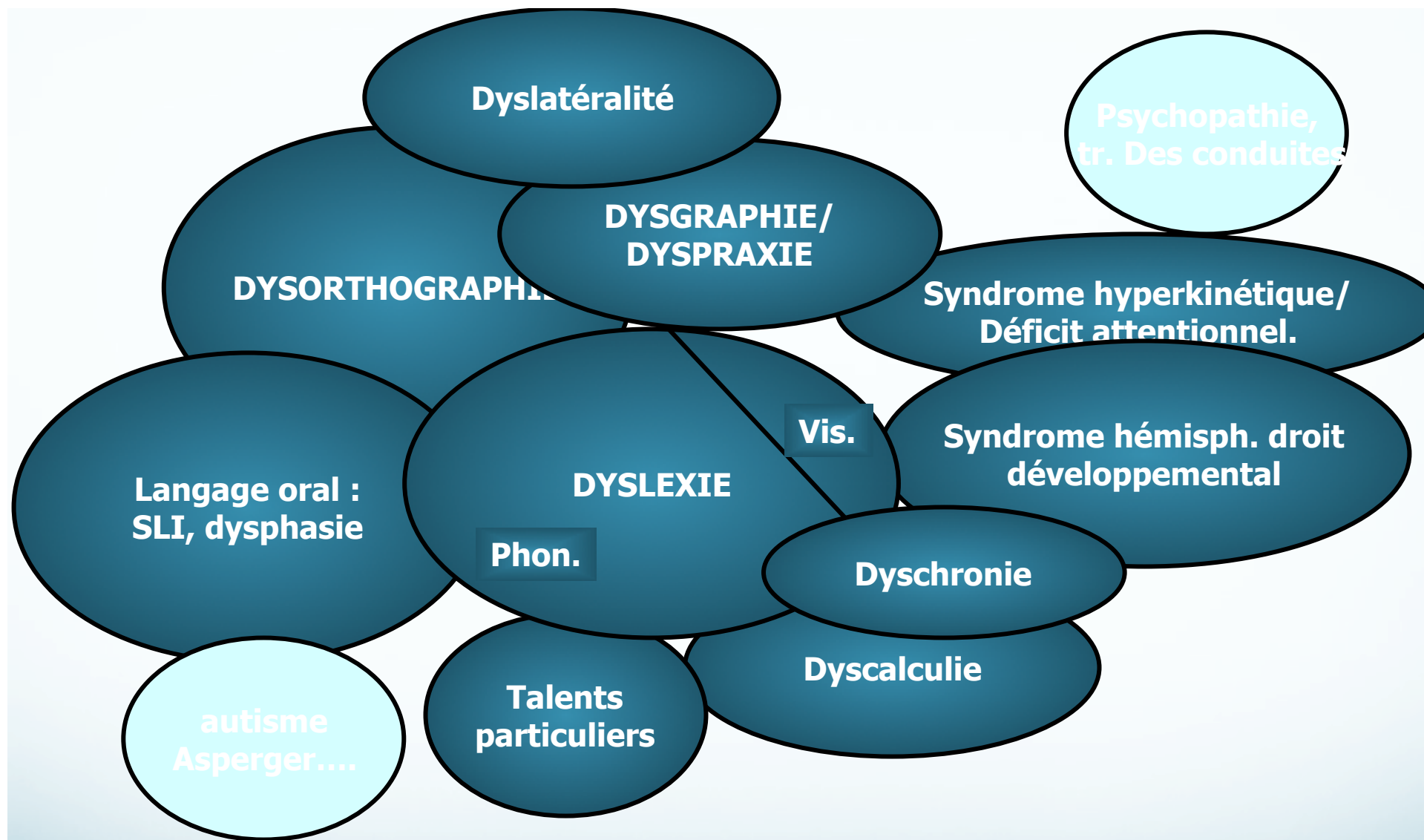


Les troubles « dys » (suite)



La « constellation dys » : un complexe symptomatique suggérant des mécanismes communs

Caractéristiques communes aux syndromes "dys"

- Plus fréquents chez les garçons (sauf dyscalculie)
- Survient en général au sein de familles prédisposées (génétiquement?)
- Aucun facteur environnemental (e.g. périnatal) décelable (sauf TDAH)
- Atteinte "focale" d'un module neurocognitif (langage, lecture, calcul, praxies, cognition spatiale...)
- Intégrité de l'efficacité intellectuelle générale : QI normal ou supérieur
- Fréquence des associations comorbides : "multi-dys"
- Généralement responsables de handicaps d'intensité variable, notamment dans les apprentissages scolaires
- Le motif de consultation de loin le plus fréquent : trouble de l'acquisition du langage écrit

Trois profils de "dyslexies"

- **Le syndrome phonologique** : le plus fréquent, le plus classique, repose sur l'hypothèse du déficit phonologique exclusif
- **Le syndrome visuo-attentionnel**: généralement considéré comme un déficit des processus d'ajustement de la fenêtre attentionnelle (S. Valdois)
- **Le syndrome dyspraxique** : moins connu, peut être associé aux précédents, mais aussi survenir seul

Peuvent s'associer entre eux!

Le syndrome phonologique

- Dyslexie (incapacité à entrer dans la conversion grapho-phonémique)
- antécédent de difficultés de langage oral, SLI, dysphasie ou simple retard de langage, dyscalculie facultative
- Difficultés en lecture = déficit principal dans le décodage, erreurs de conversion grapho-phonémique, trouble de la conscience phonologique, trouble de la mémoire immédiate auditivo-verbale, trouble de la dénomination rapide
- Plus tard : difficultés d'ordre lexical et pragmatique
- WISC-IV : $ICV < IRP$

Le syndrome visuo-attentionnel

- La dyslexie : idem (incapacité à entrer dans la conversion)
- décodage exact mais lent ou paralexies dérivationnelles/sémantiques, substitution des "petits mots" (mots fonction), 2 types :
 - pas d'antécédents de trouble langage oral, conscience phonologique normale, trouble attentionnel aux tests, trouble de la mémoire de travail.
 - dyslexie "mixte", initialement phonologique évoluant ensuite vers un profil visuo-attentionnel (disproportion entre importance du déficit phonologique et intensité de la dyslexie)
- WISC-IV : altération IMT et IVT
- Fréquente comorbidité avec troubles comportementaux extériorisés : hyperactivité, trouble des conduites (conséquences à l'adolescence)

Le syndrome dyspraxique

- Dyslexie en général plus modérée, volontiers erreurs visuelles
- retard des acquisitions motrices par rapport au langage, difficultés relatives dans les tâches de précision;
- dysgraphie, instabilité oculo-motrice, éventuellement trouble spatial, éventuellement dyscalculie spatiale,
- Dyschronie massive : appréciation d'une durée, placer un événement dans le temps
- éventuellement précocité intellectuelle,
- WISC-IV : $IRP < ICV$
- $IVT \downarrow \downarrow$

Les trois profils cliniques de troubles "DYS"

PROFIL 1 Difficultés phonologiques

1-Trouble de la conscience phonologique :

- *difficultés de conversion graphème/phonème*
- *difficultés de décodage*

2-Antécédents de difficultés (retard) de langage, souvent repérés dès la maternelle.

3-Trouble de la mémoire auditivo-verbale.

PROFIL 2 Difficultés visuo-attentionnelles et de perception visuelle

1-Décodage exact mais lent :
- nombreuses erreurs paralexiques
*ex : chanter pour chantant
lourd pour léger*
- saut de lignes, oubli de mots en lecture et en copie de lignes.

2-Nombreuses substitutions de petits mots.

3-Pas de trouble phonologique.

4-Comportement : Impulsivité +/- hyperactivité +/- trouble attentionnel.

PROFIL 3 Difficultés visuo-spatiales et/ou visuo-constructives et du geste graphique

1- Le trouble signalé et prédominant évoque un trouble des coordinations :

- **retard** des acquisitions motrices/langage
(décalage possible entre les compétences à l'oral et l'écrit et/ou la motricité globale).
- **dysgraphie et lenteur** dans de nombreuses tâches.
- **mauvaise utilisation** des outils scolaires.

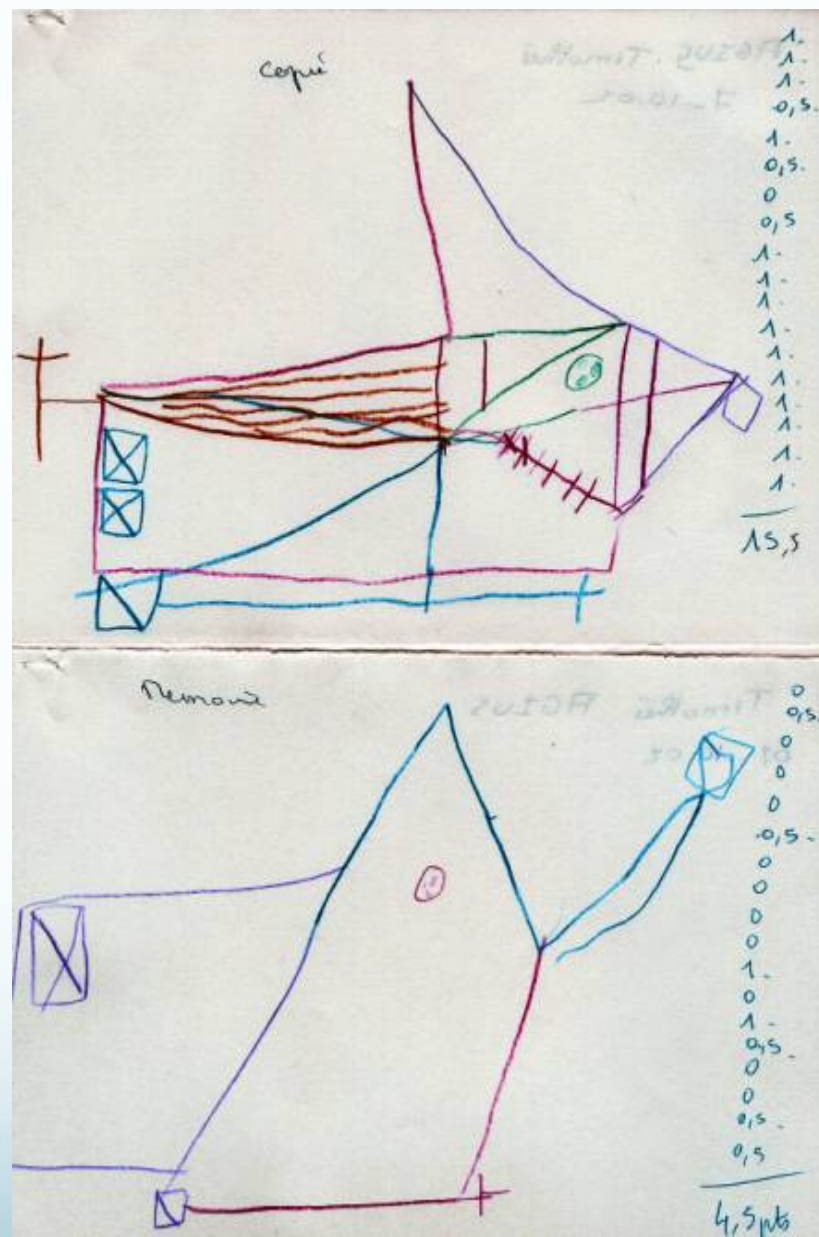
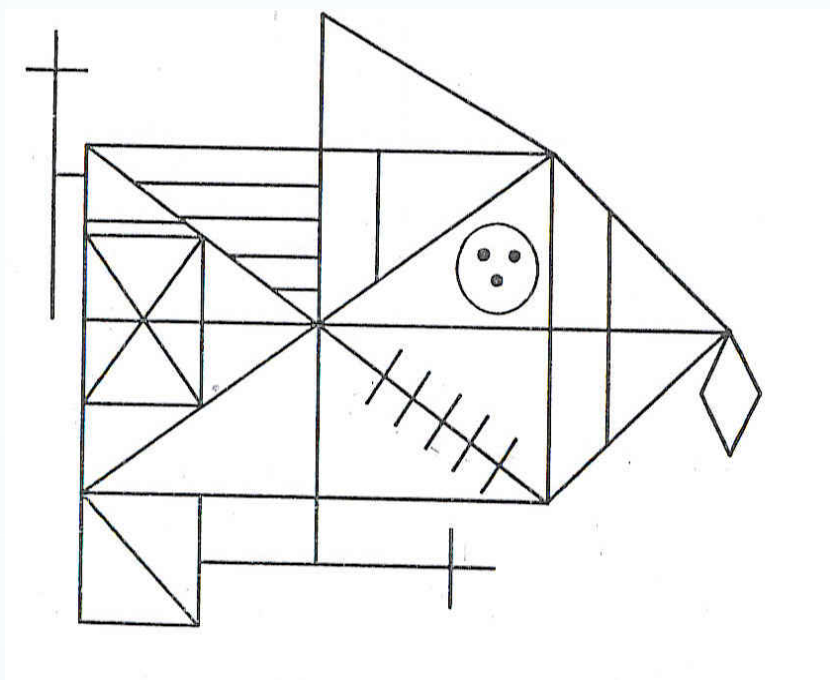
2-Trouble spatial : touchant la perception et la reproduction des figures, avec éventuelle difficultés en géométrie (*ex : repérage sur un quadrillage*).

« Dyspraxie »

- Troubles gestuels, maladresse, lenteur
 - Troubles graphiques
 - Troubles perceptifs visuels
 - Troubles visuo-constructifs
 - Troubles oculomoteurs
-
- Combinaisons différentes de ces troubles

Dyspraxie visuo-spatiale

- La plus fréquente
- Signes précoces :
 - Désintérêt pour jeux de construction
 - Préférence pour jeux symboliques, imaginaire riche dans le langage
 - Retard graphique : dessin pauvre, peu ou mal structuré, qualifié à tort d'immature
 - Maladresse importante



dysgraphie

id dit au petit Prince: Vous n'avez rien de
simple, on voit bien que le cœur
est invisible pour les yeux. C'est le temps
pour la mousqui qui fait si mal,
responsable pour toujours de se que tu

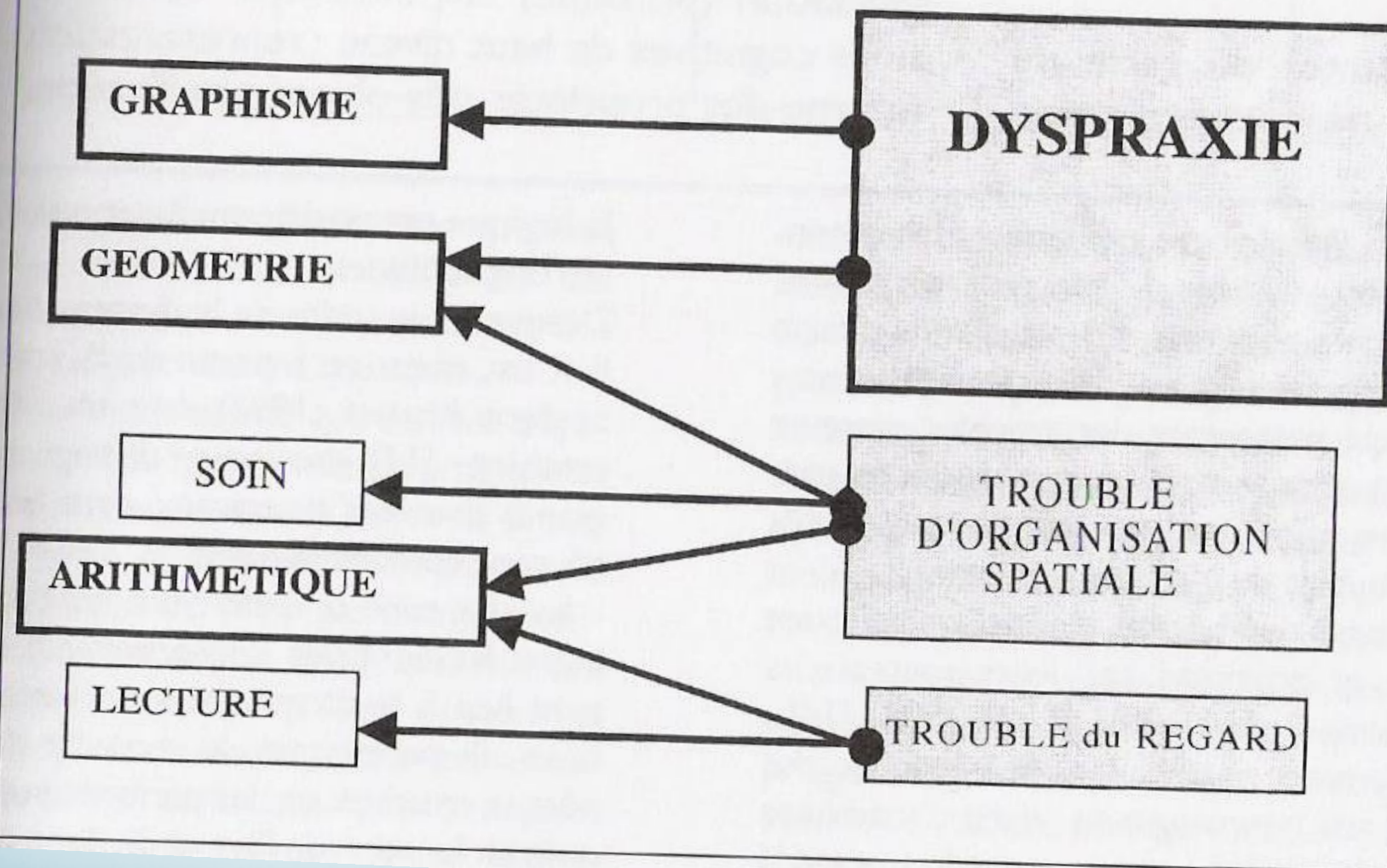
Ratus est un sinéma. Pendant le film, il mange des cacayette et
un mûsse grien. Il fait du bruit chaque fois qu'il glisse sa patte
dans le sachet.) **Dictée**

Après le fruit, Monsieur, dis un septateur.
qui égale! ajoute la femme -) **Copie**
dans l'obscurité, Ratus continue à faire des flétise.

=> 1^{re} plante d'ulcer piquet
= diff qd copie page

Logopie
bicado
gataper
Alpes
spite
orthon

Les plaintes scolaires.



Mazeau (2004)

LE VRAI PROBLÈME

Le pb, c'est la
« double tâche »

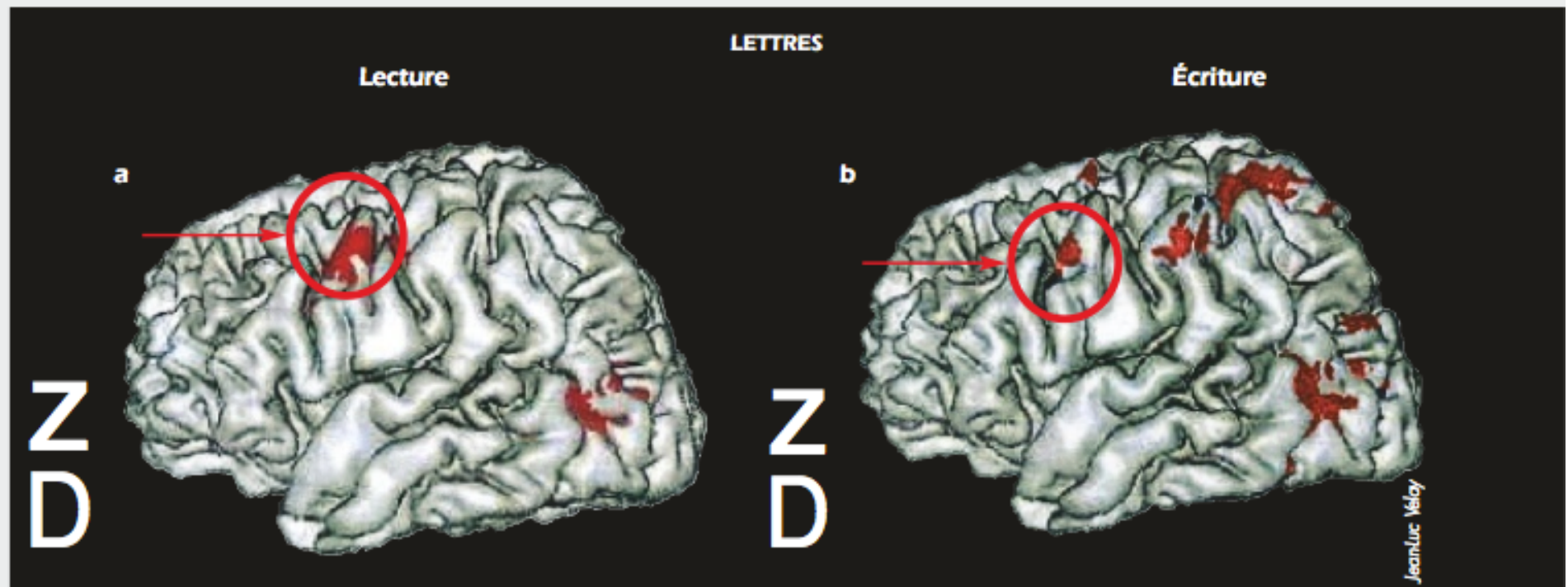
- ✗ Ce n'est PAS que l'enfant écrive « mal » ...
- ✗ C'est qu'il ne peut pas se relire
- ✗ C'est que son écriture manuelle ne sera pas **AUTOMATISEE** : elle nécessitera toujours un contrôle attentionnel massif, *aux dépens des tâches « de haut niveau »*
- ✗ C'est la lenteur (documents incomplets)
- ✗ C'est l'aspect sale et brouillon (documents inutilisables)

Ecrire à la main le handicape +++

« Lire c'est écrire » (J.L. Velay & M. Longcamp)

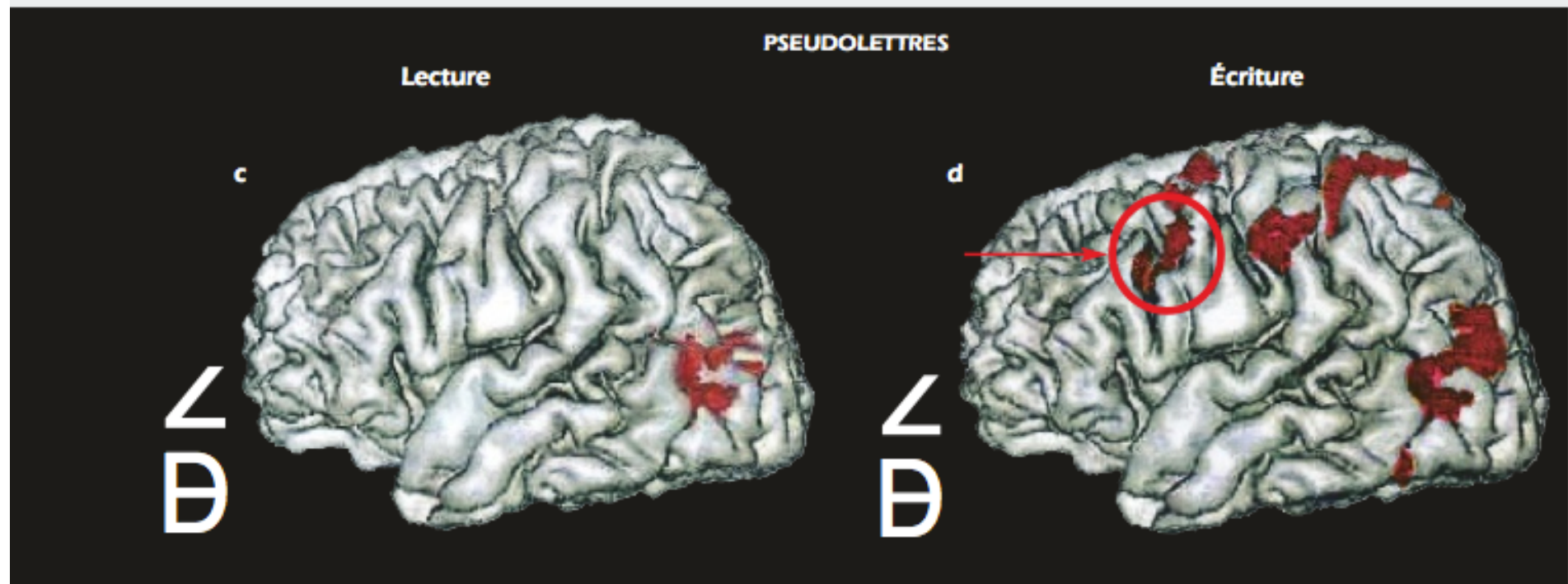
1. Quelles zones du cerveau s'activent quand on lit des lettres ? En partie les mêmes que quand on les écrit avec un stylo. On enregistre les aires qui s'activent quand on lit des lettres (a) et

quand on les écrit (b) : la même aire (une zone du cortex prémoteur gauche chez les droitiers) s'active aussi bien à la lecture qu'à l'écriture (flèches en a et en b). En revanche, quand on enregistre l'activité



cérébrale déclenchée par la lecture et l'écriture de pseudolettres, des symboles qui ressemblent à des lettres, mais n'en sont pas (*c* et *d*), on constate que la même aire du cortex prémoteur s'active

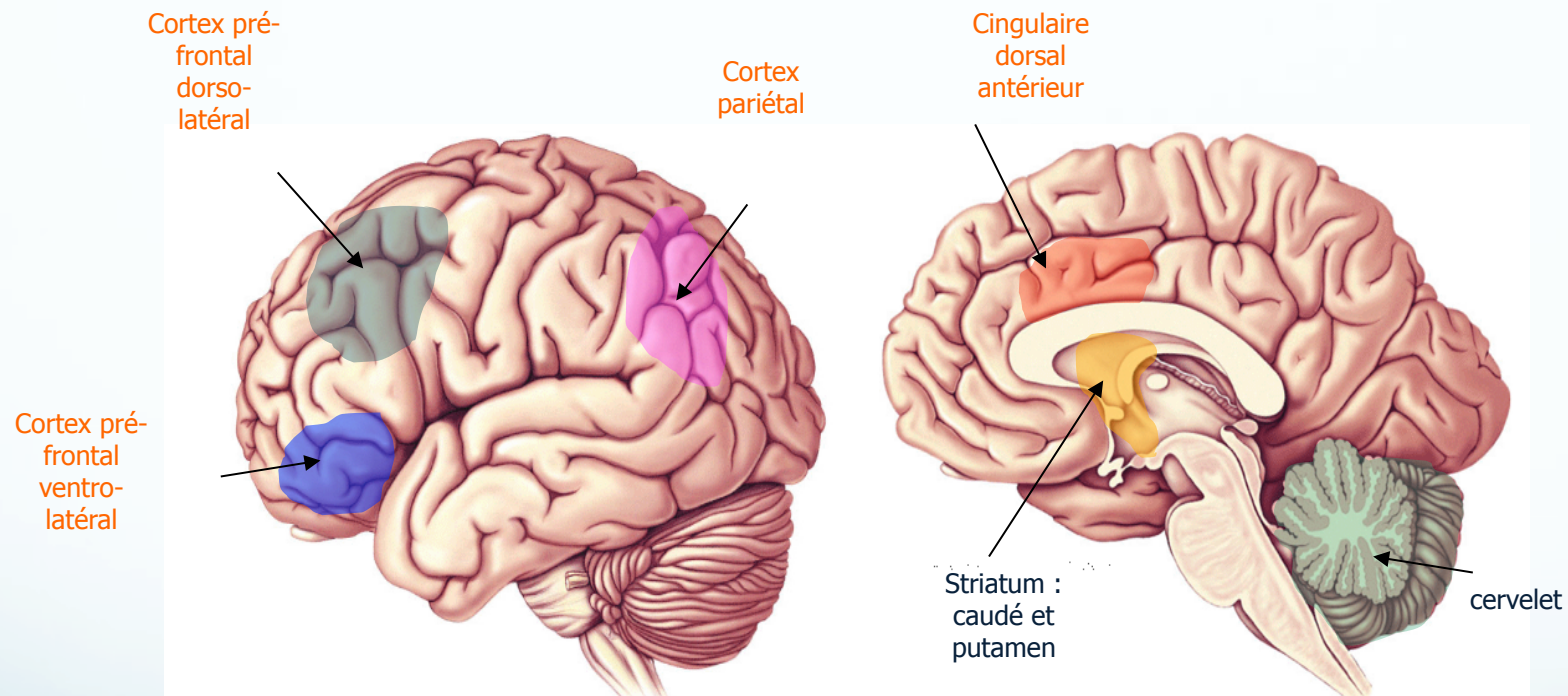
uniquement à l'écriture. La lecture des pseudolettres n'active pas de représentation motrice déjà mémorisée. En somme, lire, c'est écrire, et un réseau neuronal étendu participe à ce processus.



A la frontière des dys : TDAH et précocité

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Attention Networks

George Bush^{*,1,2,3,4}



Les principales régions cérébrales dysfonctionnelles dans le TDAH (méta-analyse)

Manifestations du TDAH selon les critères du DSM-IV

L'inattention

- Prête difficilement attention aux détails;
- A du mal à soutenir son attention (cours, lectures, conversation);
- Ne semble pas écouter quand on lui parle;
- Ne se conforme pas aux consignes et ne termine pas ses tâches;
- Éprouve de la difficulté à planifier et à s'organiser au quotidien (travaux ou activités);
- Évite ou fait à contrecœur les tâches qui demandent un effort mental soutenu;
- Perd ses objets (notes de cours, agenda, livres, clés);
- Est facilement distrait par des stimuli externes;
- Fait des oublis fréquents (rendez-vous, rencontres).

L'hyperactivité

- Remue souvent les mains et les pieds, bouge sur son siège;
- A de la difficulté à rester assis;
- Court et grimpe (chez l'adulte : bougeotte);
- A de la difficulté à rester tranquille (travail et loisirs);
- Est souvent « sur la brèche », ou survolté;
- Parle trop.

L'impulsivité

- Répond aux questions avant qu'elles ne soient formulées;
- Arrive difficilement à attendre son tour;
- Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (fait irruption dans les conversations).

QUESTIONNAIRE DE «CONNERS» POUR PARENTS

(reproduit grâce à l'amabilité de C. Keith Conners)

Vous trouverez ci-dessous des indications décrivant des comportements d'enfants ou de problèmes qu'ils ont parfois. Mettre une croix dans la case qui correspond aux problèmes et à la densité de la souffrance de votre enfant, en précisant à quelle période de son âge. Ces informations serviront à vous, ainsi qu'aux personnes qui ont à s'occuper de votre enfant.

	Pas du tout	Un petit peu	Beaucoup	Enormé.
1. Tripote ou ronge certaines choses (ongles, cheveux, vêtements)				
2. Insolent avec les grandes personnes				
3. A du mal à se faire des amis et à les garder				
4. Très irritable, impulsif				
5. Veut tout commander				
6. Suce ou mâchonne (pouce, vêtements couverture)				
7. Pleure facilement ou souvent				
8. Se sent attaqué et toujours sur la défensive				
9. Rêvasse				
10. A des difficultés pour l'apprentissage de la lecture, calcul écriture illisible				
11. Se « tortille » ne tient pas en place				
12. A peur de nouvelles situations, d'endroits, de personnes, lieux, d'aller à l'école				
13. Agité à toujours besoin de faire quelque chose				
14. Destructeur				
15. Ment ou raconte des histoires qui ne sont pas vraies				
16. Timide				
17. S'attire plus d'ennuis (se fait plus attraper que les autres enfants de son âge)				
18. Souffre de troubles d'élocution (bégaye, retard du langage ou parle bébé)				
19. Nie ses erreurs et accuse toujours les autres				
20. Querelleur				
21. Fait la moue et boude				
22. Prend les choses qui ne lui appartiennent pas				
23. Est désobéissant ou obéit à contre-cœur				
24. S'inquiète plus que les autres de la maladie, mort, solitude				
25. Ne termine pas ce qu'il a commencé				
26. Se sent facilement froissé				
27. Brutalise, agresse ou intimide ses camarades				
28. Ne peut pas s'arrêter lors d'une activité répétitive				
29. Cruel				
30. Comportement « bébé » immature collant puéril, constant besoin d'être rassuré				
31. Problème d'attention, fixation, concentration ou distractibilité				
32. Maux de tête				
33. Changement d'humeur rapide irascible				
34. N'aime pas obéir aux règles ou interdits				
35. Se bagarre constamment				
36. Ne s'entend pas avec ses frères et/ou sœurs				
37. Se décourage facilement devant l'effort				
38. Dérange les autres enfants et les adultes				
39. Enfant foncièrement malheureux				
40. Problème d'alimentation sans appétit se lève après chaque bouchée				
41. Maux d'estomac				
42. Sommeil perturbé (difficulté à s'endormir et lève tôt) se réveille pdt la nuit				
43. Autres plaintes physique et douleurs				
44. Vomissements, nausées				
45. Se sent lésé à la maison et à l'école				
46. Se vante et fanfaronne				
47. Se laisse écraser, manipuler				
48. Problème d'évacuation intestinale irrégulier, selles molles, constipation etc..				

Les items les plus discriminants sont regroupés suivants

- **O p p o s i t i o n** : I t e m s 2-8-14-19-20-27-35-39
- **Difficultés d'apprentissage** : Items 10-25-31-37
- **Somatisation** : Items 32-41-43-44
- **Hyperactivité** : Items 4-7-11-13
- **Anxiété** : Items 12-16-24-47

L e s 1 0 é n o n c é s 4-7-11-13-14-25-31-33-37-38 correspondent à l'index d'hyperactivité.

Un score moyen de 1,5 ou plus suggère des indices d'hyperactivité chez l'enfant.

Échelle d'évaluation SNAP-IV 26

DIRECTIVES DE NOTATION S'APPLIQUANT À L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SNAP 26

L'échelle d'évaluation SNAP-IV reprend le questionnaire « Swanson, Nolan and Pelham » (SNAP) (Swanson et al. 1983). Cette échelle comprend les critères du DSM-IV (1994) du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les deux sous-ensembles de symptômes suivants : inattention (questions 1 à 9) et hyperactivité/impulsivité (questions 10 à 18). Elle comprend également les critères du DSM-IV du trouble oppositionnel avec provocation (questions 19 à 26), étant donné que les enfants atteints du TDAH souffrent souvent de ce trouble.

L'évaluation SNAP-IV s'effectue sur une échelle de 0 à 3 : Jamais = 0, Parfois = 1, Souvent = 2 et Très souvent = 3. On calcule les scores de la sous-échelle de l'évaluation SNAP-IV en additionnant les scores des questions du sous-ensemble et en divisant le total par le nombre de questions, tel qu'illustré dans le sous-ensemble TDAH-Inattention :

	Jamais (0)	Parfois (1)	Souvent (2)	Très souvent (3)	Score
1. Fait des fautes d'étourderie			*		2
2. A de la difficulté à soutenir son attention				*	3
3. N'écoute pas				*	3
4. Ne termine pas ses travaux ou devoirs			*		2
5. Est désorganisé		*			1
6. Ne réussit pas à se concentrer				*	3
7. Perd ses affaires		*			1
8. Se laisse distraire				*	3
9. A des oublis	*				0

Total TDAH-Inattention = 18

Moyenne = $18/9 = 2,0$

Pour chacune des questions, veuillez cocher la colonne qui décrit le mieux l'enfant	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Non évalué
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux scolaires					
2. A souvent de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux					
3. Semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement					
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires					
5. A souvent de la difficulté à organiser ses tâches ou ses activités					
6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu					
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités (p. ex. devoirs de classe, stylos ou livres)					
8. Se laisse souvent distraire par des stimulus externes					
9. A des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne					
10. Agite souvent les mains ou les pieds					
11. Se lève souvent en classe alors qu'il devrait rester assis					
12. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié					
13. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir					
14. Est souvent en mouvement ou agit souvent comme s'il était « monté sur des ressorts »					
15. Parle souvent trop					
16. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée					
17. A souvent de la difficulté à attendre son tour					
18. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. intervient dans les conversations ou dans les jeux)					
19. Se met souvent en colère					
20. Contesté souvent ce que disent les adultes					
21. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes					
22. Contrarie souvent les autres délibérément					
23. Fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite					
24. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres					
25. Est souvent fâché et plein de ressentiment					
26. Se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger)					

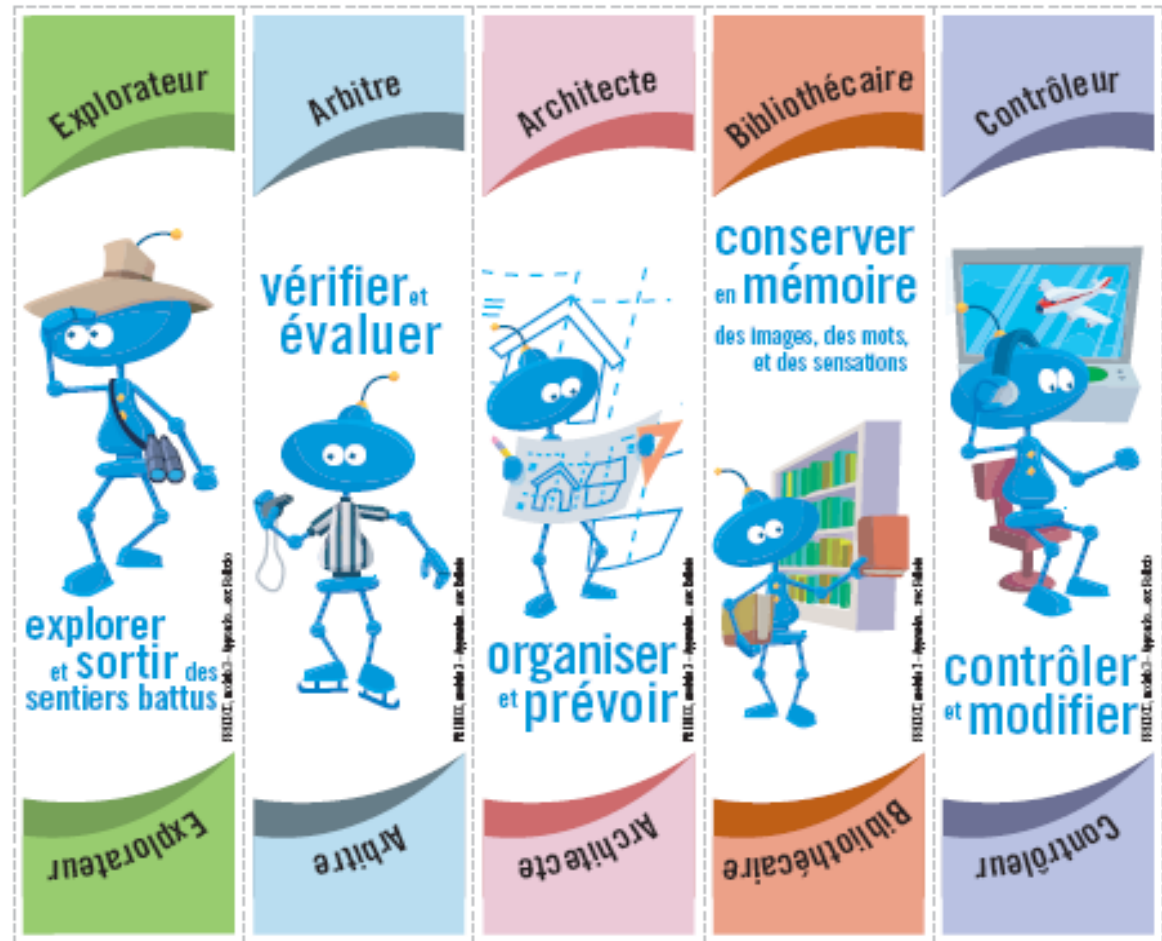
Lobe frontal : fonctions exécutives

- Planification, anticipation, sériation des étapes
- Inhibition, flexibilité mentale
- Mémoire de travail, double tâche
- Attention sélective
- Gestion des émotions, stress, etc... (autorégulation)
- Un exemple d'application : la méthode « Reflecto »

PROGRAMME REFLECTO

PROCEDER A
L'ALLOCATION DES
RESSOURCES
COGNITIVES

Modèle de Pierre Paul
Gagné



Reproduction autorisée © Les Éditions de la Chenelière inc.

LE DETECTIVE :

- travail de l' attention sélective
- Identification de détails saillants
- Intégration des informations sensorielles

Epreuves comme : Charlie, jeux des différences et des similitudes, filtrage d' informations parasites,

tests visuels de barrages de cibles....

LE BIBLIOTHECAIRE :

- Mécanismes de la mémoire
- Mémoire de travail
- Apprentissage de stratégies mnésiques : porter attention
- projet de rétention et stratégie de récupération

Epreuves comme : reading span (empan de Daneman),

tâches « Défilé de questions », déplacement sur un échiquier, ordonnancement des informations par catégories (chunk), répétition, explications à autrui...



L' EXPLORATEUR :

-Flexibilité cognitive et créativité : originalité et voir d' un œil
« nouveau »

Epreuves comme : trouver plusieurs solutions pour un problème, arrangement d' histoires en images avec issues multiples, ajustement à des contraintes nouvelles données par le psychologue, jeux de stratégies avec ou sans contrainte de temps (RushHour, jeux de catégorisation type Wisconsin, Hayling, illusion d' optique....).



L' ARCHITECTE :

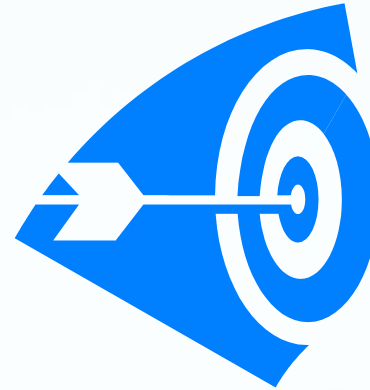
-Réflexion au sujet d' un projet
(ex : l' organisation du carnaval 2011).

Epreuves comme : entraînement des fonctions exécutives (prévisionnel, bon de commandes, préparation d' une sortie de ski, travail de synthèse par des tableaux récapitulatifs....).



LE MENUISIER :

- Exécution séquentielle et Méthode
- Respect des différentes étapes
- Organisation et précision
- Utilisation des « outils » adéquats
- Adaptation aux imprévus et risques éventuels



Mise en situation au travers d'ateliers : visite d'un potager, sélection des produits, recette, courses complémentaires, cuisine, dégustation...

LE CONTROLEUR :

- Contrôle cognitif (gestion de la vitesse de traitement) et gestion émotionnelle
- Comparer le travail fait avec le plan prévu



Tâches : travail fait sur toutes les épreuves de résolution de problèmes (tour, arithmétique, raisonnement analogique spatial....

Les mémoires fonctionnent en 3 processus:

- l'encodage
- le stockage, la consolidation
- la récupération

« Il ne retient pas... »

Est-ce que, avec un indice, il retrouve l'information ?

- Si oui : hypothèse d'un pb de récupération.
 - ➔ renforcer les indices et les astuces mnémotechniques lors de l'encodage
- Si non : hypothèse d'un pb d'encodage.
 - ➔ se poser les questions : attention?
compréhension?

« Il ne retient pas... »

Il restitue des informations, mais « x temps » après il ne s'en souvient plus.

- Hypothèse d'un défaut de consolidation.
 - ➔ fiches, révisions fréquentes, apprentissages distribués.
- Hypothèse de l'absence de compréhension
 - ➔ Vérifier un éventuel trouble du langage?

Le trouble d'apprentissage de type **non verbal**



Le comprendre pour mieux
intervenir en milieu scolaire

LDA Learning Disabilities Association of America

SchoolBehavior

Home Support

Home About Behavior

LD / NLD Specialty Schools

Placem

→ ADD /

→ Adoles
Progra→ Adoles
Progra

→ Colleg

→ Eating

→ GAP Yr

→ LD / N

→ Outdo
Wilder

→ Reside

→ Therap
Reside

TOOLS & RESOURCES

GET INFORMED

FIND T

GET INFORMED

Brainstorm Blog

Ask an Expert

Families Speak Up

Free Workshops

Childmind.org en Español

Topics

ADHD

Adolescents

Anxiety

Autism

Bipolar

Bullying

College

Depression

Disruptive Behavior

Eating Disorders

Executive Function

Kids and Media

TOPICS

What Is Non-Verbal
Difficulty picking up
visually, socially, and academically



Caroline Miller
Editorial Director
CHILD MIND INSTITUTE

student master long division, and ideas for improving re
and discusses concepts such as frontloading and a cod
how they benefit the student with NLD and related condit

Modifications
- ADHD

the child with nonverbal learning disorders (NLD) these demands
can prove to be totally overwhelming and may appear
insurmountable at times. Unless the entire school staff is



HOME

HEALTH

NLDA

EVENTS

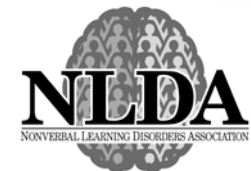
WEBSITE

Welcome to the NLDA – Nonverbal Learning Disorders Association

Non Verbal learning Disabilities or Disorder (NLD) refers to the condition where individuals possess high verbal ability but face problems with the Social side and always have a verbal-spatial weakness as well. This problem is far un-diagnosed one as most public schools have the reading abilities as the first indicator for performance. Also with non-verbal learning ability posing a serious threat with Social interactivity, NLD has been a highly unique challenge with parents and other adult consumers.

Typical way to find out these individuals is by an IQ test where the normal performance IQ will be slightly below their verbal IQ pertaining to the visual and spatial weakness.

First Signs of NLD at young age:



MOST POPULAR

1. How to Help Kids With ADHD Drive Safely
2. Tips for Beating Test Anxiety
3. Five Ways to Support Siblings in Special Needs Families
4. Disruptive Behavior: Why It's Often Misdiagnosed
5. Helping Resistant Teens into Treatment
6. Children's Mental Health Report

nonverbal learning
ications that he doesn't

get tips to talk to your teen.

Search LD OnLine

Go

nd ADHD

Get our free newsletter

Enter email here

Go

ional Plan
.D

ex, constantly changing
are required to cope
xpectations, and
academic tasks
are expected to know
of situations. Such
for any student, but for

Access tips

Print | Email

Larger A A A

SHARE f t in

advertisement

XL Math Practice

Attention
deficit
disorder
(hyperactivi
ty)

Developme
ntal
coordination
disorder

Nonverbal
learning
disability

High
potential
(intellectua
lly gifted)

Asperger
(autism
spectrum)

Manifestations au début de l'élémentaire

ATOUTS

Vocabulaire, élocution, fluidité verbale et compréhension orale dans la norme.

Apprentissage de la lecture rapide. Bonne segmentation phonologique et correspondance phonème-graphème

Très bonne mémoire verbale pour l'apprentissage « par cœur »

Graphisme dans activités routinières s'améliore vite.

DEFICITS

Particularités dans la prosodie, le volume et de rythme

Traitement essentiellement phonologique du langage écrit. Difficultés d'accès au sens des phrases

Difficultés de graphisme perdurent dans le dessins, les formes plus complexes.

Difficultés en mathématiques

Distraktion et impulsivité

Difficultés à s'adapter aux changements

Manifestations en fin de l'élémentaire, collège et lycée

ATOUTS

Grande vitesse de lecture (Hyperlexie)

Perception ou reproduction de formes simples ou geste de manipulation élémentaires de qualité.

Très bonne mémoire verbale pour l'apprentissage « par cœur »

En mathématiques, facilités pour l'apprentissage des théorèmes, des démonstrations

DEFICITS

Difficultés de compréhension de texte. Récit manque en clarté malgré un vocabulaire riche. Focalisation sur certains détails.

Faible mémoire visuelle

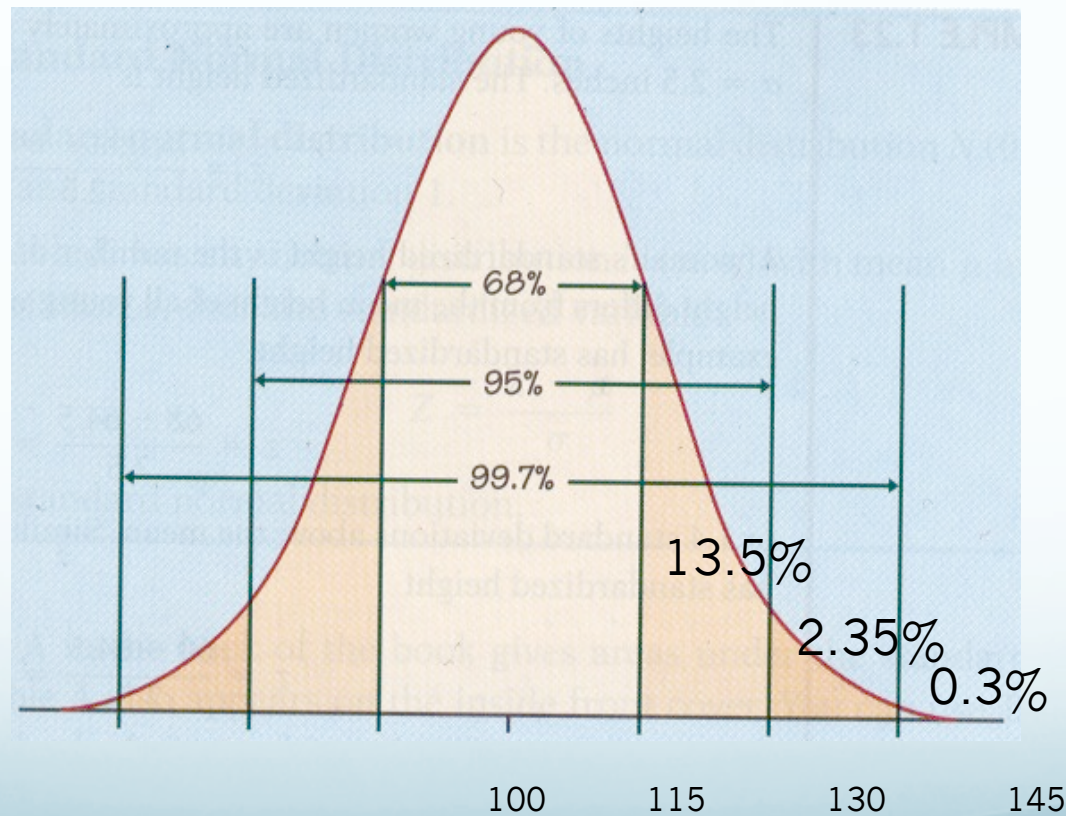
Difficultés perception tactile et visuo-tactile

Difficultés visuo-spatiale dans la perception et la construction de formes complexes

Difficultés de perception et de repérage dans le temps

Difficultés en mathématiques (dyscalculie spatiale). Niveau de CM2 au max.

Distribution "normale"



Precocité : théorique < à 2%/ observé : $21/209 = >10\%$

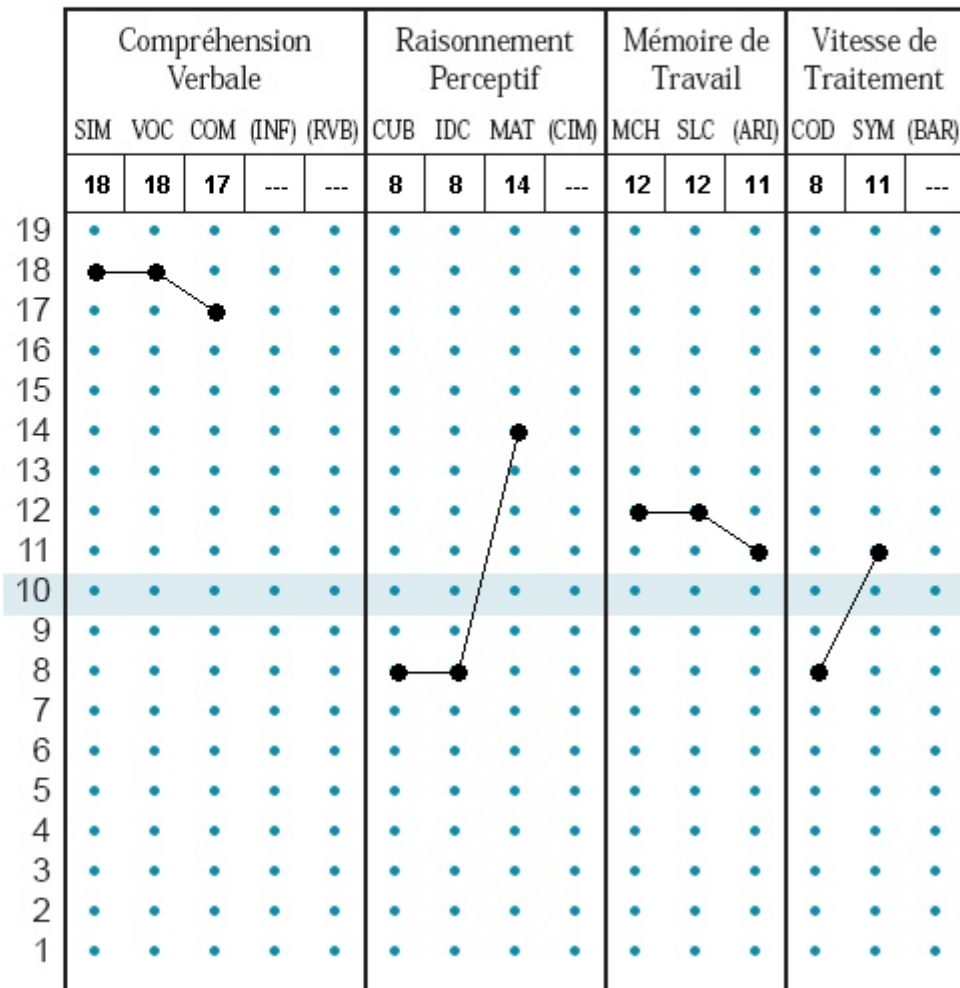
Caractéristiques des HP avec troubles (spécifiques) d'apprentissage

À propos de 20 enfants et adolescents HP reçus dans un centre de référence des troubles d'apprentissage

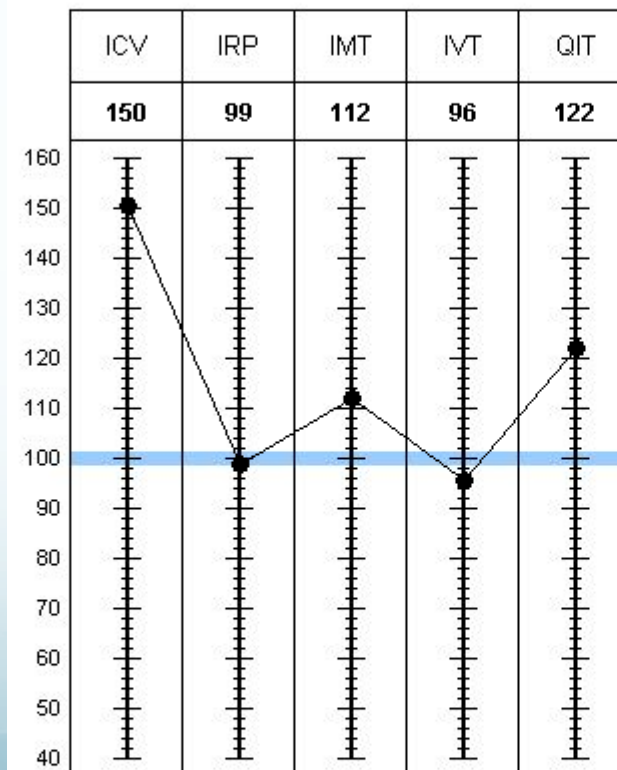
Lolita : 6 ans 11 mois. CE1.aucun retard ni moteur ni langage ni écriture.
Lecture acquise après un mois de CP. S'ennuie en classe, turbulente.

Difficultés en mathématiques.

