: INSERM; 2013.

<https://www.inserm.fr/associations-de-malades/seminaires-de-formation-ketty-schwartz/annexes/fonctions-cognitives-chez-l-enfant-cles-de-comprehension>

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Broussouloux S, Capuano-Delestre V, Gilbert P, Lefeuvre B, Lefèvre F, et al. Troubles "dys" de l'enfant. Guide ressources pour les parents. Saint-Denis: INPES; 2009.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1276.pdf>

Lernout C, Bourque R, Clere J. Un dispositif de soins dédié aux enfants présentant un trouble des apprentissages au sein d'un CMPP. ANAE 2013;125:418-21.

Mirassou A, Iannuzzi S, Billard C. Ces professionnels difficilement accessibles : neuropsychologue, ergothérapeute,

spécialiste en cognition mathématiques
ANAE 2013;125:425-31.

Inspection générale de l'Éducation nationale. La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'Éducation nationale. Paris: IGEN; 2012.

Nguyen Morel MA. Centres de référence : trois missions et non pas substituts du niveau 2. Concours Méd 2014;136(10):800-3.

Pouhet A. Connaître les dys - et en mesurer les enjeux. Enfances & Psy 2016;3(71): 88-104

Raina-Vasselon M. L'expérience d'une équipe exerçant en centre hospitalier général, équipe de niveau II à l'hôpital de Valence (26). ANAE 2013;125:402-7.

Ramus F. Les troubles spécifiques de la lecture. L'Information grammaticale 2012;133:34-40.

Ringard JC. A propos de l'enfant "dysphasique" l'enfant "dyslexique". Paris: ministère de l'Éducation nationale; 2000.

Société française de pédiatrie, Direction générale de la santé. Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. Paris: ministère de la Santé et des Solidarités; 2007.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/evolution_guide_pratique.pdf

Société française de pédiatrie, Direction générale de la santé. Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de 5 ans. Paris: Ministère de la santé et des sports; 2009.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Difficultes_et_troubles_des_apprentissages_chez_l_enfant_a_partir_de_5_ans.pdf

Speranza M, Valeri G. Trajectoires développementales en psychopathologie : apprentissages et construction de soi chez l'enfant et l'adolescent. Développements 2010;3(6):5-15.

Thiollier MC, Languilaire S, Fournieret P. Le Réseau DYS/10 la place d'un réseau de ville dans le partenariat interprofessionnel autour des troubles spécifiques des apprentissages. ANAE 2010;(110):411-21.

Touzin M, Blanc JM. Comment améliorer le diagnostic de première intention dans les troubles des apprentissages ? ANAE 2013;125:422-4.

Urcun JM. Le médecin de l'Éducation nationale entre pédagogie et soins. ANAE 2013;125:375-8.

Vallée L, Dellatolas G. Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2006.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_tsl.pdf

Veber F, Ringard JC. Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Paris: Ministère de l'éducation nationale; 2001.

Willig TN. Deuxième recours : pluridisciplinarité pour une évaluation et un suivi spécialisés. Concours Méd 2014;136(10):788-92.

Willig TN, Semet JC, Meïer N, Chaix Y. Troubles du langage et des apprentissages: la structuration de centres de compétences en région Midi-Pyrénées. ANAE 2013;125:392-401.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr