

Association MOD 4, 5, 6

Repérage des troubles des apprentissages et troubles psychoaffectifs des enfants de 4 à 6 ans :



Résultats et perspectives d'un examen standardisé aux âges clés de 4, 5 et 6 ans au cabinet du médecin chez les **médecins généralistes** et les **pédiatres**

DOSSIER DE PRESSE
Janvier 2012

Contenu de la mallette initiale d'outils de repérage des troubles des apprentissages développée par MOD 4, 5, 6

Contact presse :

Sylvie Courboulay, URPS médecins IDF - 01 40 64 56 91 / 06 86 80 88 56 – sylvie.courboulay@urps-med-idf.org



Repérage des troubles des apprentissages et troubles psychoaffectifs des enfants de 4 à 6 ans : Résultats et perspectives d'un examen standardisé aux âges clés de 4, 5 et 6 ans au cabinet du médecin chez les médecins généralistes et les pédiatres

Conférence de presse du jeudi 12 janvier 2012

Intervenants :

✓ **Dr Bruno Silberman**

Président de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins Ile-de-France

✓ **Dr Dominique Girardon**

Présidente MOD 4, 5, 6 et élue URPS médecins Ile-de-France (médecin généraliste)

✓ **Dr Pierre Popowski**

Trésorier MOD 4, 5, 6 et élu de l'URPS médecins Ile-de-France (pédiatre)

✓ **Dr Jean-Paul Blanc**

Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) (pédiatre)

✓ **Dr Jean Stagnara**

Vice-président de l'URPS médecins Rhône Alpes (pédiatre)

✓ **Dr Régis Mouries**

Coordonnateur de la commission Prévention santé publique de l'URPS médecins IDF (médecin généraliste)

Partenaires de l'expérimentation :



Sommaire

Sommaire	2
Préambule	3
Contexte	3
Objectifs	5
Résultats	7
Conclusion	10
Annexes	11
1. Annexe 1 :	
Composition du comité de pilotage de MOD 4, 5, 6 et groupe d'experts	12
2. Annexe 2 :	
Définitions	13
3. Annexe 3 :	
- Protocole général des consultations à 4, 5 et 6 ans	14
- Questionnaires parents et médecins pour les enfants de 5 ans	41
4. Annexe 4 :	
Remerciements	48

Préambule

Les troubles des apprentissages sont définis comme « *un ensemble hétérogène de troubles causés par une dysfonction, détectée ou non, du système nerveux central mais n'ayant pas pour origine un handicap visuel, auditif ou moteur, une arriération mentale, un trouble affectif ou un milieu défavorisé* » (National Joint Committee of learning disabilities, États-Unis). Chez l'enfant, les troubles des apprentissages selon le DSM-IV concernent les troubles d'apprentissage scolaires : les troubles du langage oral et écrit, les troubles du calcul, les troubles associés (déficits de l'attention avec ou sans hyperactivité, troubles de la coordination, troubles psychomoteurs spécifiques, enfants surdoués).

La reconnaissance sur le plan national des troubles spécifiques du langage écrit et oral est intervenue suite au rapport ministériel produit par Jean Charles Ringuar en février 2000. Ce rapport, suivi d'un plan d'action a permis de préparer la [circulaire du 31 janvier 2002](#) relative au "plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit" puis a engendré l'introduction d'un volet de dépistages de ces troubles dans la loi réformant la protection de l'enfance de 2007.

Parallèlement, les prises en charges libérales se sont développées, ainsi que l'amélioration du repérage et du diagnostic conjuguant les efforts des professionnels libéraux et salariés. Une réflexion sur le parcours de soins des enfants atteints de ces troubles spécifiques est actuellement menée au sein de la commission de la naissance.

Pour renforcer le repérage des troubles des apprentissages, l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) a impulsé l'idée de consultations standardisées de repérage au cabinet médical. Pour tester la faisabilité de ces consultations, une étude a été menée par l'association MOD 4, 5, 6 avec le soutien des URML Ile-de-France et Rhône Alpes.

Le financement de ce projet a été assuré par les Missions régionales de santé d'Ile-de-France et de Rhône Alpes ainsi que par les Unions Régionales des Médecins Libéraux de ces deux régions. Les Unions régionales ont fourni les moyens logistiques nécessaires à la mise en place de notre étude.

Contexte

L'échec scolaire concerne 16 à 24 % des élèves européens, selon une étude de l'European Association for Special Education de 1999. Source de difficulté d'intégration sociale, il sera d'autant moins important que le trouble sera dépisté tôt et donc pris en charge précocément.

La lutte contre l'échec scolaire est donc un enjeu majeur de santé publique par les coûts sociaux et financiers induits.

En France, 4 à 10 % des enfants d'intelligence normale présentent des troubles développementaux des apprentissages tels que la dyslexie, la dyspraxie, la dyscalculie et sont en situation d'échec scolaire.

En septembre 2005, la Haute Autorité de santé a publié des « *Recommandations pour la pratique clinique : propositions de dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires* ». Cependant, le constat est clair comme l'établit le rapport du Pr Danielle Sommelet en 2006¹ : le taux de couverture de ces bilans de santé est très variable sur le territoire et ne tend pas vers l'exhaustivité (le bilan de santé

¹ Pr Danielle Sommelet, Rapport *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé* - 2006

effectué au cours de la 6ème année devrait couvrir 80 % des élèves mais les données transmises par les académies sont hétérogènes). Les diagnostics et prises en charges restent bien souvent trop tardifs.

Dans la même ligne, la loi réformant la protection de l'enfance de 2007 rappelle l'importance d'un taux de couverture exhaustif et impose que l'on intègre le dépistage des troubles des apprentissages dans les bilans de santé des enfants de 3-4 ans et de 6 ans confiés aux Conseils généraux et à l'Éducation nationale sans que l'on constate à ce jour, une amélioration sensible de ce taux. Si dans un premier temps, le taux de couverture a été proche de l'exhaustivité, de nouvelles missions supplémentaires demandées aux personnels l'ont rapidement fait baisser.

C'est donc en renforçant et en formalisant encore davantage l'implication **des médecins généralistes et des pédiatres libéraux au sein du dispositif de repérage et de prise en charge que l'on peut espérer améliorer le taux de couverture et la précocité de ce repérage à des âges clés.**

Un premier travail de définition du contenu de consultations standardisées à certains âges clés a débuté en 2006. Réalisé en Bretagne par l'Institut de la mère et de l'enfant de Rennes et l'URML Bretagne à l'aide d'un financement FAQSV, il s'agissait de mettre en place des consultations dédiées aux enfants de 9 mois, 24 mois et 36 mois. Une mallette avec des outils de dépistage a ainsi été réalisée à cet effet ainsi qu'un guide méthodologique et des fiches de recueil.

Dans la continuité de cette réflexion, l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA), dont plusieurs membres faisaient déjà partie du groupe de travail précédent, a souhaité promouvoir la même recherche méthodologique aux âges clés de 4, 5 et 6 ans.

Ainsi, en 2008, **l'AFPA s'associe aux URML Ile-de-France et Rhône-Alpes pour créer l'association MOD 4, 5, 6** chargée de piloter le projet de **standardisation des consultations aux âges clés de 4, 5 et 6 ans. Ces consultations intègrent le repérage des troubles du développement et des apprentissages et sont conçues pour s'adapter à la pratique libérale** : elles s'appuient sur une **mallette d'outils** de repérage spécialement créée, comportant des **questionnaires** parents et médecins et des **tests validés** par un comité d'experts pour pratiquer ces repérages (tests sensoriels, langage oral et écrit, praxies...)

L'expérimentation en cabinet est cofinancée par les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) via le fonds FIQCS et les Unions régionales des médecins libéraux (URML) d'Ile-de-France et de Rhône-Alpes.

Objectifs

La finalité du projet MOD 4, 5, 6 est de mettre à disposition de tous les médecins généralistes et pédiatres, libéraux et salariés, des protocoles d'examen et des outils afin de faciliter le repérage précoce de différents handicaps de la petite enfance.

Objectifs de l'étude

- Tester la faisabilité de bilans standardisés à 4, 5 et 6 ans au cabinet du médecin libéral portant sur le repérage des troubles d'apprentissage, sensoriels et psychoaffectifs pour une prise en charge précoce.
- Tester l'usage de la mallette en cabinet et tester le niveau d'acceptabilité de la méthode par le médecin et par le patient.

↪ Objectif opérationnel

Mettre en place un protocole de consultation dédiée aux enfants de 4, 5 et 6 ans, prodiguée en cabinet par les médecins généralistes et pédiatres.

Méthode

L'association MOD 4, 5, 6 a mis en place un comité de pilotage composé de médecins libéraux (généralistes et pédiatres libéraux), de médecins de l'Education nationale, de médecins de PMI et de représentants de réseaux de soins (cf. annexe). Il s'est chargé de :

- l'élaboration des protocoles d'examens ;
- du choix d'outils validés ;
- de la conduite de l'étude de faisabilité.

Pour la phase préparatoire du projet (élaboration du contenu des consultations et des outils), ce comité de pilotage s'est appuyé sur des groupes de travail d'experts dans différents domaines : généralistes, pédiatres, neuropédiatres, pédopsychiatres, médecins de l'Education nationale, médecins de PMI, ophtalmologues, neuropsychologues, orthoptistes (cf. annexe).

La méthodologie retenue prévoyait que l'expérimentation se déroule de la façon suivante :

1. La phase préparatoire

Un groupe d'experts a été constitué afin d'élaborer le **protocole de la consultation** et de proposer le contenu de la **mallette** d'outils de dépistage.

→ Le protocole de la consultation :

Il comprend pour chaque tranche d'âge:

- un questionnaire destiné aux parents, à remplir avant la consultation ;
- un questionnaire d'examen pour le médecin.

Questionnaire parental	Examen médical : questionnaire médecins
Conditions de vie	Reprise du questionnaire parent par le médecin
Alimentation	Audition
Sommeil	Vision
CTRL sphinctériens	Langage oral et écrit
Autonomie, habileté	Graphisme
Comportement	Praxies, motricité bucco faciales
Vie affective,	Examen neuromoteur
vie relationnelle	Examen clinique général

→ Une mallette d'outils validés par le groupe d'experts :



2. L'étude de faisabilité

Elle a porté sur un panel de médecins recrutés et volontaires. Cette étape se divisait en trois phases :

- **Une phase de recrutement et de formation des médecins expérimentateurs** : 30 médecins généralistes et 30 pédiatres devaient participer à l'étude de faisabilité. Les médecins expérimentateurs devaient être répartis entre 4 départements d'Île-de-France (les Yvelines, l'Essonne, les Hauts-de-Seine et le Val d'Oise) et la Région Rhône Alpes dans son ensemble.
- **Une phase d'utilisation de la mallette d'outils en consultation par ces médecins** : les expérimentateurs devaient inclure 180 enfants de 4 ans, 180 enfants de fin de grande section de maternelle, et 180 enfants de fin de CP (soit au total 540 enfants) et tester avec eux l'usage de cette mallette.
- **Une phase d'évaluation de l'expérimentation** : analyse des données remontées par les médecins et enquête de satisfaction des médecins et des familles.

Résultats

La phase d'expérimentation en cabinet s'est déroulée entre mai et décembre 2009.

Soixante médecins généralistes et pédiatres libéraux d'Ile-de-France et de Rhône-Alpes devaient inclure au total 540 enfants : un tiers de 4 ans, un tiers de grande section (GS) de maternelle, et un tiers de fin de cours préparatoire (CP).

Les médecins expérimentateurs ont suivi une **formation spécifique** et reçu le protocole de consultation accompagné de la mallette d'outils de dépistage validés. Ils devaient également répondre à des questionnaires d'opinion et d'évaluation.

Chaque consultation était rémunérée 55 euros au médecin.

À l'issue de l'expérimentation, **420 consultations** ont été réalisées par 52 médecins sur les 60 volontaires (soit 86,6% des médecins volontaires) :

- 147 consultations avec un enfant de 4 ans.
- 140 consultations avec un enfant en fin de GS.
- 133 consultations avec un enfant en fin de CP.

➔ Une ou plusieurs anomalies ont été repérées pour la première fois au cours d'une consultation sur deux (52%).

La consultation était l'occasion de repérer chez les enfants d'éventuels problèmes de santé et surtout de favoriser une prise en charge précoce et optimisée de ces problèmes. Les anomalies pouvant conduire à des troubles de l'apprentissage les plus fréquemment repérées par les médecins ont été :

- les problèmes de vue (21%),
- les troubles de l'audition (10%),
- les troubles du langage oral (8%).

	Taux attendus	Taux relevés dans le cadre de l'étude
% troubles du langage oral dépistés	8 à 17% ¹	8 %
% troubles du langage écrit dépistés	4 à 5 % ²	4 %
% troubles de la vision dépistés	10 à 14 % ³ / 25 % ⁴ / 13% ⁵ / 22% ⁶	21%
% troubles de l'audition dépistés	11% ¹	10%
% troubles psychoaffectifs dépistés	12 % ⁷	5 %

1 Petit-Carrié S, Salamon M, Tison M, Poisot C, Bouzigon E, Stessin C. Les bilans de santé des enfants de 3-4 ans : résultats des dépistages réalisés en 1999 par les médecins du service de protection maternelle et infantile de Gironde. Arch Pédiatr 2001;8(6):588-97.

2 RINGARD J.-C. *A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique*. Rapport à Mme la ministre déléguée à l'Enseignement scolaire, 2000, 89p.

3 INSERM. Déficiences visuelles : dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. Expertise collective. Paris 2002.

4 Guignon N, Niel X. Les disparités régionales de l'état de santé des enfants de 5-6 ans. BEH, n° 39/2003.

5 Guignon N. La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. DREES Etudes et résultats n°155 janvier 2002.

6 Dépistage des troubles visuels et accès aux soins en grande section de maternelle ou en cours préparatoire : expérience du Service de santé scolaire de l'Oise. INSERM. Déficiences visuelles : dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. Expertise collective. Paris 2002.

7 Troubles mentaux Prévention chez l'enfant et l'adolescent, expertise collective INSERM 2001.

Les médecins, pour 78 % d'entre eux, ont indiqué que la démarche MOD 4, 5, 6 leur avait permis de relever des troubles qu'ils n'auraient pas repérés sans cela.

Les suites données ont été de différents types :

- Orientation vers une consultation spécialisée : 168 enfants (40%).
- Prescription d'un examen complémentaire : 12 enfants (3%).
- Nouveau rendez-vous donné à court ou moyen terme : 164 enfants (40%).

Deux jeunes patients sur cinq (163) vus pendant ces consultations ont été orientés vers une consultation spécialisée. Logiquement, il s'agissait en majorité d'orientation vers un ophtalmologiste (20%) puisque la majeure partie des troubles dépistés concernaient la vue.

Globalement, très peu d'examens complémentaires (12) ont été demandés, aucun à l'issue des consultations prévention d'enfants de 4 ans.

164 enfants (40%) avaient, pour le médecin, besoin d'être revus dans un futur plus ou moins proche. Ce délai est en moyenne de 7 semaines mais s'avère très variable : les motifs justifiant ce besoin étaient le plus souvent liés à des troubles de l'audition et de la vue.

➔ **En pratique, MOD 4, 5, 6 a développé un nouvel outil adapté à la démarche de repérage sous réserve de quelques aménagements.**

Parmi les médecins volontaires, 96% ont jugés faisable et informative ce type de consultation.

La mallette a été globalement jugée adaptée (84%) mais 18% des médecins ont rencontré des difficultés avec certains tests de repérage.

Les consultations de prévention ont duré en moyenne **54,47 minutes**, avec un minimum de 23 minutes et un maximum de 2 h 25. La majorité des consultations ont duré entre 45 et 74 minutes. En conséquence, 67% des médecins ont eu des **difficultés pour intégrer la consultation dans leur planning.**

L'étape d'orientation en cas de repérage a posé problème à un médecin sur trois (33%) essentiellement par méconnaissance des rouages relationnels avec les confrères et la médecine scolaire.

➔ **Une adhésion forte et une satisfaction importante tant du côté des familles que du côté des médecins libéraux**

La consultation de repérage a été très bien accueillie tant par les médecins que par les familles et semble créer un temps de communication particulier.

Les parents ont perçu la consultation comme intéressante (90%), et l'enfant comme « amusante » (81%). Cette consultation paraît également comme un **moment privilégié** d'échange avec le médecin.

Les taux de satisfaction sont élevés : 86% du côté des médecins et 96% du côté des familles.

Médecins et familles attendent la généralisation de la démarche et sa systématisation à certains âges clés (respectivement 96% et 86%).

Les médecins expérimentateurs ont précisé les conditions qu'ils jugent nécessaires pour une telle généralisation :

- Une rémunération adaptée (65%) ;
- Un allègement de la démarche (49%) ;
- Une formation (37%).

La quasi-totalité (98%) des médecins ont indiqué qu'ils continueront à utiliser la mallette.

➡ MOD 4, 5, 6 met à disposition un outil remanié, adapté à la pratique de ville

A la lumière des résultats et enseignements de cette expérimentation, les experts et le comité de pilotage de MOD 4, 5, 6 ont remanié les questionnaires et le contenu des consultations en supprimant certains tests et en scindant en deux temps les consultations dédiées aux enfants en fin de GS et en fin de CP.

Au final, la mallette proposée par MOD 4, 5, 6 contient :

- 15 cubes de même couleur 3 cm
- 8 bâtonnets en bois de taille variable : le plus grand mesurant 10 cm et diminuant de 5mm en 5 mm
- 15 jetons 3 cm de diamètre
- AUDIO 4
- Lunettes dépistage réversible : 1 verre opaque & 1 espace vide
- Lunettes dépistage réversible : 1 verre opaque & 1 verre +1,5 dioptrie
- Enfant relief Tropicque
- Echelle optométrique murale ELLA (lettres)
- ERTL 4
- ERTLA 6 (non obligatoire)
- Test de lecture "Le lapin sauvage" fin de CP
- Test de conscience phonologique (fin de GS)
- Test de conscience phonémique (fin de CP)
- Test de graphisme 4 ans
- Test de graphisme fin de GS
- Test de graphisme fin de CP
- Test d'écriture fin de CP
- Questionnaires parents (4 ans, fin de GS et fin de CP)
- Questionnaires d'examen (4 ans, fin de GS et fin de CP)
- Protocole

Le protocole des consultations est présenté en annexe.

En conclusion

L'étude MOD 4, 5, 6 a permis d'effectuer un important travail de conceptualisation des outils de repérage et a ainsi développé un **nouvel outil adapté à la fois à la démarche de repérage et à la pratique clinique de ville**. De plus, la démarche de MOD 4, 5, 6 a influencé la pratique, tant du point de vue des médecins que de celui des familles, en enrichissant le contenu de la consultation et en améliorant la qualité relationnelle avec les enfants et leurs parents.

MOD 4, 5, 6 soutient trois propositions qui constituent des conditions de réussite à la diffusion de ces consultations clés à l'ensemble des généralistes et pédiatres, et sa pérennisation :

- Une démarche de **formation** est indispensable :
 - elle doit être construite, validée, suivie et proposer plusieurs niveaux ;
 - elle permet aux médecins de s'approprier les outils spécifiques de ces consultations.
- **Les conditions d'exercice** des médecins doivent être revues pour leur permettre de dédier du temps de consultation. Une **rémunération spécifique** doit être décidée pour **valoriser à juste niveau ces consultations de repérage**.
Dans ce sens, MOD 4, 5, 6 propose un **forfait santé publique de consultations à des âges clés** : il inclurait **la consultation spécialisée** (ou les 2 consultations si le praticien estime préférable de scinder la consultation en 2 temps), **l'analyse des tests ainsi que le temps de coordination nécessaire pour amorcer la prise en charge de l'enfant lorsqu'elle s'avère nécessaire**.
- La **liaison avec les médecins de PMI, de l'Education nationale et de la santé scolaire** doit être organisée pour éviter les doublons.

Véritable succès, tant par les outils développés que par ses résultats positifs, l'expérimentation MOD 4, 5, 6 constitue également un excellent modèle de collaboration entre les professionnels du secteur public et ceux du secteur libéral dans le cadre de la prévention et du dépistage. Les URPS médecins d'Ile-de-France, de Rhône-Alpes et l'AFPA, via l'association MOD 4, 5, 6, vont à présent contacter les Agences régionales de santé et du ministère de la Santé pour envisager la mise en place, sur tout ou partie du territoire, de ces consultations de repérage des troubles des apprentissages et psychoaffectifs.

Annexe 1 :	
Composition du comité de pilotage de MOD 4, 5, 6 et groupe d'experts	p 12
Annexe 2 :	
Définitions	p 13
Annexe 3 :	
Protocole général des consultations à 4, 5 et 6 ans	p 14
Questionnaires parents et médecins pour les enfants de 5 ans	p 41
Annexe 4 :	
Remerciements	p 48

Annexe 1

Composition du comité de pilotage de MOD 4, 5, 6 :

- Dr Dominique Girardon, Dr Pierre Popowski et Dr Régis Mouries, URML Ile-de-France.
- Dr Jean Stagnara, Dr Marcelle Rêche et Dr Jean Pierre Enrionne–Thorrard, URML Rhône Alpes.
- Dr Jean-Paul Blanc, Dr Anne Piollet, Dr Jacques Langue, Dr Nathalie Gelbert, AFPA.
- Dr Monique Jacquier Roux, Médecin de santé publique et médecin de l'Education Nationale.
- Des représentants des médecins scolaires et de PMI des départements concernés en Ile-de-France et Rhône Alpes.
- Des représentants des réseaux de Rhône-Alpes potentiellement concernés : ANAIS, DYS 42, Dys sur dix, PREO, REPOP, GL.

Composition du groupe d'experts :

- Des représentants de l'AFPA (pédiatres de ville) impliqués dans le Groupe National « difficultés scolaires » : Dr Jean Paul Blanc, Dr Jacques Langue, Dr Anne Piollet, Dr Nathalie Gelbert, Dr Gérard Beley.
- Dr Hélène Masset, ophtalmologue.
- Pr. Vincent Des Portes, neuropédiatre, Hôpital femme Mère Enfant Lyon.
- Dr Françoise Bazin-Jacquemin, ORL phoniatre à Lyon.
- Dr Maurice Teyssonnière, médecin généraliste.
- Pr. Pierre Fournieret pédopsychiatre, hôpital femme Mère Enfant Lyon.
- Monsieur Vital Durand spécialiste du dépistage des troubles visuels, docteur en neuro sciences chercheur à l'INSERM.
- Madame Charlotte Seguin, neuropsychologue libérale et à l'Hôpital de Villefranche sur Saône.
- Représentants de la PMI : Dr Odile Goens, Dr Ratiba Hamel.
- Représentants de la médecine scolaire : Dr Monique Jacquier Roux, médecin conseiller technique de l'EN responsable du service de santé scolaire de la Loire (co auteur de BSEDS et ODEDYS outil de dépistage des dyslexies) et Dr D. Barrier Médecin scolaire, ville de Lyon, Dr Claudette Martin Jourden, médecin scolaire conseiller technique au rectorat de Versailles.
- Représentants des URML Ile-de-France et Rhône Alpes : Dr Dominique Girardon médecin généraliste Ile-de-France, Dr Jean Stagnara pédiatre Rhône Alpes, Dr Marcelle Rêche médecin généraliste Rhône Alpes.

Définitions

CONSCIENCE PHONOLOGIQUE :

Capacité d'analyse de la structure segmentale de la parole permettant la prise de conscience de l'existence des phonèmes et de leur enchaînement dans la chaîne parlée.

DYSLEXIE / DYSORTHOGRAPHIE :

Troubles spécifiques d'apprentissage de, respectivement, la lecture et l'orthographe.

DYSPHASIE :

Trouble développemental se manifestant par une structuration déviante, lente et disharmonieuse de la parole et du langage oral.

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.

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 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.

Sources :

- Guide pratique : Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. Mars 2007 - Société Française de Pédiatrie
- Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de 5 ans. Avril 2009 - Société Française de Pédiatrie

PROTOCOLE DE PASSATION DES EXAMENS SYSTEMATIQUES CHEZ L'ENFANT DE 4, 5 et 6 ANS

INTRODUCTION	15
CONDITIONS GENERALES DE L'EXAMEN	16
L'EXAMEN DE 4 ANS	17
L'EXAMEN DE FIN DE GRANDE SECTION	25
L'EXAMEN DE FIN DE GRANDE SECTION	26
L'EXAMEN EN FIN D'ANNEE DE CP	33
ANNEXE 1 : Les symptômes psychiatriques	40

INTRODUCTION

Le but de ces examens est de proposer un contenu standardisé permettant de repérer les troubles, lorsque cela est possible.

Les examens proposés ont également pour objectif d'insister sur des repérages plus difficiles et pas toujours pratiqués, concernant :

- Les anomalies de la vision (cf. annexe).
- Les anomalies de l'audition (cf. annexe).
- Les problèmes cognitifs qui vont gêner l'enfant dans ses apprentissages, notamment le langage oral puis écrit et les praxies.
- Les troubles psychoaffectifs.

Le repérage précoce de ces symptômes, pas toujours évident, peut permettre d'en limiter les conséquences secondaires et d'assurer une prise en charge précoce.

Le contenu habituel des examens pédiatriques n'est pas modifié et il est évident qu'il convient de faire à tout âge :

1) Un examen clinique complet comprenant notamment :

- Les mensurations : taille, poids, IMC, et de les reporter sur une courbe pour dépister au plus tôt un risque d'évolution vers une obésité, une hypotrophie ou un problème de croissance staturo-pondéral.
- L'examen cardiovasculaire avec l'auscultation, la palpation des pouls fémoraux, la tension artérielle systolique et diastolique (à reporter également sur une courbe standardisée si elle est anormale).
- L'examen pulmonaire (auscultation, recherche d'éventuelles manifestations d'hyperréactivité bronchique à l'interrogatoire devant conduire alors à pratiquer un peak-flow, ne serait-ce que pour avoir un chiffre en dehors des crises.)
- La palpation abdominale (recherche d'une hépatomégalie, splénomégalie, masse lombaire, hernies, rétention stercorale ...).
- La palpation des aires ganglionnaires.
- L'examen de la gorge et des dents (caries, problème d'articulé).
- L'examen des tympans (on y reviendra dans l'examen de l'audition).
- L'examen neurologique (ROT rotuliens, périmètre crânien). Nous reviendrons plus loin sur l'examen de la motricité.
- L'examen de la colonne (debout, puis penché en avant).
- L'examen cutané (sécheresse cutanée, eczéma, tuméfactions, taches cutanées ...).
- L'examen des organes génitaux externes.

2) Une évaluation du développement neuromoteur

3) Le repérage de difficultés psychiques

4) Une recherche de troubles sensoriels de la vision et de l'audition

5) Une évaluation de son statut vaccinal

6) La prise en compte d'une inquiétude familiale ou de l'enfant

L'examen comprendra toujours deux temps :

- Un questionnaire que les parents remplissent pendant ou avant l'examen physique de l'enfant, qui permet de cerner rapidement les anomalies à approfondir
- Un examen clinique (les données à extraire rapidement du questionnaire parental figurent en bleu pour les repérer facilement). »

CONDITIONS GENERALES DE L'EXAMEN

1/ L'âge de passation des examens

Il est dépendant de l'âge auquel les tests cognitifs à pratiquer ont été validés :

L'examen de 4 ans :

Le test de langage retenu pour cet examen (ERTL4) étant validé entre 3 ans 9 mois et 4 ans 6 mois, c'est l'âge obligatoire pour le pratiquer.

L'examen de 5 ans :

A cet âge-là l'important est le repérage des pré-requis du langage écrit. L'examen est donc préconisé en fin de grande section (entre avril GS et septembre GS). Il n'est donc pas dépendant de l'âge mais de la classe.

L'examen de 6 ans :

On cherchera alors les troubles du langage écrit et du calcul, très liés aux apprentissages scolaires. L'examen doit être pratiqué entre juin CP et octobre CE1. Il n'est donc pas non plus dépendant de l'âge mais de la classe.

2/ Conditions générales

Il est indispensable que la passation se déroule :

- Dans un endroit calme.
- De manière individuelle.
- Les tests de langage nécessitent de connaître auparavant les consignes et de s'y conformer exactement.
- Les tests ERTL4 ou ERTLA6 ou les autres tests cognitifs ne peuvent pas être passés plusieurs fois à intervalles rapprochés.

3/ Règles élémentaires pour une communication efficace

- La passation des tests de vision, d'audition ou de langage doivent se faire après le bilan médical, l'enfant étant habillé.
- Favoriser la situation de face à face ou de proximité.
- Se placer à la hauteur de l'enfant. Le regard échangé est un point d'ancrage indispensable et il favorise un climat de confiance.
- Parler d'une voix suffisamment affirmée et modulée.
- S'il s'agit d'une première rencontre avec l'enfant, lui demander son prénom et se nommer soi-même. Tout au long de l'examen, l'utilisation du prénom sera encourageante et renforcera l'échange.
- Si la présence des parents est un frein à la bonne participation des enfants, il peut être judicieux de les faire sortir.

L'EXAMEN DE 4 ANS

Il sera pratiqué entre 3 ans 9 mois et 4 ans 6 mois.

Antécédents

Si l'enfant est suivi par le médecin qui pratique cet examen, un certain nombre de données est déjà en sa possession (âge de la marche, vaccinations, problèmes néonataux...).

La notion de problème de langage oral dans la famille est assez intéressante car on sait que dans ce cas il y a une tendance familiale pour les troubles du langage oral ou écrit.

Les hospitalisations sont importantes à noter avec leur cause, de même que tout problème survenu dans l'année précédente.

Conditions de vie

La séparation des parents est évidemment très importante à noter car souvent corrélée à des problèmes psychologiques. De même les naissances de frères et sœurs, l'activité des parents (profession mais surtout travail actif ou chômage ou autre).

Alimentation

Le questionnaire parental devrait permettre de cerner les anomalies éventuelles et ces données sont évidemment à confronter avec l'IMC. L'interrogatoire est à reprendre et approfondir seulement en cas de problèmes.

Dans ce cas il sera important de se renseigner sur :

- Les horaires des repas
- La prise de goûters le matin et l'après-midi et leur composition
- La prise de boissons sucrées
- La composition des repas.

(cf. annexe alimentation)

Sommeil

A reprendre pendant l'examen seulement en cas d'anomalie détectée sur le questionnaire.

(cf. annexe sommeil de l'enfant)

Autonomie et habileté

Regroupées dans cet intitulé ces questions permettent de voir les habiletés pratiques de l'enfant. En cas d'anomalie, on peut suspecter une dyspraxie et il faut prêter particulièrement attention à l'examen neuromoteur et au graphisme. Vu le jeune âge de l'enfant, il sera important de le surveiller et de prévoir un examen complet à 5 ans.

Contrôle sphinctérien

L'énurésie nocturne n'est pas considérée comme anormale à cet âge là.

Les troubles urinaires diurnes entrent dans le cadre d'une immaturité vésicale et doivent être pris en compte (éducation à l'hygiène mictionnelle et de prise des boissons, traitement éventuel).

L'encoprésie est anormale et doit être expertisée (constipation ? symptômes psychiques ?).

Comportement, vie affective, vie relationnelle

• Troubles du comportement

Des comportements d'opposition voire d'agressivité peuvent entacher le développement psychoaffectif normal de tout enfant, surtout vers l'âge de 24 mois. Le recours à ces manifestations diminue habituellement entre 3 ans et 6 ans, à mesure que l'enfant intériorise les règles de conduites interpersonnelles.

La persistance (> 3 mois) et l'association de réaction :

- d'opposition surtout si elle s'associe à l'agressivité (« *Bagarreur et/ou opposant* ») ;
- d'intolérance à la frustration (« *Réaction colérique à la moindre contrariété* ») ;
- d'instabilité (« *Bouge toute le temps* ») ;

peuvent signaler un trouble plus franc du développement psychoaffectif, dont l'étiologie sous jacente – non univoque – devra être précisée :

✓ Trouble de l'humeur ?

(« *Tendance à l'isolement* » ; « *tristesse exprimée* »)(« *S'endort difficilement, réveils nocturnes* »)
(« *Grignotage entre les repas* » ; « *Diminution ou accentuation de la prise alimentaire* »)

✓ Trouble anxieux ?

(« *Ne peut jouer seul* » ; « *angoisses fréquentes* ») (« *Dort dans le lit de ses parents* »)

✓ Trouble du développement de la personnalité ?

(« *Tendance à l'isolement* » ; « *Bizarrie de comportement* »)(« *Trouble du contrôle sphinctérien* »)

• **Trouble de l'humeur**

S'il parait difficile pour tout un chacun de concevoir qu'un jeune enfant puisse souffrir d'un authentique trouble dépressif, cette réalité clinique existe bien et est loin d'être négligeable en fréquence.

La prévalence estimée des troubles dépressifs avant l'âge de 6 ans est de 0,5 à 1% selon les études. L'expression du trouble est très variée, fonction de l'âge et du niveau de maturité de l'enfant.

Plus l'enfant est jeune et peu à même d'exprimer son ressenti (s'assurer au préalable de l'absence de troubles du langage sur le versant expressif et réceptif), plus les manifestations du registre comportemental (instabilité, agitation, irritabilité émotionnelle) ou corporel (troubles du sommeil et/ou de l'alimentation) domineront le tableau clinique.

Une humeur dysthymique dans un contexte de deuil ou de séparation des parents n'a rien de surprenant et doit être considérée comme un mouvement normal de la vie psychique. C'est une fois encore sa persistance au cours du temps (> 3 mois) qui doit signaler une difficulté de l'enfant à pouvoir surmonter psychiquement le sentiment de perte.

• **Trouble du développement de la personnalité.**

Il s'agit, ici, de repérer les signes évocateurs de dysharmonie psychotique dont la symptomatologie est rarement manifeste avant l'âge de 3-4 ans. Les troubles de la communication et de la relation à autrui (trouble du contact, confusion imaginaire/réel) sont d'autant moins facilement perçus par l'entourage qu'ils sont le plus souvent discrets mais surtout discontinus, laissant à ces enfants certaines capacités d'adaptation.

La dysharmonie se caractérise par le polymorphisme et la variabilité de son expression clinique, laquelle est directement tributaire des phases de désorganisation de l'appareil psychique (envahissement et débordement plus ou moins intermittents des processus de pensée par les angoisses du registre psychotique).

On peut retrouver tour à tour :

- une instabilité (« bouge tout le temps »)
- des accès colériques (« colère à la moindre contrariété »)
- un retrait (« trop renfermé » ; « tendance à s'isoler »)
- des angoisses envahissantes (« souvent angoissé » ; « peurs ou préoccupations gênants sa vie quotidienne »)
- des accès de tristesse (« tristesse exprimée »)
- des troubles du sommeil (« difficultés d'endormissement »)
- des troubles du langage (« a-t-il eu des difficultés de langage »)
- des troubles des relations sociales (« difficultés à se faire des camarades »)

Ce qui prédomine cependant est l'impression globale d'étrangeté et de bizarrerie du comportement ou des propos.

L'examen clinique

Il comprendra, outre l'examen clinique complet avec un examen neuromoteur, l'étude du graphisme et un test de langage oral.

L'examen neuro-moteur

Demander à l'enfant de se relever de la position assise permet de vérifier qu'il n'a pas de difficultés évoquant une myopathie (Se relève en posant les mains sur les cuisses).

Les épreuves de marche sur la pointe des pieds et sur les talons permet d'éliminer une anomalie type équinisme ou autre IMC a minima.

Dans les deux cas il faudrait adresser l'enfant à un neuro-pédiatre.

Le langage oral

Il est indispensable à cet âge de faire passer un test de repérage à l'enfant car l'interrogatoire des parents n'est absolument pas fiable pour ce repérage.

Le test de repérage proposé est l'**ERTL4**, qui répond à un protocole de passation facile et ludique mais très strict. (NB le test peut être proposé en présence des parents, mais lorsque l'enfant refuse de répondre le fait de faire sortir les parents en salle d'attente résout souvent le problème).

A/ Les acquisitions langagières normales à 4 ans

L'enfant de 4 ans « parle comme un grand », car il dispose des fondations nécessaires pour ses apprentissages ultérieurs. Il dispose de compétences vocales, phonético-articulatoire, linguistiques et pragmatiques.

Les compétences vocales : la voix doit être d'un timbre normal, non nasonnée, sans trouble du rythme (bégaiement à prendre en charge à tout âge, sans tarder).

Les compétences phonético-articulatoires : 80% des enfants de 4 ans maîtrisent la production et la réception des 34 sons de la langue française. On tolère encore des erreurs S/Z CH/J L mais il doit pouvoir répéter de nombreux sons sans erreur.

La parole : à 4 ans l'enfant combine bien les sons dans les mots, en respectant leur ordre. La parole est nette : pas d'omission des finales, pas d'inversion de syllabes.

Les compétences linguistiques : maîtrise de la langue ; l'enfant de 4 ans comprend et produit un langage structuré. Il a découvert les règles de fabrication des mots et des phrases : lexique, morphologie, syntaxe. Il peut raconter des événements simples et récents, s'adapte à ses interlocuteurs, choisit son ton, prend et laisse la parole quand nécessaire.

B/Description et consignes de passation des épreuves

Parce qu'ERTL4 paraît très simple, de nombreux examinateurs prennent beaucoup de liberté lors de sa passation, ce qui nuit à la qualité du repérage.

Les résultats du dépistage ne sont fiables que si l'examineur respecte strictement les conditions de passation avec lesquelles cet outil a été validé.

Le refus de participation à ERTL4 peut révéler des difficultés sous-jacentes (troubles de la communication, déficit auditif, trouble du langage ...) qu'un dialogue avec l'entourage (parents - pédagogues permettra de préciser. Il est recommandé de faire passer ERTL4 à tous les enfants, même ceux qui articulent et s'expriment. Ils peuvent montrer des troubles discrets importants à déceler.

- **Les 7 petits nains et les 7 petits indiens**

Objectifs de l'épreuve :

Elle permet de juger des capacités phonéto-articulatoires de l'enfant, repérer les troubles perceptifs, repérer des anomalies dans la disposition à syllaber, tester la mémoire de travail.

C'est la répétition qui doit être obtenue : Elle permet de savoir si l'enfant a décodé puis encodé les mots. Il n'est pas question de laisser l'enfant chercher le nom des 7 nains, même s'il dit les connaître. Il n'est pas du tout nécessaire que les enfants connaissent l'histoire de Blanche Neige. La question est-ce que tu connais l'histoire de Blanche Neige sert seulement à engager naturellement la conversation avec l'enfant.

Le risque de refus est important si au lieu d'utiliser la consigne de la planche d'épreuves, on demande « est-ce que tu veux bien répéter les petits nains de Blanche Neige ». Si vous lui demandez ainsi son avis, dans une situation où il peut se sentir mal à l'aise, il sera tenté de dire non.

Les petits indiens (répétition de logatomes) : Leurs noms sont constitués de suites de syllabes sans signification. Pour les répéter, l'enfant doit être capable 1) d'entendre 2) de segmenter en unités syllabiques, 3) de discriminer les différents sons 4) de les enchaîner en une séquence identique au modèle ce qui suppose une mémoire de travail opérante 5) de les prononcer.

Consignes :

Les 7 petits nains : Le nom des petits nains doit être prononcé avec un débit un peu ralenti, chaque syllabe étant bien distincte, mais sans hacher, sans surarticuler, avec une intonation normale. La répétition des noms des nains doit être obtenue à partir de l'énoncé figurant sur la plaquette, dans le même ordre, en énumérant sur ses doigts, geste facilitateur.

Les petits indiens : La plaquette ne doit être présentée à l'enfant qu'à partir de l'épreuve des petits indiens, sinon le dessin très attrayant pourrait distraire l'enfant pendant l'épreuve précédente des petits nains. La répétition des noms des indiens est obtenue avec les mêmes précautions que pour les nains. Chaque indien est pointé quand on propose son nom. Si l'enfant ne répète pas le premier nom, l'encourager en montrant le premier indien, en répétant son nom « YEROI » et en disant à l'enfant « dis, toi, comment il s'appelle celui-là ».

Cotation :

Voici quelques exemples de répétitions incorrectes :

Tim ou Timi pour Timide

Prov ou Brof pour Prof

Domeu ou Domeur pour Dormeur

Gonkra ou Kontra pour Gontra

Meunilivou ou Meulivou pour Meumulivou

Sur la grille de cotation, située en dernière page du carnet de langage cocher une case dès que l'enfant répète exactement le modèle proposé. En dessous des cases se situe une échelle de couleurs correspondant aux productions possibles d'un enfant

ROUGE = insuffisant

ORANGE = limite

VERT = normal.

ON sait donc instantanément si l'enfant a échoué ou réussi l'épreuve.

- **Le petit chien**

Objectifs de l'épreuve :

Il s'agit de s'assurer que l'enfant accède aisément à son lexique (utilisation immédiate et à bon escient des mots). Cette épreuve permet donc de suspecter une pauvreté lexicale, un défaut de grammaticalisation, des troubles de la structuration spatiale.

Consignes :

Cette épreuve est particulièrement dépendante des consignes. Elles sont facilitatrices pour l'accès au lexique. L'utilisation des énoncés proposés est indispensable : la phrase « suspens » et si nécessaire la phrase interrogative.

Il est important de porter un accent d'insistance sur le mot SUR et d'utiliser le geste évocateur de la localisation (une main au dessus de l'autre)

Si l'enfant propose « il est caché », demander « il est caché où ».

Attention : il ne s'agit pas de savoir si l'enfant comprend les mots. L'épreuve ne doit pas être considérée réussie si l'enfant a été capable de placer un objet sur, sous ...à leur demande. Dans ce cas on juge de la compréhension de l'enfant, ce qui n'est pas du tout l'objectif de cette épreuve. L'enfant doit DIRE les mots.

Cotation :

Cocher une case lorsque vous entendez un mot utilisé à bon escient. Ainsi pour un enfant qui a utilisé de façon appropriée les mots sous, derrière et dehors vous cochez 3 cases. La dernière case étant verte, l'épreuve est réussie.

- **La toilette.**

Objectifs de l'épreuve : Elle permet d'apprécier le langage de l'enfant et de répondre aux questions suivantes : l'enfant utilise bien les mots outils dont il a besoin, il a un discours cohérent, il a une bonne compréhension verbale, il accepte la lecture de l'image.

Consignes : Poser les questions dans l'ordre où elles sont proposées sur la plaquette et cocher les cases dès qu'un mot qu'elle contient est utilisé à bon escient. La première question peut

provoquer l'utilisation de nombreux mots par les enfants à l'aise. Poser les questions suivantes seulement si nécessaire. A 4 ans elles doivent normalement susciter des réponses du type sujet + verbe + expansion (elle se lave les dents par exemple)

Attention : Il doit y avoir adéquation entre ce que dit l'enfant et ce que représente l'image. (exemple la fille mange au lieu de se lave les dents).

Si l'enfant répond 3 à la question combien il y a d'enfants, il est nécessaire de lui faire montrer les enfants sur l'image pour déterminer si l'erreur est due à une mauvaise lecture de l'image.

Cotation ;

Cocher la case dès que l'enfant utilise à bon escient un des mots qu'elle contient.

Totaliser ces cases puis cocher le nombre obtenu sur l'échelle des couleurs.

- **La voix**

Tout au long de la passation, il faut être attentif à la voix de l'enfant. Le facteur émotionnel peut avoir perturbé l'intensité de la voix. Interroger l'entourage pour vérifier si cette voix trop faible est habituelle.

- Une voix trop forte peut signifier une hypoacousie ou des difficultés comportementales.
- Une dysphonie peut avoir différentes origines (malmenage vocal, souffrance psychologique, hypertrophie des amygdales ...). Une consultation ORL est souhaitable.

- **Le débit**

C'est le problème du dépistage du bégaiement, qui est à ne pas négliger. En cas de persistance au-delà de quelques semaines un bilan orthophonique est nécessaire.

EPREUVES FACULTATIVES A NE PROPOSER QU'EN CAS DE DOUTES

(Si l'enfant a eu un résultat orange à 2 ou 3 épreuves)

- **Voix chuchotée** :

Pour vérifier des problèmes d'audition chez l'enfant.

Si un doute existe à ce sujet, il faudra prévoir dans un deuxième temps de faire passer un test d'audition (AUDIO 4 par exemple).

- **Les messages** :

Objectifs :

Confirmer une évolution phonologique ou linguistique insuffisante ou des troubles attentionnels /mémoriels.

Cotation :

Attention, dans ce cas on note les erreurs, (mots non dits) et à l'inverse des épreuves obligatoires, l'épreuve est réussie si moins de 4 cases sont remplies (zone verte).

C/ Synthèse et décision en fonction des résultats à l'ERTL4 (en ne tenant compte que du langage)

PROFIL 1 = 0 ou 1 épreuve orange. **Langage satisfaisant.** Feuille à liseré de couleur verte à incorporer dans le carnet de langage.

PROFIL 2 = 2 épreuves oranges, + bilan clinique et/ou anamnèse sans particularité. **Enfant à risque.** A revoir dans 6 mois. Feuille à liseré de couleur orange à incorporer dans le carnet de langage.

PROFIL 3 > 2 épreuves oranges + bilan clinique et/ou anamnèse avec signes d'alerte.

Avec une ou plus « épreuve rouge », quel que soit le nombre d'oranges, le bilan clinique et l'anamnèse. **Enfant suspect de trouble du langage ou de retard.**

Cas particulier de l'enfant qui a réussi toutes les épreuves sauf celle du petit chien, qui est rouge. Il peut s'agir d'un problème d'orientation temporo-spatiale et il faut simplement revoir ce problème 6 mois ou un an après.

Demande immédiate de bilan ; feuille à liseré rouge à incorporer dans le carnet de langage.

L'échec à ERTL4 peut amener à prescrire un ou plusieurs bilans

- **Bilan ORL** en cas de doute sur l'audition ou sur la voix.
- **Psychiatrique ou psychologique** (à confronter avec les données du questionnaire parental et de l'interrogatoire)
- **Psychomoteur** dans le cas où le bilan médical décèle aussi un mauvais repérage spatial ou des problèmes de schéma corporel.
- **Le bilan orthophonique** réalisé sur prescription médicale. (cf livret de passation)

Des carnets de passation sont fournis. Il conviendra de noter les résultats sur la feuille d'examen.

Le graphisme

A cet âge l'enfant peut réaliser un carré, même si les proportions ne sont pas toujours rigoureuses. (on demande 4 angles droits)

En cas d'anomalie isolée du graphisme, il peut s'agir d'un retard simple ou cela peut s'intégrer dans une dyspraxie.

Il sera intéressant de confronter ces données d'examen avec les données de l'interrogatoire (maladresse, difficultés pour s'habiller, pour enfiler des ciseaux et commencer à découper, désintérêt pour les puzzles ou les activités de construction). Dans tous les cas, vu le jeune âge de l'enfant il faudra demander à le revoir à 5 ans pour un examen complet, incluant les praxies constructives et le suivi visuel (cf. examen de fin de GS)

En cas d'anomalie associée à un trouble du langage oral, on pensera à une déficience globale. (âge des acquisitions retardé, immaturité). Il sera intéressant de recueillir l'avis de l'instituteur pour savoir s'il a noté un décalage par rapport aux autres élèves de la classe. Un bilan plus complet sera peut-être à prévoir.

Dans tous les cas, l'évolution est un élément important du diagnostic et il peut être intéressant de revoir l'enfant après 3 à 6 mois.

La vision

L'examen doit être fait dans un lieu calme et suffisamment éclairé.

- **Acuité visuelle de loin :**

Si l'expérimentateur a l'habitude d'utiliser un test de vision de loin, il peut le garder en indiquant de quelle échelle il s'agit. Un test des E est fourni avec la mallette.

Matériel : Une échelle des E de Snellen et une paire de lunettes de dépistage. L'échelle est placée sur un mur, à hauteur des yeux de l'enfant et à 5 mètres de lui (distance mesurée avec un ruban métrique).

Passation : On montre un E en l'entourant d'un geste souple puis on éloigne le doigt et on demande à l'enfant d'indiquer l'orientation de ce E avec sa main ou avec le petit E en plastique. Faire un essai pour s'assurer qu'il a compris la consigne. Puis le placer à 5 m et lui mettre la paire de lunettes de dépistage (avec un verre neutre et un cache). Lui montrer successivement les E des différentes lignes en commençant par les plus gros. Tester un œil puis un autre.

Notation : On juge que l'acuité est correcte si l'enfant lit la ligne 8.2/10. Si l'enfant porte des lunettes de correction, faire l'examen avec celles-ci ;

L'acuité est insuffisante si elle est inférieure à 8.2/10.

Si le test est anormal consultation auprès d'un ophtalmologiste.

- **Vision binoculaire optionnelle : si écart minimum de 2/10° entre les deux yeux ou si examen impossible**

Elle est évaluée avec le test relief tropique (ou Lang II).

En cas de trouble suspecter strabisme ou amblyopie et demander un avis spécialisé (en urgence si strabisme d'apparition récente).

Le test relief tropique doit être disposé de manière fixe en face et perpendiculairement à l'enfant à une distance de 35 cm à 49 cm ou posé sur la table de l'examineur, l'enfant étant au dessus du test à la même distance.

L'attitude de l'enfant pendant l'examen

Elle est importante à noter, de même que l'attitude en retour des parents (limites éducatives, attitude rassurante des parents ?). Ce peut être l'occasion de discuter avec les parents des difficultés qu'ils rencontrent dans l'éducation de leur enfant.

La question

« Votre enfant vous met-il en difficulté dans la plupart des activités de la vie quotidienne ? » permet de confronter l'impression ressentie avec le vécu des parents.

L'audition

Ce test sera effectué lors d'une **deuxième consultation**.

Elle est testée avec AUDIO 4, test d'audiométrie vocale nécessitant un calibrage préalable de la voix du testeur avec un sonomètre.

Pré-test à voix haute : Le testeur est assis à côté de l'enfant et lui explique le jeu. Il lui montre les planches d'images, choisit 1 planche de balayage puis demande à l'enfant de nommer à voix haute toutes les images de la planche. Si une image est inconnue ou provoque une hésitation, elle doit être expliquée simplement et redemandée au cours du pré-test, pour vérifier avant le test que l'enfant a bien compris la consigne et connaît tous les items.

Le test à voix chuchotée faible (30 dB)

L'enfant est bien installé, assis devant une table où est posée la planche d'images, ou debout devant un tableau où elle est affichée (attention aux reflets si elles sont sous plastique). Il tourne le dos au testeur, qui est placé à environ 1mètre (une longueur de bras).

A cet âge on ne fait pas de test d'audition sur les oreilles séparées.

Le testeur dit les mots de la liste choisie parmi les listes dites de balayage (de 1 à 4), dans n'importe quel ordre à voix chuchotée (30dB).

Chaque colonne de ces listes correspond à un champ fréquentiel différent. L'enfant montre avec le doigt l'image correspondant au mot entendu.

Les 10 images d'une même planche sont demandées. Les images donnant lieu à des réponses hésitantes ou erronées sont pointées.

L'erreur peut être due à un **manque de vocabulaire** (éliminée par un pré-test bien fait), à un **manque d'attention**, (il faut recanaliser l'enfant en introduisant une petite fantaisie dans le dialogue), à un **déficit auditif** (l'enfant ne fait plus d'erreur si le testeur parle plus fort).

