

# Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de 5 ans



Société Française  
de Pédiatrie



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PÉDIATRIE

AVRIL 2009

Avec le soutien  
de la Direction Générale  
de la Santé



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SPORTS

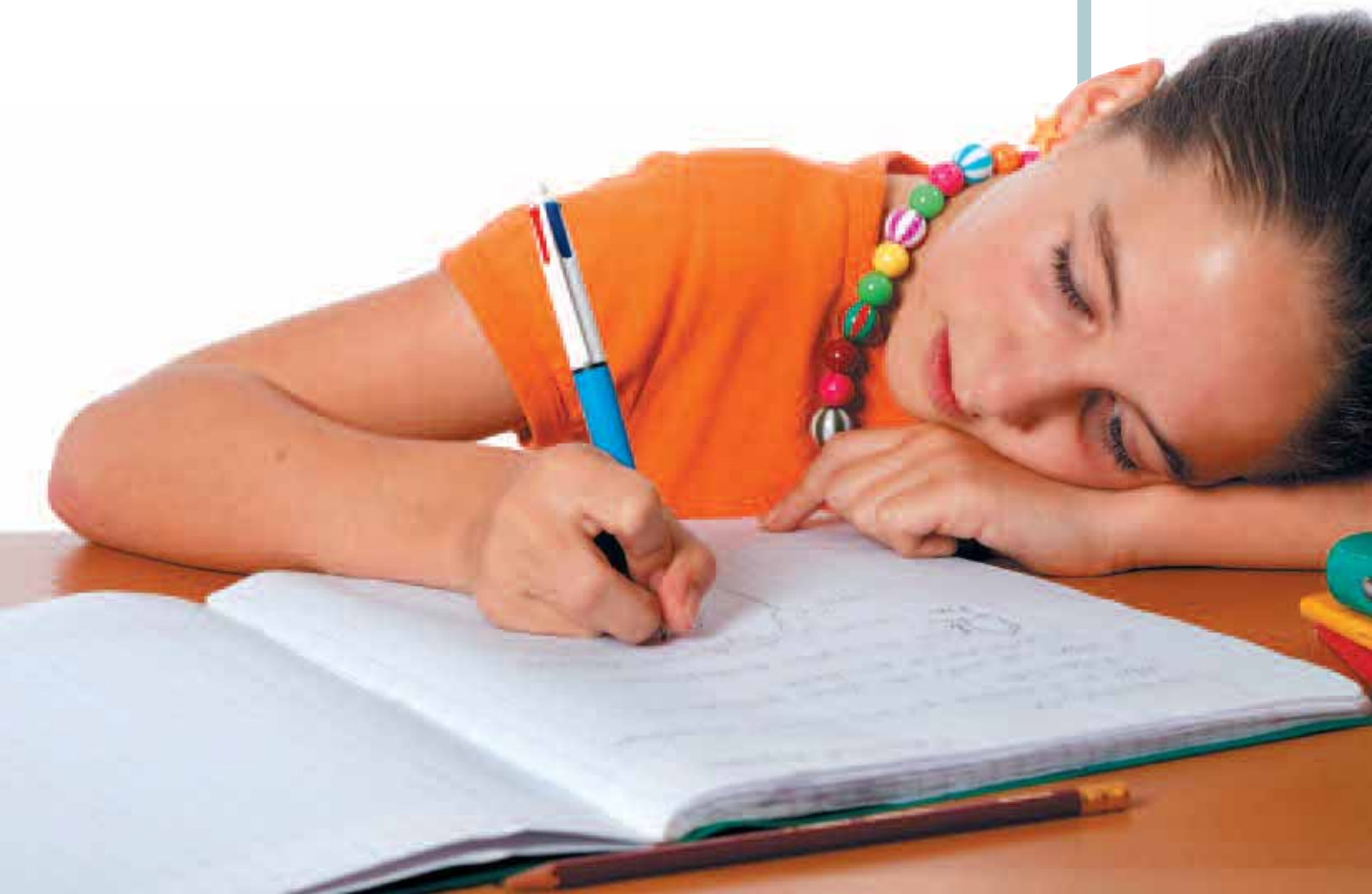
## GUIDE PRATIQUE

## GROUPE DE TRAVAIL

- Dr Jaya BENOIT, médecin de l'Éducation Nationale
- Pr Patrick BERQUIN, neuropédiatre
- Mme Vincine BERTOT, neuropsychologue
- Dr Jean-Paul BLANC, pédiatre
- Mme Nicole DENNI-KRICHEL, orthophoniste
- Dr Agnès DUCROS, médecin de l'Éducation Nationale
- Mme Anne-Christine DUPONT, orthophoniste
- Dr Dominique GIRARDON, médecin généraliste
- Dr Jacques LANGUE, pédiatre
- Dr Brigitte LEFEUVRE, Direction Générale de la Santé
- Dr Catherine PACLOT, Direction Générale de la Santé
- Dr Georges PICHEROT, pédiatre
- Dr Geneviève RUAULT, coordination
- Pr Danièle SOMMELET, pédiatre
- Dr Jeanne-Marie URCUN, Direction Générale de l'Enseignement Scolaire
- Pr Colette VIDAILHET, pédopsychiatre

## SOMMAIRE

→ <b>Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant :</b>	
<b>De quoi parle-t-on ?</b> .....	5
→ <b>Le rôle du médecin</b> .....	7
→ <b>Fiches pratiques</b>	
<b>1.</b> Connaître les étapes normales : quelques repères... ..	8
<b>2.</b> Repérer les signes d'appel .....	10
<b>3.</b> Examiner .....	12
- Comment reconnaître une dyslexie ? .....	14
- Comment reconnaître une dyscalculie ? .....	16
- Comment reconnaître une dyspraxie ? .....	17
- Difficultés scolaires chez l'enfant intellectuellement précoce .....	18
- Difficultés scolaires liées à un trouble de l'attention .....	19
<b>4.</b> Documenter et orienter .....	20
- Quand demander ? .....	20
- Expliquer, motiver les parents .....	21
<b>5.</b> Suivre, accompagner .....	22
→ <b>Annexes</b>	
- Lexique .....	24
- Glossaire, quelques références bibliographiques .....	25
- Classifications .....	26
- Procédure de Touwen .....	27



Les apprentissages fondamentaux : acquisition de la lecture, du calcul, de l'écriture, de l'orthographe, ne sont pas naturels, mais résultent d'actions pédagogiques et constituent les objectifs prioritaires des premières années de scolarité.

Près de 20% des enfants présentent des difficultés scolaires.

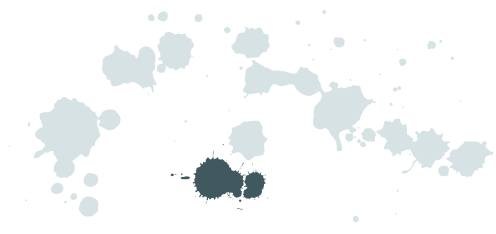
Les causes en sont multiples. Parmi elles, les troubles spécifiques des apprentissages sont souvent méconnus ; ils concerneraient au moins 5 à 6 % des enfants, soit un enfant par classe.

Les troubles des apprentissages sont sources de difficultés de communication, d'intégration scolaire et sociale, avec des répercussions à la fois sur le vécu individuel de l'enfant : souffrance psychologique, anxiété, fatigue, et sur le vécu familial.

Même lorsque ces troubles sont considérés comme spécifiques ou développementaux, leur origine est souvent plurifactorielle.

Ils nécessitent une approche diagnostique et une prise en charge pluridisciplinaires coordonnées.

Leur diagnostic, leur prise en charge précoce par des rééducations appropriées, un accompagnement des parents, des adaptations pédagogiques et un soutien psychologique sont essentiels pour l'enfant, son entourage familial et aussi les enseignants.



## \* DIFFICULTÉS ET TROUBLES DES APPRENTISSAGES CHEZ L'ENFANT : DE QUOI PARLE-T-ON ?

**Des simples difficultés aux troubles constitués, ils peuvent être :**

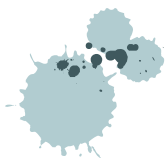
- **isolés et fonctionnels : retards simples**, d'acquisition de la lecture, par exemple, retards se situant dans le cadre des variations de la normale, sans autre anomalie ni antécédent significatifs dans la famille.
- **isolés et structurels** : il s'agit des troubles spécifiques, dont l'origine est supposée développementale, affectant un ou plusieurs des apprentissages :
  - le langage écrit : **dyslexie/dysorthographe**,
  - les compétences arithmétiques et habiletés numériques : **dyscalculie**,
  - les aptitudes de planification, pré programmation des gestes complexes : **dyspraxies, dysgraphie**.
- **associés ou secondaires** à des carences multiples (socioculturelles, éducatives, affectives), des dysfonctionnements ou des événements familiaux ou scolaires, une déficience intellectuelle, des déficits sensoriels, des troubles instrumentaux, des troubles psychiques, une maladie somatique.

**Dans tous les cas, ils sont fréquemment sources de souffrance psychologique, d'anxiété, de fatigue, voire de dépression et du désinvestissement progressif de l'enfant pour les tâches lui demandant un effort particulier.**





# LE RÔLE DU MÉDECIN



## \* FICHE PRATIQUE 1

### Connaître

**les étapes normales** de l'acquisition du langage écrit, lecture et orthographe, des compétences numériques et logiques, des praxies : elles sont parties intégrantes de l'évaluation du développement global de l'enfant et particulièrement des bilans de santé au cours de la 6<sup>ème</sup> année et de la 8<sup>ème</sup> année. Des repères figurent à ce titre dans le carnet de santé.

## \* FICHE PRATIQUE 2

### Repérer

**les difficultés** dans les **apprentissages scolaires** qui peuvent être signalées par la famille ou l'école et/ ou des **signes d'appel** très variés : troubles fonctionnels, fatigue, troubles de l'humeur, troubles du comportement, somatisation (céphalées, douleurs abdominales...).

## \* FICHE PRATIQUE 3

### Examiner

**entretien** avec l'enfant et ses parents, **examen clinique**, passation de tests de dépistage, afin de formuler des **hypothèses diagnostiques**, d'éliminer les diagnostics différentiels, de rechercher les causes possibles des troubles.

## \* FICHE PRATIQUE 4

### Documenter et orienter

une démarche structurée permet au médecin, en fonction des antécédents personnels et familiaux et des données de l'examen clinique :

1. de prescrire des **investigations complémentaires** adaptées aux difficultés repérées qui permettront de préciser le diagnostic et d'orienter l'enfant vers la prise en charge la mieux adaptée ;
2. **d'informer les parents** sur les mécanismes des difficultés, les réactions comportementales de l'enfant, pour leur permettre de mieux comprendre la nature des difficultés et d'adapter leur propre comportement.

## \* FICHE PRATIQUE 5

### Suivre, accompagner

le médecin s'attachera à assurer le suivi des progrès de l'enfant, **en coordination avec l'ensemble des intervenants**. Il accompagnera l'enfant et les parents en les motivant à suivre le traitement prescrit.

## \* ANNEXES

Lexique - Glossaire - Quelques références bibliographiques - Classifications  
Procédure de Touwen.



### \* FICHE PRATIQUE 1 :

## CONNAÎTRE LES ÉTAPES NORMALES : QUELQUES REPÈRES...

### Acquisition du langage écrit

Âge	Lecture	Orthographe, production
<b>CP</b>	Sait reconnaître un certain nombre de mots "par cœur" et les lit correctement en fin de CP. Sait assembler les lettres pour lire des mots qu'il ne connaît pas. Lit et comprend un court texte écrit.	Écrit son prénom. Connaît tous les graphèmes (lettres et combinaison de 2 lettres comme "ou" ou de 3 lettres comme "ien"). Sait écrire des mots phonétiquement (ex : "foke" pour "phoque", ou "jirafe" pour "girafe").
<b>CE1</b>	Bases de la lecture acquises, déchiffre et comprend. Fin de CE1 : est capable de lire de façon rapide et fluide et de comprendre un récit court.	Peut produire par écrit n'importe quel mot ou suite de sons, souvent sous une forme "phonétique" pour les mots inconnus mais lexicalement "correcte" pour des mots fréquents.
<b>6<sup>e</sup></b>	Lit rapidement et avec intonation correcte à voix haute. Accède au sens et retient un texte court quel que soit le mode de lecture (voix haute ou silencieuse).	Dictée : orthographe et segmentation sont acquis, (l'étalage et non l'étaillage). Transcrit les sons complexes (euil, ail), connaît les ambiguïtés orthographiques (roman et non raumen), les accords grammaticaux.

### Acquisition des compétences logicomathématiques

Âge	Numération	Calcul (addition)	Résolution de problèmes
<b>GSM</b>	Comparaison spontanée de 2 collections différentes du même objet ( $n < 10$ ).	Calcul basé sur la comptine.	
<b>CP/CE1</b>	Conservation du nombre : comparaison de 2 collections d'objets différents mais identiques en nombre.	Addition de deux nombres $< 10$ , en ajoutant le plus petit au plus grand, unité par unité : $(3+1=4+1=5+1=6+1=7)$ .	Par combinaison (combien en plus, combien en moins...).
<b>CE2</b>	Numération maîtrisée au-delà de la centaine.	Notions de commutativité $(4+3=3+4)$ et d'associativité $(4+3+2=4+5)$ .	Par combinaison (combien de plus que ou de moins que...). Par le choix de la bonne opération.



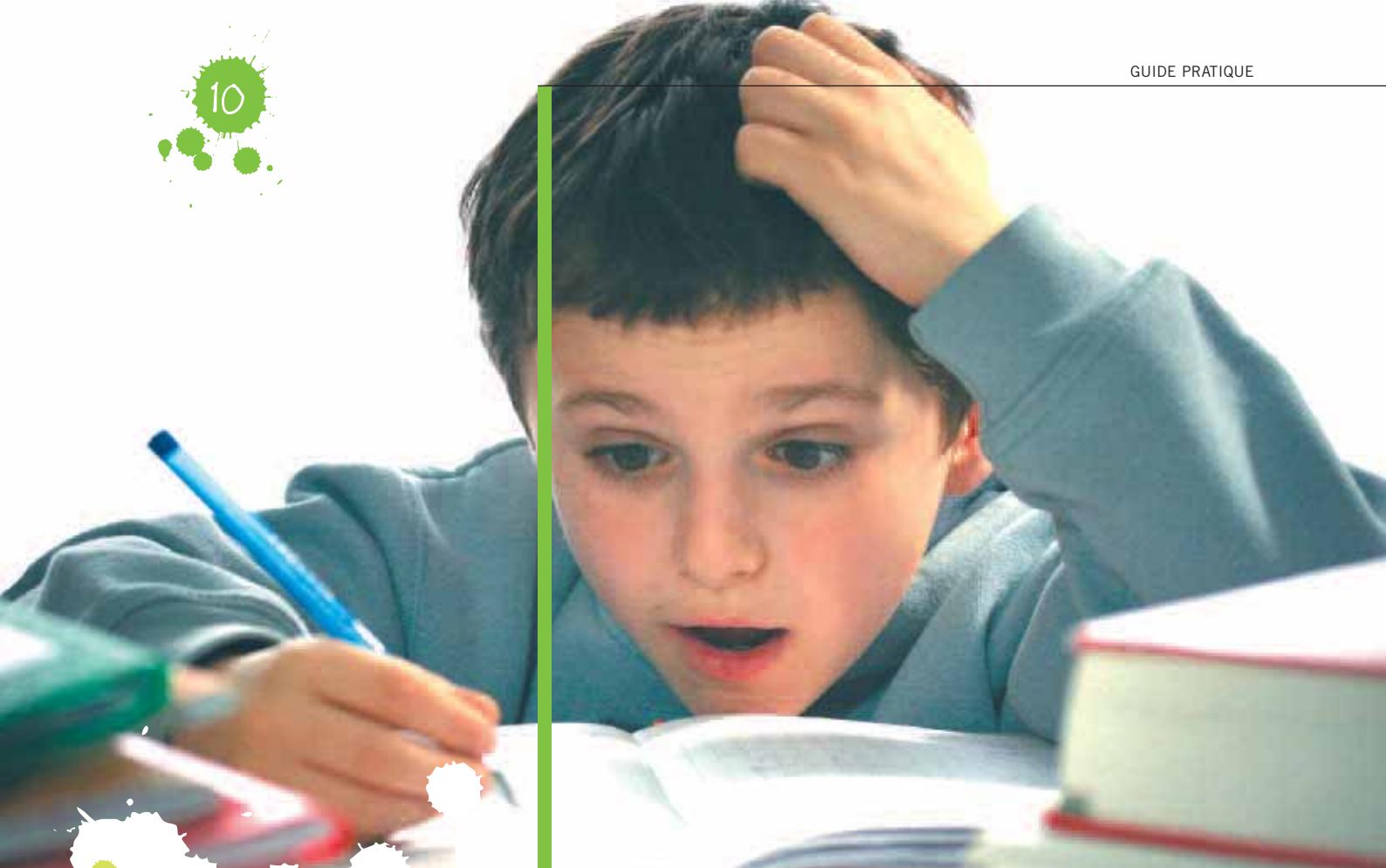




## Acquisitions pratiques

Âge	Graphisme	Vie quotidienne
5 ans	Reproduit un triangle. Copie son prénom.	Ciseaux ; découpe suivant les courbes. Utilise le couteau. S'habille seul.
6 ans	Ecrit son prénom en écriture cursive. Reproduit un losange.	Se coiffe. Se mouche. Nœuds et lacets (début). Tartine avec un couteau.
12 ans	Reproduit un cube en perspective.	Habilité normale.