Profil des notes standard

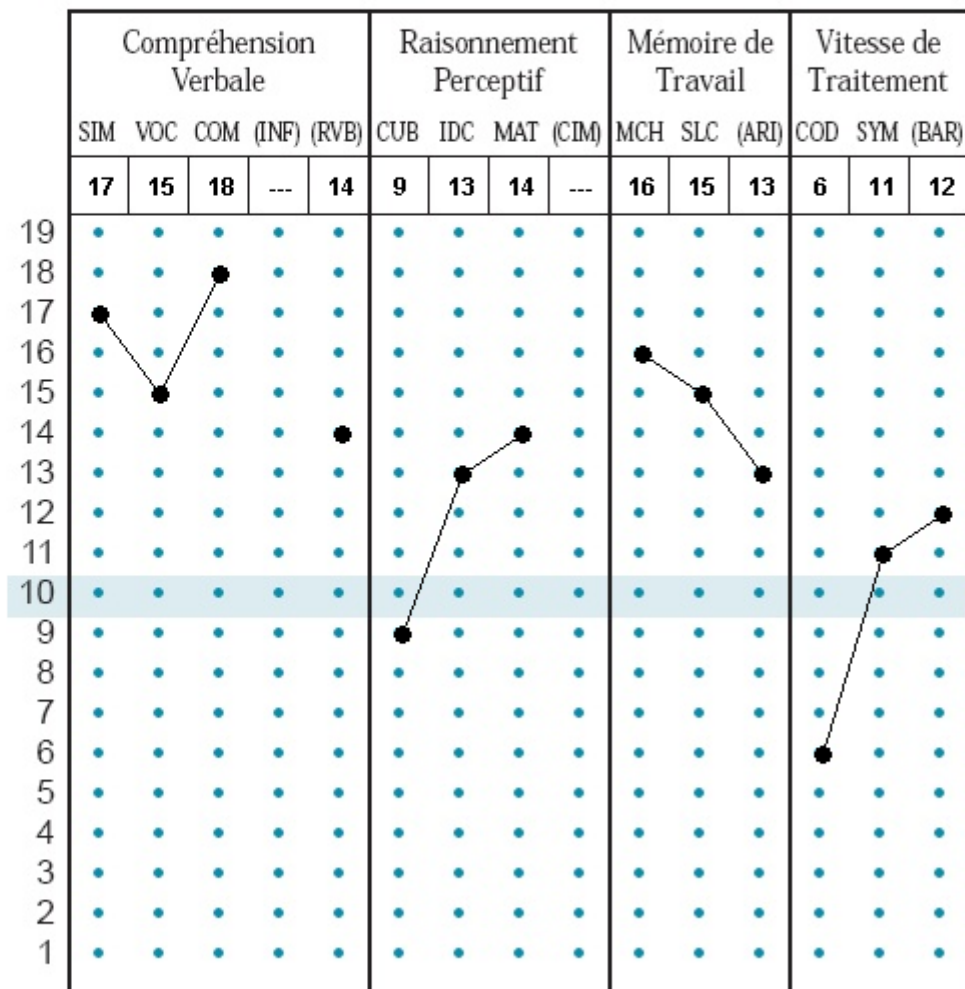


Profil des notes composites

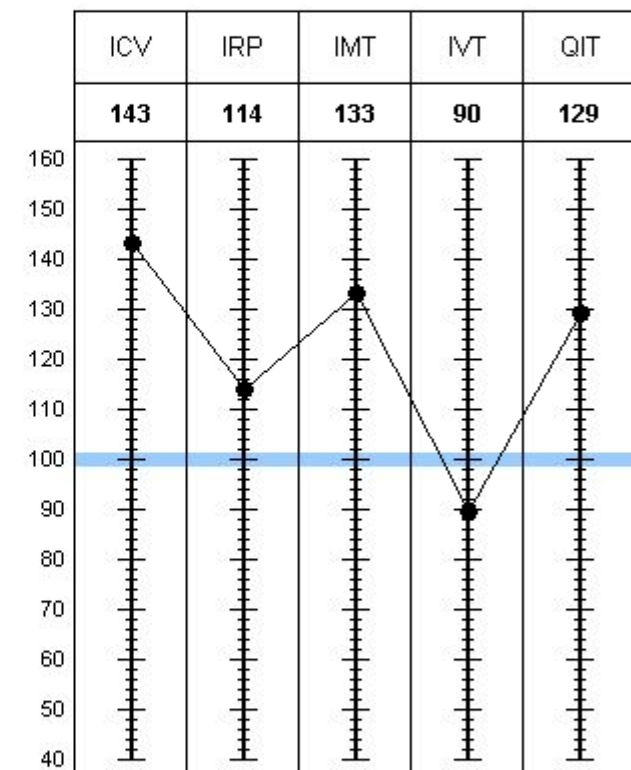


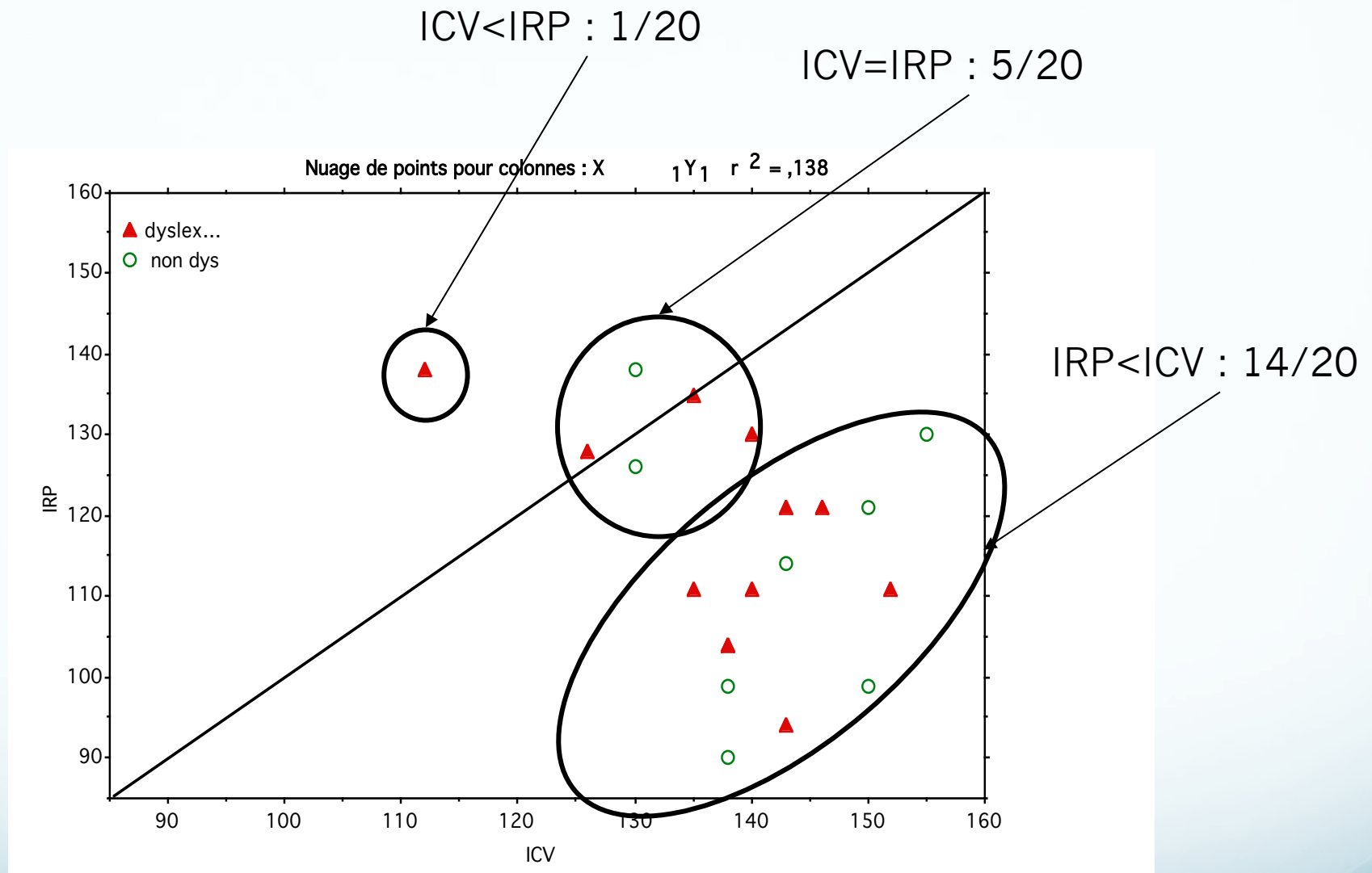
Leny (frère de Lolita) : 10 ans 4 mois. Aucun retard ni de motricité ni de parole mais ne sait pas encore faire ses lacets. Tenue du crayon non acquise. Dysgraphie. Refus de passage à l'écrit. Aucun respect des règles. Comportement à risque et troubles des conduites. Conners : 22/30

Profil des notes standard

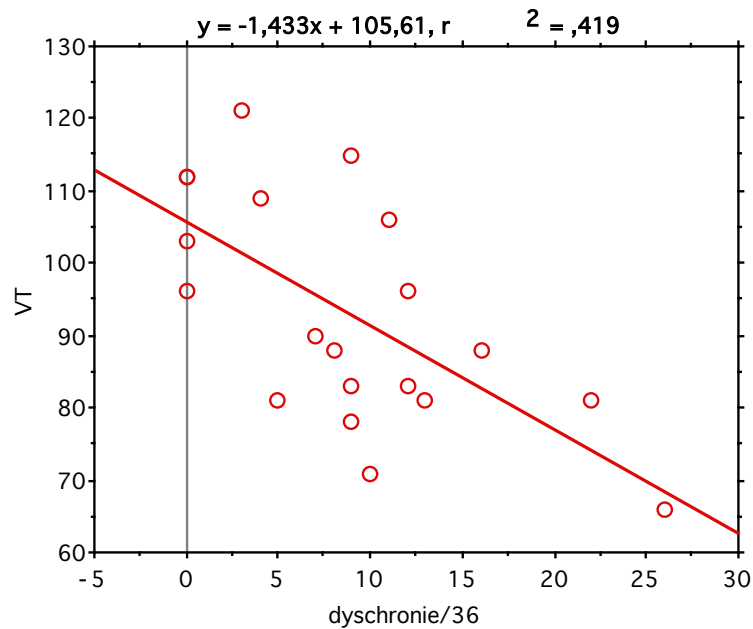


Profil des notes composites





profil cognitif de 20 enfants à fort potentiel intellectuel en difficulté scolaire (dont 12 en difficulté de lecture)

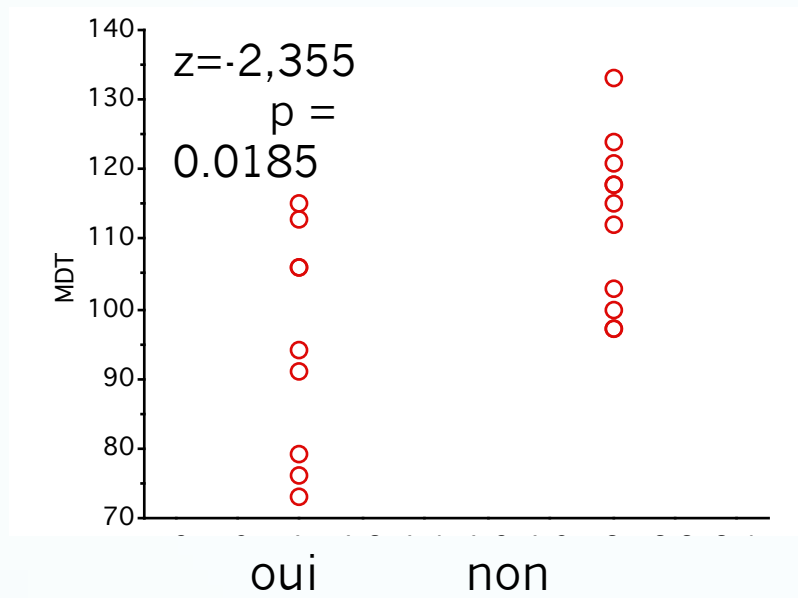


corrélation dyschronie / IVT

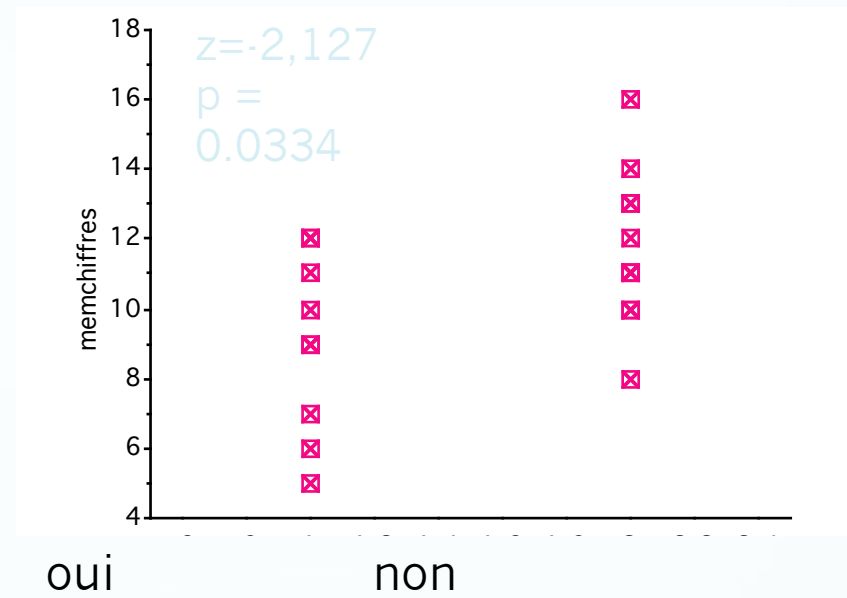
$r=0.647$
 $p=0.002$

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
1- Il (Elle) se souvient difficilement des jours / mois / année que nous sommes.					
2- Il (Elle) confond les moments de la journée matin / après-midi / soirée.					
3- Un événement qui est survenu le matin, il (elle) peut le placer la veille.					
4- Pour un événement qui est survenu il y a quelques jours, il (elle) peut dire : "il y a très longtemps".					
5- Il lui est difficile de comprendre les relations existantes entre les membres de la famille : grands-parents, tantes, neveux, beau-frère.					
6- Il (Elle) a du mal à comprendre les notions de hier, demain ou après-demain.					
7- Il (Elle) a des difficultés à lier l'heure sur un cadran.					
8- Il (Elle) se trompe lorsque il (elle) doit évaluer la durée d'un film, la durée d'une activité, voire même la durée d'une nuit de sommeil.					
9- Vous avez besoin de lui donner des indices pour qu'il (elle) se repère dans une semaine (lundi : école ; mercredi : activités extra-scolaires ; dimanche : repos ...).					

MDT



mem chiffres



problèmes de lecture au CP

Neuropédagogie : Quelques règles d'or pour l'enseignant

- Règle n°1 : il n'y a pas de solution valable pour tous les enfants : chaque problème doit être examiné comme un cas unique
- Règle n°2 : le système cognitif n'est pas un tout homogène : c'est un ensemble de fonctions distinctes qu'il faut analyser séparément : WISC-IV+++
- Règle n°3 : les « multi-dys », et le type de handicap dont ils souffrent, sont une problématique complexe nécessitant un travail multidisciplinaire: l'enseignant seul ne peut rien, (comme le soignant seul ne peut rien non plus)



MATHIEU

- 9 ans
- Scolarisé en CLIS 1 CE1
- Adressé par l'orthophoniste

CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL

- Mère sans profession, niveau d'étude CAP, difficultés graphisme, orthographe, calcul
- Père : biologique non connu, élevé par beau-père
- Parents séparés
- Enfant unique
- Grand-mère très présente

ATCD personnel

- **Grossesse et accouchement normal**
- **Otites à répétition**
- **Marche 13 mois, nage 5 ans, vélos 6 ans**
- **Pas de jeux de construction, pas de puzzle, lacets
+**
- **Pas de retard de langage**

BILANS NEUROSENSORIELS

- **Suivi en ophtalmo, lunette prisme**
- **Orthoptiste : Déséquilibre binoculaire, trouble de la localisation visuelle, coordination déficitaire → rééducation**
- **Suivi ORL**

SCOLARITE : MATERNELLE

- **MS :**
 - problème de motricité fine et globale
 - Difficultés de concentration
- **GS : bilan par psychologue scolaire : WPPSI**
 - QIV 98
 - QIP 63
 - QVT 49
 - Bilan non fourni

SCOLARITE : PRIMAIRE

- CP difficile (2010/11), ne rentre pas dans les apprentissages
- Redoublement CP avec AVS (2011/12)
- Passage en CLIS 1 en Avril 212
- CE1 CLIS 1 :
 - Bon niveau langage oral
 - Niveau lecture CP/début CE1
 - Difficultés sévères dans le passage à l'écrit
 - Difficultés en maths
 - Difficultés d'attention

COMPORTEMENT

- Aime l'école pour jouer avec les copains
- N'aime pas l'école pour les maths, le français et l'anglais
- Sociabilité : peu fidèle, problème de comportement, agressivité
- Activités : tir à l'arc, jeux vidéo, poupée Monster High
- Lettre enseignant : retard lecture < écriture, pbm attentionnel, difficultés accepter les règles et autorité

ORTHOPHONIE

- **Fév. 2010 (GS) : niveau lexicale faible, compréhension lexicale pathologique, attention fragile, impulsivité**
- **Mars 2012 (CP+AVS) : difficultés importantes en lecture, régression en phonologie, compréhension et expression morphosyntaxique, difficultés attentionnelles et psychoaffectives**
- **Avril 2013 : retard de parole, difficultés lecture, compréhension et expression, problème d'attention, impulsivité et manque d'inhibition**

PSYCHOMOTRICITE

- **2009 : difficultés en motricité globale et habilités manuelles. Trouble visuo-spatial et constructif**
- **2011 : difficultés praxiques importantes, difficultés comportementales. Déficit visuo-spatial et constructif**
- **2013 : copie figure de REY 4/19, cubes 5/19, grande difficultés en graphisme, difficultés visuo-spatiales massives. Déficit attentionnel+++, impulsivité**

CMPP 2010

- **Directeur demande arrêt de l'orthophonie devant anxiété majeure**
- **Suivi psychologique indispensable**

BILAN COGNITIF 1

2011 Psy scolaire

- **ICV 90 (SIM 10 VOC 7, COMP 8 RVB 9)**
- **IRP 65 (CUB 4 ICO 4 MAT 5 CPTIM 4)**
- **IMT 88 (MCH 7 SLC 9 ARI 6)**
- **IVT 78 (COD 1 SYM 7 BAR 10)**
- **Problème de concentration**

BILAN COGNITIF 2

CPA 2013 (CLIS 1)

- **ICV 96 (SIM 10 VOC 8, COMP 10)**
- **IRP 63 (CUB 1 ICO 8 MAT 4 CPTIM 6)**
- **IMT 73 (MCH 7 SLC 4)**
- **IVT 69 (COD 1 SYM 7)**

BILAN COGNITIF 2

TEATCH

- Fragilité attention visuelle sélective : 25^{ème} p
- Attention auditive 1^{er} p, auditive partagée 5^{ème} p
- Persévération
- Fonction exécutive déficitaire
- Capacité d'inhibition déficitaire

BILAN COGNITIF 2

CONNERS

- Apprentissages 98^{ème} p
- Facteur hyperactivité 87^{ème}
- Impulsivité/hyperactivité 81^{ème}
- Troubles des conduites 76^{ème}

R-CMAS

- Préoccupation sociale 97^{ème}
- Inquiétude/hyperactivité 95^{ème}
- Anxiété 77^{ème}

Au total

- Difficultés scolaires majeures
- Capacités cognitives normales mais faibles, CLIS1?
- TAC/dyspraxie
- TDAH
- Trouble anxieux
- Contexte socio-familial défavorisé

Et après...

- Refaire bilan audio
- Poursuivre remédiation
 - Orthophonique
 - Psychomotricité → ergothérapie
 - psychiatrique
- Envisager méthylphénidate
 - Avis psychiatre
 - Bilan « pré thérapeutique »
- MDPH,
 - Psychomotricité
 - CLIS Dys

Les problèmes du « K » Mathieu

- comorbidité
- Echec scolaire : Clis DI /Clis dys
- Influence du contexte socio familial
- Ressources cognitives



Les problèmes du « K » Mathieu

- Le côté obscur du CMPP...



- TDAH
 - quand et comment envisager une prise en charge médicamenteuse?
 - La part du psycho-affectif et des troubles anxieux