## \* FICHE PRATIQUE 2 :

### REPÉRER LES SIGNES D'APPEL

#### 1. "Difficultés scolaires" signalées par les parents ou l'école :

elles sont appréciées différemment et ont un sens variable selon le contexte : familial, social, scolaire ou encore au niveau individuel.

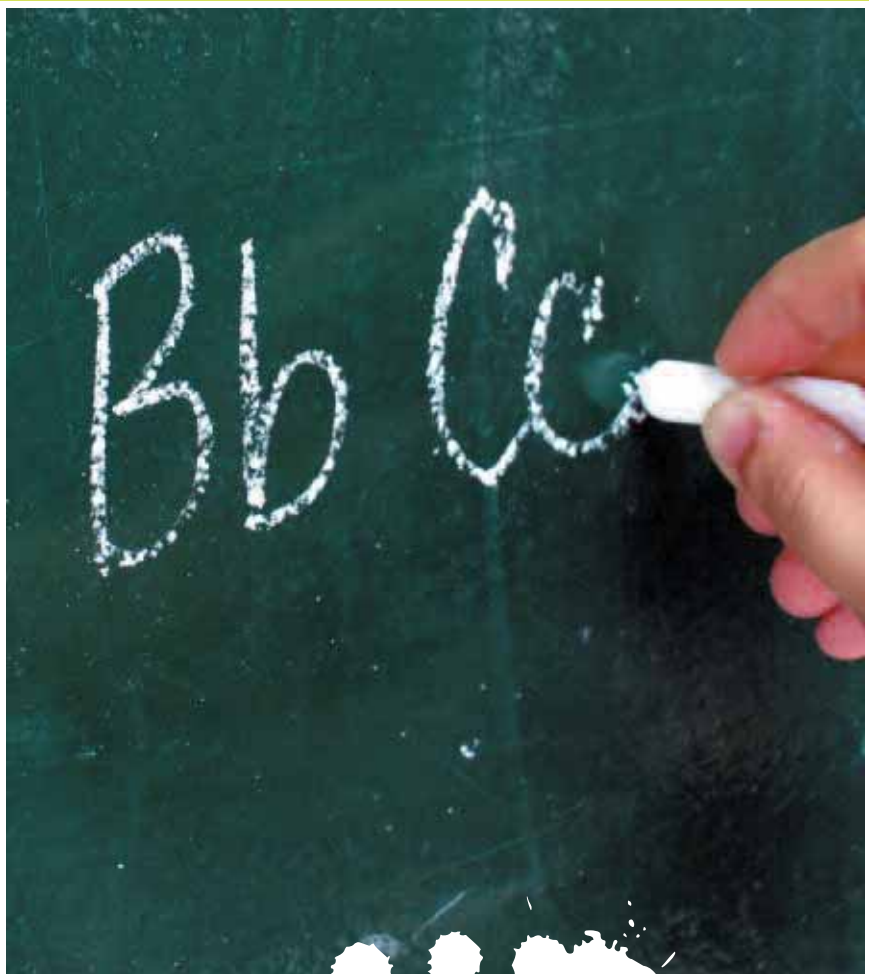
- **Difficultés électives**, dans l'une des matières scolaires (lecture, écriture, orthographe, calcul), **ou globales**, des résultats insuffisants, ou une dégradation des résultats, signalés par l'enseignant et relayés par les parents.
- **Retard scolaire** : décalage entre les acquisitions d'un élève et les apprentissages attendus, compte tenu de son âge et de son niveau scolaire.

On parlera de **fléchissement scolaire** si les difficultés apparaissent secondairement après une période initiale sans difficultés.



#### Attention aux exigences excessives de certains parents :

par exemple, enfant qui peine à conserver son avance scolaire.



## 2. Troubles du comportement, troubles affectifs, troubles fonctionnels qui peuvent à la fois exprimer ou masquer les troubles des apprentissages.

Le médecin devra y être d'autant plus attentif que cet enfant a déjà connu des difficultés en maternelle : troubles de l'adaptation, troubles du langage, retard psychomoteur.

Devant des symptômes d'inadaptation scolaire, il s'agit pour le médecin d'approcher un diagnostic le plus précis possible et d'éviter soit d'authentifier la prétendue "paresse" de l'enfant, soit la dite "incompétence" des parents ou de l'enseignant.



## \* FICHE PRATIQUE 3 : EXAMINER

Entretien avec l'enfant et ses parents, examen clinique, passation de tests de dépistage, afin de formuler des hypothèses diagnostiques, d'éliminer les diagnostics différentiels, de rechercher les causes possibles de difficultés scolaires.



# L'entretien avec les parents et l'enfant

Il donnera des informations sur :

**La scolarité** (enfant, parents, cahiers, bulletins, instituteur)

- Classe actuelle.
- Cours scolaire (absentéisme).
- Redoublement.
- Suivis antérieurs.
- Points forts, points faibles.
- Relations avec les enfants, l'enseignant.

**Le contexte socio-familial**

- Age, profession, niveau socioculturel des parents.
- Bilinguisme.
- Situation matrimoniale des parents.
- Fratrie : âge, niveau scolaire, difficultés scolaires, entente.
- Ambiance familiale : entente des parents, conflits, séparations.
- Evènements de vie : deuils, maladies, autres.
- Mesures d'assistance éducative, mesures judiciaires.
- Style éducatif : les limites posées, le niveau d'exigence scolaire, l'investissement par les parents de l'école et du travail en général, les réactions des parents face aux difficultés de l'enfant (enfant encouragé ou dévalorisé), leurs hypothèses quant à l'origine des difficultés.

**Les antécédents familiaux**

- Difficultés scolaires, difficultés de langage ou d'apprentissage, souvenir gardé de l'école.
- Déficience mentale, troubles psychiatriques, maladies...

Causes et conséquences psychologiques des difficultés d'apprentissage qui peuvent à la fois exprimer et masquer les troubles des apprentissages.

**Des causes :** troubles affectifs, conflits intrapsychiques peuvent empêcher un enfant d'utiliser au mieux ses possibilités intellectuelles et entraver l'acquisition et la fixation des connaissances.

- **La passivité, la dépendance** des enfants qui restent trop attachés à leur mère, incapables de supporter la comparaison, qui refusent la compétition, toute rivalité. L'agressivité est refoulée. Ils ont toujours besoin de réassurance.
- **L'inhibition** des enfants trop sages, repliés sur eux-mêmes, en désarroi au moment d'exécuter une tâche, avec parfois apparition de manifestations somatiques : céphalées, sensation de fatigue...
- **Le désintérêt** pour tout ce qui touche la connaissance, parfois même pour toute activité, proche de la dépression de l'enfant ralenti ou agité, qui s'ennuie et ne fait plus attention à rien.
- **L'angoisse** qui mobilise toute l'énergie de l'enfant pour lutter contre elle. L'enfant n'a plus le sentiment de sécurité interne qui le rend disponible pour les activités d'apprentissage. Elle peut conduire à la phobie scolaire dans le cadre de l'angoisse de séparation.
- **Les conduites d'échec et les tendances autopunitives** de certains enfants, comme si la réussite et le savoir étaient perçus comme interdits, voire dangereux, et comme s'ils recherchaient la punition.
- **Le doute, les vérifications et rituels** de l'enfant lent, perfectionniste.
- **Le refus** de l'enfant qui fonctionne dans la toute puissance, refuse les limites, les règles, les lois, ne supporte aucune frustration, est dans l'impossibilité de différer la satisfaction de ses désirs et d'attendre. Ces enfants acceptent difficilement la supériorité de l'adulte sur le plan du savoir.
- **Les troubles affectifs peuvent s'exprimer par des troubles du comportement :** opposition, instabilité, agressivité, transgressions, provocations, et **des troubles somatiques :** douleurs abdominales, vomissements, céphalées...

Si la personnalité d'un enfant est évolutive, elle peut parfois s'organiser sur un mode névrotique, psychotique, narcissique et entraver les acquisitions.

# L'examen de l'enfant

En présence des parents, puis, si possible, l'enfant seul.

## Antécédents personnels

- Grossesse, accouchement.
- Antécédents néonataux.
- Adoption ou autre situation particulière.
- Développement psychomoteur : station assise, debout, propreté sphinctérienne, langage...
- Maladies, hospitalisations, placements.

## Approche psychologique

- Confiance en soi - Anxiété - Humeur - Agressivité.
- Instabilité - Inhibition - Attention - Appétit - Sommeil.
- Loisirs - Relations avec les autres - Relations avec l'école.
- Les "théories" de l'enfant par rapport à ses difficultés, son attente par rapport à la consultation.

## Examen cognitif

- Langage oral : compréhension, expression.
- Lecture : lettres, syllabes, mots, niveau de lecture (syllabique, sous-courante, courante, compréhension).
- Ecriture et orthographe (quelques lignes de dictée).
- Calcul : numération, opérations, raisonnement.
- Dessin : figures géométriques, bonhomme, famille, dessin libre.

## Examen somatique

- Examen neurologique : il est le plus souvent normal ; en cas de doute rechercher les signes neurologiques mineurs\*.
- Examen somatique complet.
- Courbe staturo-pondérale.
- Recherche d'anomalies morphologiques mineures.
- Schéma corporel, orientation dans l'espace et le temps, habileté (lacer les chaussures, boutonner les boutons, marcher à cloche-pied).
- Examen sensoriel : audition, vision.

\* Voir procédure de Touwen en annexe (p. 27)



**Durant l'entretien**, en fonction de l'âge et de la personnalité, l'enfant joue, dessine, répond aux questions, intervient spontanément ou non dans le discours des parents, ce qui permet déjà d'évaluer son niveau de compréhension, de langage, sa gestualité, son graphisme, son comportement... Il est bon de **le mettre en confiance** en abordant ses centres d'intérêt, ses jeux, ses loisirs...

**Des conséquences** : toute difficulté scolaire, quelles qu'en soient les causes, a un retentissement psychologique sur l'enfant, sa famille et leurs interactions.

L'échec est vécu comme une blessure narcissique. Il est source de souffrance, de déception, de mésestime de soi, de sentiment d'infériorité et de dévalorisation. L'enfant est souvent réprimandé et puni. Selon son tempérament, il peut réagir en s'isolant et s'enfermer dans l'échec. Il peut perdre toute confiance en lui, ressentir un sentiment de culpabilité, s'angoisser (avec toutes les manifestations somatiques de l'angoisse : douleurs abdominales, troubles du sommeil, de l'appétit, céphalées...), se déprimer. Sa souffrance peut s'exprimer par des réactions de prestance, des troubles du comportement, à défaut d'être bon élève il sera le pitre ou le chef de bande.

**Ces troubles, à leur tour, majorent les difficultés de l'enfant et un véritable cercle vicieux s'installe.**

Il est alors difficile de démêler ce qui est à l'origine des difficultés et de ce qui en est la conséquence.





## \* FICHE PRATIQUE 3 suite :

# LES TESTS UTILISABLES EN PRATIQUE MÉDICALE DE VILLE

### **BSEDS** Bilan de Santé Évaluation du Développement pour la Scolarité (version 3).

**Auteurs :** M. Zorman et al.

**Âges concernés :** 5/6 ans.

**Conçu pour les enseignants,** les psychologues scolaires, les médecins scolaires.

- S'appuie sur des connaissances cliniques et scientifiques.
- Est très centré sur le langage oral et les compétences sous-jacentes à l'apprentissage du langage écrit.

#### **Commentaires :**

- Les différentes épreuves sont validées indépendamment les unes des autres pour analyser diverses composantes du langage et pour orienter la prise en charge de l'enfant.
- Nécessite une formation préalable et est un peu long de passation.

Test gratuit : [www.cognisciences.com](http://www.cognisciences.com)

### **ERTLAG** Épreuve de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages à 6 ans.

**Auteurs :** B. Roy et al.

**Âges concernés :** grande section de maternelle et premier trimestre de CP.

**Conçu pour les médecins.**

#### **Commentaires :**

- Facile de passation et ludique, il est d'interprétation simple.
- Test global d'évaluation qui ne donne pas d'indication sur l'origine précise des troubles.

Test payant : [www.com-medic.com](http://www.com-medic.com)

### **BREV** Batterie Rapide d'Évaluation des fonctions cognitives.

**Auteurs :** C. Billard et al.

**Âges concernés :** 4/9 ans.

**Conçu pour les médecins.**

- Outil neuropsychologique, clinique, de première intention.
- Explore le langage oral, les fonctions cognitives non verbales, l'attention, la mémoire, les apprentissages scolaires.

#### **Commentaires :**

- Permet une première approche neuropsychologique des difficultés d'un enfant.
- N'est pas conçu pour un repérage systématique des enfants "tout venant" et nécessite un minimum de formation et de connaissances pour son emploi.

Test payant : [www.signes-ed.com](http://www.signes-ed.com)

### **OEDYS** Outil de Dépistage des Dyslexies.

**Auteurs :** M. Zorman et M. Jacquier-Roux.

**Âges concernés :** Niveaux scolaires de CE1 à 5<sup>ème</sup>.

**Conçu pour les médecins et orthophonistes,** mais après un examen médical, notamment des fonctions sensorielles.

#### **Commentaires :**

- Permet d'analyser les mécanismes de lecture.
- Nécessite une formation du médecin testeur.

Test gratuit : [www.cognisciences.com](http://www.cognisciences.com)



### **Alouette** Définit un âge de lecture.

**Auteurs :** P. Lefravais (2006)

**Âges concernés :** Niveaux scolaires de CE1 à 3<sup>ème</sup>.

- Fournit des indications de performances dans une situation de lecture à voix haute d'un texte. Apporte des éléments sur la vitesse et la correction de la lecture. Permet d'élaborer un âge lexique.
- Test global d'évaluation qui ne donne pas d'indication sur l'origine précise des troubles.

Test payant : [www.ecpa.fr](http://www.ecpa.fr)

### **Lobrot 3** Lecture et compréhension de phrases : permet de juger l'accès au sens.

**Auteurs :** M. Lobrot (1980)

**Âges concernés :** 7/12 ans.

- Lecture silencieuse de 36 phrases lacunaires pour lesquelles l'enfant doit choisir un mot parmi 5 proposés donnant ainsi un sens à la phrase. L'enfant dispose de 5 mn pour compléter un maximum de phrases. Au fur et à mesure de la progression dans le test, la complexité du vocabulaire et des structures syntaxiques augmente.
- Teste à la fois le décodage et la compréhension en lecture.

une des épreuves de la batterie ORLEC de Lobrot.  
D-OR-LEC Editions ESF Paris



## COMMENT RECONNAÎTRE UNE DYSLEXIE ? DYSLEXIE-DYSORTHOGRAPHIE : UNE ASSOCIATION QUASI CONSTANTE

**Définition :** trouble spécifique et durable de l'acquisition du langage écrit, persistant et suffisamment grave pour retentir sur l'intégration scolaire. Le critère de gravité admis pour la lecture est un décalage de 18 mois à 2 ans entre l'âge de lecture et l'âge réel. (CIM 10 : Classification Internationale des Maladies éditée par l'OMS)

**Dyslexie :** versant "lecture" du trouble de l'acquisition du langage écrit.

**Dysorthographe :** versant "production orthographique" du trouble du langage écrit.

**On parle de dyslexie/dysorthographe développementale si :**

- l'enfant a normalement fréquenté l'école et n'a pas de carence éducative,
- le trouble n'est pas secondaire à une déficience sensorielle, mentale ou motrice, des lésions cérébrales, une pathologie neurologique, un trouble psychiatrique.

**La dyslexie peut être associée ou non à un ensemble d'insuffisances elles-mêmes associées entre elles ou non :**

- retard de langage,
- troubles du schéma corporel,
- troubles de la latéralisation,
- troubles de l'orientation temporo-spatiale.

La dyslexie concerne  
au minimum 3 à 5% des enfants.  
Prédominance masculine :  
2/1

**Toute difficulté doit être prise en compte, mais tout enfant en difficulté avec la lecture n'est pas forcément dyslexique.**

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel
<b>En grande section de maternelle</b>	Trouble persistant du langage oral. Difficulté à percevoir les segmentations des mots en syllabes, les rimes. Troubles de la mémoire verbale.
<b>Dès le début de CP</b>	Incompréhension du système d'écriture : ne fait pas le lien entre le signe écrit (graphème) et le son qu'il symbolise (phonème). Difficultés à différencier les sons, confusions entre le "b" et le "p", le "t" et le "d", le "f" et le "v". Difficultés de différenciation visuelle des lettres entre le "b" et "d", le "p" et "q", le "m" et "n". Difficultés à différencier l'ordre de succession des lettres ou syllabes : "or = no", "ion=oin", "on = no".
<b>Enfant plus grand : 8 ans</b>	Enfant en difficultés : échec vis-à-vis de la lecture ou lenteur de la lecture, difficultés pour retenir les mots d'usage courant, les principales règles d'accord, segmenter les mots. Déchiffrage lent, laborieux, gêné par des erreurs entre des lettres et/ou des groupes de lettres. Graves erreurs orthographiques : omissions de syllabes, mots mal découpés (les échelles = l'échelle, luile = l'huile) confusion de sons.
<b>11/12 ans</b>	Difficultés de lecture, lenteur +++ entravant parfois l'accès au sens, troubles de l'orthographe. Au-delà de quelques lignes de mots, se fatigue et a tendance à déchiffrer à nouveau.

**La prise en charge doit être précoce pour éviter à l'enfant de prendre du retard sur le plan scolaire. Elle fera appel à une rééducation orthophonique et à des adaptations pédagogiques associées, lorsque nécessaire, à un soutien psychologique.**

## \* FICHE PRATIQUE 3 suite : COMMENT RECONNAÎTRE UNE DYSCALCULIE ?

**Définition :** la dyscalculie développementale est un trouble des compétences numériques et des habiletés arithmétiques comprenant aussi bien des difficultés de calcul proprement dites que des déficits dans d'autres activités numériques (manipulation des systèmes numériques, comptage, lecture et écriture de nombres) chez des enfants d'intelligence normale sans déficits neurologiques et ne présentant ni psychopathologie ni carence pédagogique.

La dyscalculie se diagnostique sur les critères suivants, dans la CIM 10 (Troubles spécifiques de l'acquisition de l'arithmétique) :

1. **Les aptitudes arithmétiques** évaluées par des tests standardisés sont **nettement en dessous du niveau attendu** compte tenu de l'âge, du niveau intellectuel et d'un enseignement adapté.
2. Ce trouble a **un retentissement important sur les résultats scolaires** ou dans la vie courante.
3. Ces difficultés **ne sont pas liées à un déficit sensoriel**.

**La dyscalculie est rarement isolée** et au contraire fréquemment **associée à une dyslexie ou une dyspraxie**.

Elle peut être **masquée par des stratégies d'adaptation** :  
apprentissage par "par cœur" de tables...

La prévalence de la dyscalculie serait comparable à celle de la dyslexie (2 à 6 %), pourtant son diagnostic est moins souvent posé.

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel
<b>Maternelle</b>	L'enfant présente des difficultés d'accès au symbole. Il n'a pas ou peu de jeux d'imitation. Son dessin n'accède pas au niveau représentatif. L'enfant n'acquiert pas la chaîne numérique orale et fait beaucoup d'erreurs dans son comptage. L'enfant présente des difficultés à dénombrer une collection d'objets en pointant du doigt un ensemble d'éléments.
<b>Primaire</b>	Difficultés de mémorisation des faits arithmétiques, d'apprentissage des tables d'addition et de multiplication, d'utilisation de retenues, de transcodage des nombres (98 est écrit 8018). Difficulté de compréhension des problèmes arithmétiques.

**La suspicion d'une dyscalculie est l'indication d'une prise en charge spécifique :** rééducation orthophonique et/ou psychomotrice, associée à des adaptations pédagogiques.

**Bien cerner les difficultés de l'enfant pour éviter de lui proposer des aides qui seront pour lui des entraves** (ex : activités visuo-spatiales telles que compter sur les doigts ou le tableau à double entrée si une dyspraxie est associée).





## COMMENT RECONNAÎTRE UNE DYSPRAXIE ?

**Définition :** trouble développemental de la pré programmation des gestes complexes, intentionnels et finalisés. Il se traduit par un trouble de l'acquisition de la réalisation du geste alors qu'il n'existe ni déficit moteur ou sensitif, ni trouble majeur de la compréhension de la consigne motrice à effectuer.

### On distingue dans la dyspraxie des symptômes moteurs et visuo-spatiaux :

- **Le Trouble d'Acquisition de la Coordination (TAC)** correspond aux symptômes moteurs : la maladresse gestuelle et motrice, elle-même secondaire aux troubles des praxies (motrices, idéomotrices et idéatoires), desgnosies sensori-motrices et aux troubles de la coordination des mouvements. Une des conséquences sur la scolarité est la dysgraphie.
- **Des troubles visuo-spatiaux** sont souvent associés parfois au premier plan alors qu'il y a peu ou pas de troubles du geste. On parle alors de dyspraxie visuo-spatiale ou visuo-constructive. Les enfants ont des difficultés à raisonner, à construire en 3 dimensions ou à dessiner. Le retentissement peut être important sur l'acquisition du langage écrit.

### Quand suspecter une dyspraxie ?

**Les plaintes scolaires :** elles **débutent dès l'école maternelle** et concernent en premier lieu le **graphisme**, puis au cours de la scolarité primaire, les **mathématiques**. Au collège, c'est souvent la **capacité de lecture** qui sera jugée défaillante (plus de la moitié des enfants dyspraxiques ont des troubles de la lecture). Toutes les activités scolaires semblent bâclées, brouillonnes, on reproche à l'enfant de travailler sans soin, ce qui est souvent interprété à tort comme un manque **d'attention ou de motivation**.

Dans la vie quotidienne, la dyspraxie peut entraîner une gêne à la vie courante (habillage...).

Nombre de ces enfants pourront prétendre à une scolarité longue, diplômante, de bonne qualité, d'autant qu'ils seront peu aptes à exercer un métier manuel.

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel
<b>Dans la vie courante</b>	Désintérêt voire refus des jeux faisant appel à la construction, au dessin, qui sont malhabiles. Recherche de jeux symboliques, imaginaire riche qui se traduit par le langage : vivacité d'esprit à l'oral. Difficultés pour l'habillage.
<b>En grande section de maternelle</b>	Difficultés dans le graphisme : ne peut tracer un triangle. Dessin pauvre, mal structuré, contrastant avec la construction du récit qu'il en fait, la vivacité d'esprit. Aspect brouillon, maladroit, peu soigneux du travail.
<b>En cours de scolarité</b>	Difficultés pour écrire les lettres, écriture manuelle lente et malhabile (dysgraphie), main crispée sur le crayon pouvant être responsable de douleur, difficulté pour poser des opérations, alors que logique et raisonnement sont normaux, difficulté à se repérer dans un texte long. Difficultés à manipuler les outils : ciseaux, règle, compas. Aspect brouillon des cahiers, aspect peu soigné.

**La prise en charge doit être précoce et coordonnée, entre la rééducation : ergothérapie, psychomotricité, orthoptie, et les aménagements pédagogiques au niveau scolaire.**

**Le recours aux structures spécifiques (SESSAD) est souvent nécessaire.**



## \* FICHE PRATIQUE 3 suite :

DIFFICULTÉS SCOLAIRES CHEZ L'ENFANT  
INTELLECTUELLEMENT PRÉCOCE (EIP)**Définition de “précocité intellectuelle” couramment retenue :  $QI \geq 130$  au test du WISC II<sup>1</sup>.**

Selon cette définition, 2,3 % des enfants sont intellectuellement précoces. La prévalence est la même chez les filles et les garçons.

**Si la précocité intellectuelle est un diagnostic différentiel**

à évoquer devant des difficultés scolaires, elle peut aussi être associée à **un trouble des apprentissages**, réalisant un tableau souvent atypique qui pourra être diagnostiqué avec retard.

Plus de 1/3 d'élèves surdoués  
seraient en échec en classe de 3<sup>e</sup>.  
20 % d'entre eux  
n'atteindraient pas le bac<sup>2</sup>.

Une différence qualitative dans les processus cognitifs mis en œuvre par ces enfants. Cette inadéquation entre les processus de la pensée de l'enfant “précoce” et les stratégies d'apprentissage à l'école explique les difficultés, voire l'échec, plus fréquents chez ces enfants<sup>2</sup>.

**Ces difficultés peuvent être à l'origine de difficultés psychologiques.** Par ailleurs, un trouble des apprentissages chez un enfant “précoce” pourra être longtemps “masqué” par les compensations mises en place au prix d'un coût psychique élevé et au risque d'un effondrement de l'enfant n'arrivant plus à faire face aux exigences de l'école.

**Quand évoquer une précocité intellectuelle devant des difficultés scolaires ?****Contraste**

Contraste	
<b>entre</b>	<b>et</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signes évoquant               <ul style="list-style-type: none"> <li>- des troubles de l'attention,</li> <li>- une instabilité psychomotrice,</li> <li>- attitude d'opposition.</li> </ul> </li> <li>• Difficultés scolaires,               <ul style="list-style-type: none"> <li>- une phobie scolaire ou des troubles du sommeil,</li> <li>- des troubles anxieux ou dépressifs.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement très précoce du langage ; grande richesse du vocabulaire ; vive curiosité ; acquisition très précoce des règles de base de la lecture et du comptage.</li> <li>• Réussite dans les problèmes les plus compliqués parfois associée à l'échec dans des problèmes simples.</li> <li>• Enfant vif s'intéressant aux questions abstraites, aux sujets métaphysiques.</li> <li>• Grande variabilité des performances selon les tâches et les circonstances...</li> </ul>

**Le rôle du médecin :**

- **Rechercher s'il existe des troubles associés à la précocité** pouvant expliquer les difficultés d'apprentissage (dyslexie, dyspraxie, déficit attentionnel, ou trouble d'ordre psychopathologique).
- **Proposer une évaluation psychologique et un test de QI** (cependant celle-ci ne sera pas remboursée en ville).
- **Suivre l'enfant régulièrement** : s'assurer que l'enfant reçoit une aide psychologique si et quand elle est nécessaire.
- **Accompagner les parents**, en les aidant à comprendre les mécanismes en jeu, à ne pas désespérer devant une scolarité trop difficile, ou, au contraire, à ne pas avoir des attentes excessives devant l'enfant étiqueté “surdoué”.

<sup>1</sup> Soit un seuil à deux écarts-types de la moyenne.

<sup>2</sup> (Slaud-Facchin J. “Les spécificités du fonctionnement intellectuel des enfants surdoués et leurs liens avec les processus d'apprentissage”. ANAE 2002)

## DIFFICULTÉS SCOLAIRES LIÉES À UN TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDA/H)

**Le TDA/H associe trois types de symptômes** (les troubles des apprentissages ne sont pas constants) :

- **déficit attentionnel**, avec impossibilité de focaliser et de maintenir son attention sur une activité,
- **hyperactivité motrice** avec incapacité à tenir en place,
- **impulsivité**, avec incapacité à attendre son tour et réactions impulsives aux frustrations.

Ce trouble est caractérisé par le **caractère permanent** (quels que soient le lieu, la situation) des symptômes, leur **ancienneté** (par définition avant l'âge de 7 ans, en pratique bien avant l'âge de 5 ans) et leur **caractère invalidant** retentissant sur les interrelations sociales, familiales et scolaires.

Le TDA/H doit être différencié des multiples causes possibles d'instabilité psychomotrice et d'hyperactivité : états de turbulence sans troubles de l'attention des enfants ayant un grand appétit de découverte, des états d'agitation secondaire à certains médicaments (corticoïdes, béta2-stimulants...) ou des maladies somatiques (épilepsie, endocrinopathies), des troubles anxieux, dépressifs ou de personnalité.

Le TDA/H concernerait de 3 à 5 % d'enfants en âge scolaire dont 50% de ces enfants en grave échec scolaire.



**Sa prise en charge doit être globale et multimodale, associant : psychologue, psychomotricien, orthophonie** (en présence d'un trouble d'acquisition du langage écrit) **et des aménagements pédagogiques.**

**Un traitement pharmacologique par méthylphénidate peut être prescrit** selon des indications et des modalités très précises.



## \* FICHE PRATIQUE 4 : DOCUMENTER ET ORIENTER QUAND DEMANDER ?

### 1. Un bilan orthophonique

- Retard ou difficultés durables dans la progression de l'acquisition de la lecture, de l'orthographe, du calcul, d'autant plus que l'enfant a déjà eu un retard ou des troubles du langage oral en maternelle,
- Suspicion de dyslexie, dysorthographe, dyscalculie.

Il fait l'objet d'une prescription médicale : le médecin recevra le compte rendu écrit mentionnant les tests utilisés et les résultats, les objectifs et le projet thérapeutique.

### 2. Un bilan psychomoteur

- Suspicion de dyspraxie.
- Retard ou troubles de l'acquisition du schéma corporel, de la latéralisation, de l'orientation dans l'espace et le temps.
- Maladresse motrice.

### 3. Un avis neuropédiatrique

- Suspicion de déficience mentale.
- Examen neurologique faisant évoquer une pathologie neurologique ou neuro-musculaire.
- Anomalie du développement du périmètre crânien.
- Antécédents de souffrance néonatale ou de pathologie neurologique.
- Suspicion de Trouble Déficitaire d'Attention/Hyperactivité.
- Trouble complexe des apprentissages.

### 4. Un examen psychologique comprenant des tests d'intelligence et/ou des tests de personnalité

- Trouble spécifique ou global des apprentissages.
- Suspicion de déficience mentale ou de développement intellectuel anormalement précoce.
- Tout symptôme ou comportement pouvant exprimer la souffrance psychologique de l'enfant.

### 5. Un avis pédopsychiatrique

- Suspicion de trouble du développement de la personnalité, de trouble psychotique, de trouble de l'humeur ou de trouble envahissant du développement.
- Dysfonctionnements familiaux majeurs, symptômes et/ou comportements entraînant souffrance de l'enfant et/ou de la famille.
- Échec en rupture avec le fonctionnement antérieur.

### 6. Un examen ORL

- Doute sur la qualité de l'audition.
- Otites à répétition.
- Troubles de l'acquisition du langage oral.

### 7. Un examen ophtalmologique

- Mauvaise position pour lire.
- Difficultés pour lire de loin.
- Céphalées en fin de journée.
- Baisse de l'acuité visuelle.



## EXPLIQUER, MOTIVER LES PARENTS

Conseils aux parents et aux enseignants pour les enfants présentant des troubles du langage et/ou des apprentissages.

**Tous les enfants présentant des troubles du langage et des apprentissages ont besoin :**

- **D'être rassurés**, informés et soutenus parce que leurs difficultés retentissent sur la confiance et l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes.
- **De temps** pour réaliser les tâches parce qu'ils sont plus lents et plus fatigables.
- **De temps** pour expliquer et leur faire expliquer la réalisation des tâches, leur permettre d'expliquer, de commenter, de justifier les stratégies et procédures utilisées.
- **De calme** pour pouvoir se concentrer, parce qu'ils craignent le bruit et l'agitation quand ils travaillent.
- **D'informations simples**, si possible uniques et données les unes après les autres, parce que l'accès aux informations complexes et multiples leur est difficile.
- **D'aide à l'organisation** parce qu'ils se perdent dans le temps et l'espace. il faut les aider dans la méthode de travail, ne pas hésiter à avoir recours à des systèmes d'organisation répétitifs, favorisant des repères visuels de couleur par exemple, les affichages, etc.
- **De jouer** et d'utiliser le jeu pour apprendre, de s'appuyer sur ce qu'ils aiment et les motivent.
- De favoriser l'expression orale.
- Pour les enfants dyspraxiques, favoriser les manipulations type pâte à modeler, graphisme et coloriage en adaptant les exigences : ces activités doivent rester un plaisir.



**Ces conseils sont nécessaires, mais insuffisants.**

De nombreux autres peuvent être donnés et adaptés selon le profil des enfants concernés. C'est en réunion d'équipe éducative ou de suivi de scolarisation que cela peut se faire, en concertation entre professionnels, parents et enfants, qui doivent être acteurs de l'aide dont ils ont besoin.



## \* FICHE PRATIQUE 5 :

# SUIVRE, ACCOMPAGNER PARENTS, ÉCOLE, RÉÉDUCATEURS, PSYCHOLOGUES

### Une coordination nécessaire entre tous les intervenants : parents, école, rééducateurs, psychologues.

Le médecin entrera en contact avec le médecin de l'Education Nationale, qui pourra analyser la situation du point de vue scolaire, déclencher une évaluation par les psychologues scolaires, assurer le lien avec les parents et les enseignants, notamment lors des réunions d'équipes éducatives au cours desquelles sont réfléchies les aménagements pédagogiques nécessaires aux enfants concernés.

**Prises en charge rééducatives : leur nature, leur pluridisciplinarité, et leur fréquence dépendront là aussi de la nature et de l'intensité du trouble.** L'orthophonie est toujours impliquée lorsqu'il s'agit bien de troubles spécifiques du langage.

Parallèlement, une **adaptation pédagogique** est souhaitable en classe. Dans les formes sévères, une scolarisation temporairement spécialisée peut être bienvenue.

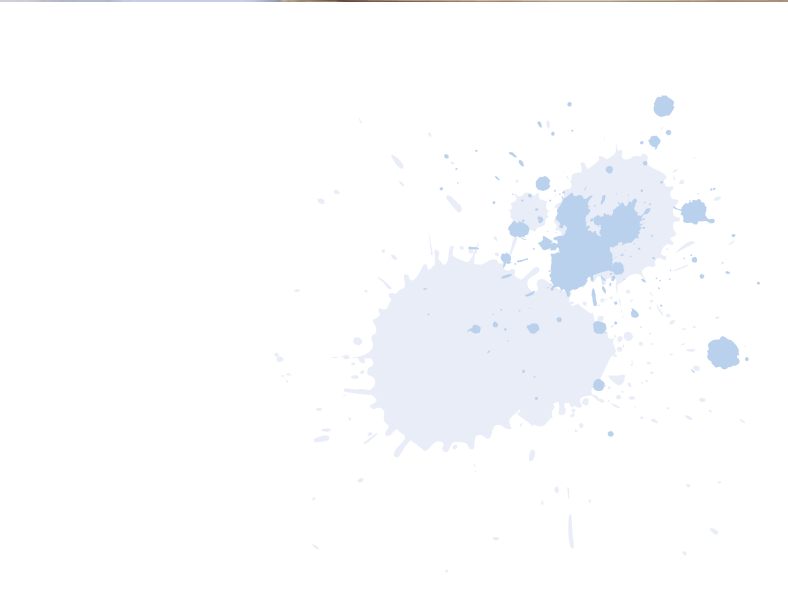
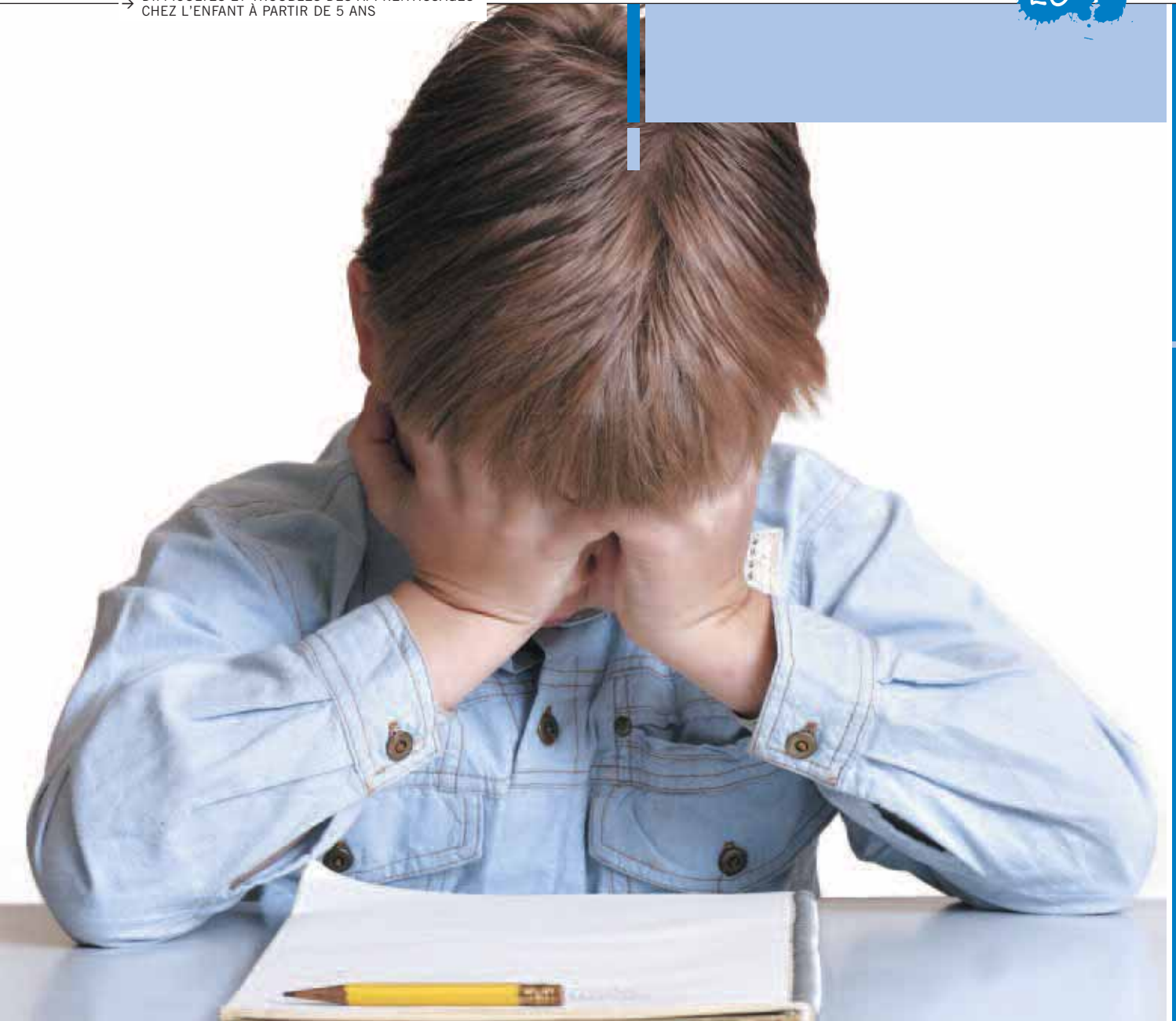
La scolarisation sera adaptée en fonction des possibilités d'aides scolaires et rééducatives au niveau local, du lieu d'habitation de l'enfant, du degré de sévérité de ses troubles et de ses troubles associés.

La loi Handicap du 11 février 2005 reconnaît à tout enfant ou adolescent porteur d'un handicap, le droit d'être inscrit en milieu ordinaire, dans l'école la plus proche de son domicile, appelée "établissement de référence". S'il a besoin d'un dispositif qui n'existe pas dans son établissement de référence, l'élève peut être inscrit dans une école ou un établissement scolaire autre, en milieu ordinaire ou adapté.

Selon le degré de gravité du trouble et en fonction des possibilités locales, la **scolarisation** de l'enfant peut se faire selon différentes modalités :

- en milieu ordinaire avec un dispositif d'intégration individuelle,
- en milieu ordinaire avec un dispositif collectif d'intégration,
- en établissement spécialisé.







## LEXIQUE

**DYSCALCULIE** : Concept qui rend compte d'un dysfonctionnement dans les domaines de la logique, de la construction des nombres et des opérations sur ces nombres, de difficultés de structuration du raisonnement et de l'utilisation des outils logiques et mathématiques.

**DYSGRAPHIE** : Trouble de langage écrit affectant le geste graphique et l'aspect formel de l'écriture.

**DYSLEXIE, DYSORTHOGRAPHIE** : Troubles spécifiques d'apprentissage de, respectivement, la lecture et l'orthographe.

**DYSPRAXIE** : Difficulté à exécuter des mouvements volontaires coordonnés. Chez l'enfant, il s'agit d'un trouble évolutif caractérisé par des difficultés majeures dans les activités de construction souvent associées à un retard du développement psycho-affectif.

**ENFANT INTELLECTUELLEMENT PRÉCOCE** : Enfant dont le QI est supérieur à la moyenne (QI > 130, mesuré à partir de l'âge de 4 ans à l'aide du Wechsler III). Il est généralement curieux de tout, possède un langage élaboré, questionne très tôt ses parents sur la vie et son environnement, présente parfois des difficultés de maturation psycho-motrice, un décalage entre sa maturité affective et intellectuelle, les troubles de type dyslexie ou dysorthographe, une anxiété, un grand dégoût de l'injustice et un grand sens de l'humour.

**GRAPHÈME** : Unité graphique minimale entrant dans la composition d'un système d'écriture. Dans les écritures alphabétiques, il correspond à un son (phonème) de la chaîne parlée.

**HYPERACTIVITÉ** : Exagération ou accroissement de l'activité, d'origine physique, psychique ou psychomotrice, qui peut être permanente, temporaire ou cyclique. Elle est banale chez le jeune enfant, mais se rencontre aussi dans certains états névrotiques, dans l'instabilité psychomotrice ou dans les troubles de l'humeur.

**PHONÈME** : Unité linguistique, son ou bruit de la chaîne parlée résultant de la combinaison de plusieurs traits articulatoires.

**RETARD** : On parle de retard chez des enfants non déficients intellectuels qui présentent un niveau d'acquisitions didactiques et scolaires inférieur à la moyenne des enfants du même âge.

**RETARD DE LANGAGE** : Toute pathologie du langage oral qui se manifeste par un développement linguistique ne correspondant pas aux normes connues (se référant habituellement à l'âge ordinaire d'acquisition de telle ou telle structure, en fonction des données de la psycholinguistique).

**TROUBLES ATTENTIONNELS (TROUBLES DÉFICITAIRES DE L'ATTENTION)** : Ils sont caractérisés par un comportement chronique d'impulsivité, d'inattention associé ou non et une hyperactivité. Le diagnostic est posé dans la classification DSM-IV, par une série de 14 signes dont 8 au moins doivent être présents. Ils décrivent notamment une incapacité durable et importante à se concentrer sur une tâche, à attendre la fin de la question avant d'y répondre, à rester impliqué dans la même tâche, à jouer calmement, à tenir compte de ce qui est dit, à ne pas s'engager dans des activités dangereuses.

**TROUBLES DES APPRENTISSAGES** : Les troubles développementaux des apprentissages sont un ensemble de difficultés des apprentissages qui ne peuvent être attribuées ni à un retard intellectuel, ni à un handicap physique, ni à des conditions adverses de l'environnement. Ces difficultés sont inattendues compte tenu des autres aspects du développement, elles apparaissent très tôt dans la vie et interfèrent avec le développement normal. Elles persistent souvent jusqu'à l'âge adulte.

**TROUBLES INSTRUMENTAUX** : Les troubles instrumentaux portent sur les fonctions instrumentales (intelligence, psychomotricité, langage) qui servent d'instruments à l'enfant pour se représenter et maîtriser le milieu dans lequel il vit. La frontière entre une difficulté d'ordre instrumental proprement dite et une difficulté spécifique d'apprentissage est liée au contexte scolaire. On retrouve chez un grand nombre d'enfants dyslexiques certaines difficultés instrumentales.

**TROUBLES SPÉCIFIQUES DU LANGAGE** : Troubles du langage oral et/ou écrit qui entraînent des déviances telles que l'intégration sociale et scolaire demande des aménagements et des suivis rééducatifs pluridisciplinaires sur une durée moyenne à longue.



## GLOSSAIRE

- **AEEH** : Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé.
- **AVS** : Auxiliaire de Vie Scolaire.
- **CAMSP** : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce.
- **CDAPH** : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.
- **CLIS** : Classe d'Intégration Scolaire.
- **CNED** : Centre National d'Enseignement à Distance.
- **IME** : Institut Médico-Educatif.
- **MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées.
- **PPS** : Projet Personnalisé de Scolarisation.
- **RASED** : Réseau d'Aide Spécialisée aux Elèves en Difficulté.
- **SEGPA** : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté.
- **SESSAD** : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile.
- **UPI** : Unité Pédagogique d'Intégration.



## QUELQUES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **INPES, Troubles DYS : ressources pour le projet d'accompagnement et la scolarisation** (à paraître 2009)  
Indications de l'orthophonie dans les troubles du langage écrit chez l'enfant. Paris.
- **ANAES (HAS), Service des références médicales** (septembre 1997)  
Indications de l'orthophonie dans les troubles du langage écrit chez l'enfant. Paris.
- **BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V.** (2004)  
Dictionnaire d'orthophonie. Ortho Éditions. Isbergues.
- **DELAHAIE M.** (2004)  
L'évolution du langage chez l'enfant. De la difficulté au trouble. Éditions INPES. Paris.
- **HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ** (septembre 2005)  
Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Paris.
- **RINGARD J.-C., ET VEBER F.** (mars 2001)  
Rapport un plan d'action pour une meilleure prise en charge des enfants dysphasiques et dyslexiques. Paris.
- **VALLÉE L. ET DELLATOLAS G.** (octobre 2005)  
Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic à usage des professionnels de l'enfance pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Paris.
- **BILLARD C.** (2004)  
Le dépistage des troubles du langage écrit, troubles spécifiques et secondaires.  
Troubles spécifiques des apprentissages : l'état des connaissances, livret 4 : langage écrit. Signes Éditions. Paris.
- **EXPERTISE COLLECTIVE** (février 2007)  
Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques. Éditions INSERM. Paris.
- **MAZEAU M.** (2004)  
La diversité des dyspraxies. Troubles spécifiques des apprentissages : l'état des connaissances, livret 5 : fonctions non-verbales. Signes Éditions. Paris.
- **REVOL O.** (2004) THADA  
Rôle du psychiatre d'enfant. Troubles spécifiques des apprentissages : l'état des connaissances, livret 6 : attention mémoire. Signes Éditions. Paris.
- **SIAUD-FACHIN J.** (2007)  
"Les spécificités du fonctionnement intellectuel des enfants surdoués et leurs liens avec les processus d'apprentissage". ANAE.



## CLASSIFICATIONS

Hors mention de “troubles spécifiques du langage oral et écrit”.

- **Classification Internationale des Maladies (CIM 10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (1994)** :  
On parle de “troubles spécifiques du développement et des acquisitions scolaires”.
- **Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM IV) de l'American Psychiatric Association (1996)** :  
On parle de “troubles des apprentissages”.
- **Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA)** :  
On parle de “lecture, d'écriture, d'apprentissage, d'acquisitions scolaires et de développement”.

### CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TDA/H DANS LA CIM-10 (1993)

1. **INATTENTION. Au moins 6 des symptômes suivants ont persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :**
  1. Ne parvient souvent pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'inattention dans les devoirs scolaires, le travail, ou d'autres activités.
  2. Ne parvient souvent pas à soutenir son attention dans des tâches ou des activités de jeu.
  3. Ne parvient souvent pas à écouter ce qu'on lui dit.
  4. Ne parvient souvent pas à se conformer aux directives venant d'autrui ou à finir ses devoirs, son travail ou à se conformer à des obligations sur le lieu de travail (non dû à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension des instructions).
  5. A souvent du mal à organiser des tâches ou des activités.
  6. Évite souvent ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu, telles que les devoirs à la maison.
  7. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à certaines activités à l'école ou à la maison.
  8. Est souvent facilement distrait par des stimuli externes.
  9. A des oublis fréquents au cours des activités quotidiennes.
2. **HYPERACTIVITÉ. Au moins 3 des symptômes suivants ont persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant.**
  1. Agite souvent ses mains ou ses pieds ou se tortille sur sa chaise.
  2. Se lève en classe ou dans d'autres situations alors qu'il devrait rester assis.
  3. Court partout ou grimpe souvent de façon excessive dans des situations inappropriées.
  4. Est souvent exagérément bruyant dans les jeux ou a du mal à participer en silence à des activités de loisirs.
  5. Fait preuve d'une activité motrice excessive non influencée par le contexte social ou les consignes.
3. **IMPULSIVITÉ. Au moins 1 des symptômes suivants ont persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :**
  1. Se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminé de les poser.
  2. Ne parvient souvent pas à rester dans la queue ou à attendre son tour dans les jeux ou dans d'autres situations de groupe.
  3. Interrompt souvent autrui ou impose sa présence (par exemple fait irruption dans les conversations ou les jeux des autres).
  4. Parle souvent trop sans tenir compte des règles sociales.
4. **LE TROUBLE SURVIENT AVANT 7 ANS.**
5. **CARACTÈRE ENVAHISSANT DU TROUBLE. Les critères doivent être remplis dans plus d'une situation, à la maison, à l'école, et dans une autre situation où l'enfant fait l'objet d'une observation (les informations doivent provenir de plusieurs sources pour mettre en évidence la présence de critères dans des situations différentes).**
6. **LES SYMPTÔMES CITÉS sont à l'origine d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel, cliniquement significative.**
7. **NE RÉPOND PAS AUX CRITÈRES DU TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT, d'un épisode maniaque, d'un épisode dépressif, ou d'un trouble anxieux.**

## ANNEXE

### PROCÉDURE DE TOUWEN

#### Procédure de TOUWEN utilisée pour la détection des signes neurologiques mineurs

Position de l'enfant	Critères observés
Position assise	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'attitude générale (posture et activité motrice spontanée excessive).</li><li>• La manœuvre du serment.</li><li>• Les mouvements parasites et syncinésies.</li><li>• La motricité fine.</li><li>• La diadococinésie.</li></ul>
Position debout	<ul style="list-style-type: none"><li>• La posture et l'activité motrice spontanée.</li><li>• La manœuvre du serment et les syncinésies.</li><li>• La coordination et la motricité fine (diadococinésie et poursuite digitale).</li><li>• La marche (le long d'une ligne, sur les talons, la pointe des pieds, le saut à clochepied).</li><li>• La motricité oculaire.</li><li>• La motricité faciale (recherche de dyspraxies oro-bucco-faciales).</li><li>• Le schéma corporel (l'étude du schéma corporel).</li></ul>

*Ces signes n'ont une réelle valeur pathologique qu'à partir de l'âge de 6 ans.*



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PÉDIATRIE



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SPORTS

[RETOUR AU SOMMAIRE](#)