Notation des résultats :

Lorsqu'il y a hésitation ou erreur, d'autres mots du même champ fréquentiel devront être testés. Ne sont acceptés que moins de 2 erreurs dans les listes de balayage (1 à 4). A partir de 2 erreurs, l'enfant doit être testé en liste complémentaire : on choisit alors la liste de champ fréquentiel étroit correspondant à l'erreur (listes 5 à 9).

Si plus d'une erreur persiste, l'enfant doit être adressé en consultation d'audiologie pour diagnostic.

Si le médecin en dispose un test d'audiométrie tonale et une tympanométrie peuvent être utiles.

L'EXAMEN DE FIN DE GRANDE SECTION

Il sera pratiqué à partir d'avril de l'année de grande section et jusqu'au 30 septembre de l'année d'entrée en CP.

Antécédents

Si l'enfant est suivi par le médecin qui pratique cet examen, un certain nombre de données est déjà en sa possession (âge de la marche, vaccinations, problèmes néonataux...)

Attention, penser à vérifier les vaccinations : c'est souvent l'âge du rappel de DTP.

La notion de problème de dyslexie (ou seulement de problème scolaire car toute dyslexie n'a pas été diagnostiquée) dans la famille est intéressante car on sait qu'il y a une tendance familiale pour les troubles du langage écrit.

Les hospitalisations sont importantes à noter avec leur cause, de même que tout problème survenu dans l'année précédente.

Conditions de vie

La séparation des parents est évidemment très importante à noter car souvent corrélée à des problèmes psychologiques. De même les naissances de frères et sœurs, l'activité des parents (profession mais surtout travail actif ou chômage ou autre).

Alimentation

Le questionnaire parental devrait permettre de cerner les anomalies éventuelles et ces données sont évidemment à confronter avec l'IMC (intérêt de la courbe ++). L'interrogatoire est à reprendre et approfondir seulement en cas de problèmes.

Dans ce cas il sera important de se renseigner sur :

- Les horaires des repas.
- La prise de goûters le matin et l'après-midi et leur composition.
- La prise de boissons sucrées.
- La composition des repas.

(cf. annexe alimentation)

Sommeil

A reprendre pendant l'examen seulement en cas d'anomalie détectée sur le questionnaire.

(cf. annexe spéciale troubles du sommeil)

Autonomie et habileté

Regroupées dans cet intitulé ces questions permettent de voir les habiletés pratiques de l'enfant. En cas d'anomalie, on peut suspecter une dyspraxie. Il faudra prêter particulièrement attention à l'examen des praxies et faire les examens complémentaires prévus dans ce cadre (graphisme, suivi d'une ligne, cubes).

Contrôle sphinctérien

L'énurésie nocturne est à prendre en compte à cet âge là et nécessite une autre consultation dédiée. Il sera important de vérifier qu'elle est isolée et primitive (pas de période sans énurésie auparavant).

Les troubles urinaires diurnes entrent dans le cadre d'une immaturité vésicale et doivent être pris en compte (éducation à l'hygiène mictionnelle et de prise des boissons, traitement éventuel).

L'encoprésie est anormale et doit être expertisée (constipation ? symptômes psychiques ?).

Comportement, vie affective, vie relationnelle

- **Troubles du comportement** avec une attention particulière pour le Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité
 - Hyperactivité (« bouge tout le temps » ; « se met souvent en danger »).
 - Impulsivité (« ne peut attendre son tour »).
 - Inattention (« souvent étourdi » ; « ne peut mener une activité prolongée »).

Et ce d'autant que les troubles ont démarré précocement au cours du développement, qu'ils persistent dans le temps entraînant une gêne significative du fonctionnement relationnel et de l'adaptation scolaire
- **Troubles de l'humeur.** En sus des symptômes précédemment cités on trouve fréquemment :
 - Une inattention (« souvent étourdi » ; « ne peut mener une activité prolongée ») majorant les difficultés d'apprentissages associées à la souffrance psychique.
 - Une irritabilité à la moindre contrariété.
- **Troubles du développement de la personnalité.** En sus des symptômes précédemment cités on trouve fréquemment :
 - Une inattention (« souvent étourdi » ; « ne peut mener une activité prolongée ».)
 - Des difficultés d'organisation spatio-temporelle (« indistinction droite/gauche » ; « défaut d'intégration des repères temporels : matin, après midi & soir » ; jours de la semaine »).
 - Des difficultés d'apprentissage.
 - Des troubles des relations sociales (difficultés pour se faire des camarades et les garder).
- **Troubles anxieux,** avec :
 - Les prémisses des angoisses de séparation (« ne peut jouer seul » ; « refuse de partir de chez lui » ; « inquiétudes à l'égard des parents »).
 - Angoisses du registre phobo-obsessionnel pouvant apparaître dès l'âge de 6 ans avec le risque d'évolution vers un Trouble Obsessionnel Compulsif (« inquiétudes à l'égard des parents ou sur sa santé » ; « peurs ou préoccupations excessives sur la saleté, les microbes ... »).
 - La timidité n'est pas une conduite pathologique en soi et est particulièrement fréquente chez le jeune enfant. Par contre, une timidité excessive chez un enfant présentant par ailleurs une peur persistante de l'inconnu ou du regard d'autrui, associée à des conduites d'évitement, peut révéler une forme d'anxiété sociale, prélude à une évolution vers une phobie sociale. Un trouble du développement de la personnalité de type dysharmonie psychotique sera également à rechercher.

La dernière question du questionnaire parentale (Votre enfant vous met-il en difficulté dans la plupart des activités de la vie quotidienne) permet d'apprécier le retentissement familial des troubles signalés.

L'examen clinique

On commencera par l'examen clinique, l'examen neuromoteur, le test de vision et d'audition. Une deuxième consultation, sera consacrée aux problèmes cognitifs : le graphisme le langage, les praxies, les aptitudes logicomathématiques.

L'examen général

Complet évidemment.

Rappelons que la courbe de taille poids et IMC est bien plus intéressante qu'une valeur isolée.

L'examen neuro-moteur

L'examen des diadococinésies se fait avant-bras à l'horizontale coudes collés au corps, main après main et il est important d'observer les syncinésies controlatérales.

De même pour le pianotage qui se fait main après main.

Ces deux épreuves permettent d'évaluer au niveau des membres supérieurs la bonne motricité et l'absence de tremblement. Les syncinésies s'intègrent dans l'ensemble des « soft signs » observés dans des états d'immaturation cérébrale (IMC, TDAH par exemple).

La station unipodale vérifie le bon équilibre de l'enfant.

L'attitude de l'enfant pendant l'examen

Elle est importante à noter, de même que l'attitude en retour des parents (limites éducatives, attitude rassurante des parents ?). Ce peut être l'occasion de discuter avec les parents des difficultés qu'ils rencontrent dans l'éducation de leur enfant.

La question

« Votre enfant vous met-il en difficulté dans la plupart des activités de la vie quotidienne ? » permet de confronter l'impression ressentie avec le vécu des parents.

La vision

L'examen doit être fait dans un lieu calme et suffisamment éclairé.

- **Acuité visuelle de loin :**

Si l'expérimentateur a l'habitude d'utiliser un test de vision de loin, il peut évidemment le garder. Une échelle des E de Snellen est le matériel fourni dans la mallette.

Matériel : Une échelle des E de Snellen et une paire de lunettes de dépistage. L'échelle est placée sur un mur, à hauteur des yeux de l'enfant et à 5 mètres de lui (distance mesurée avec un ruban métrique).

Passation : On montre un E en l'entourant d'un geste souple puis on éloigne le doigt et on demande à l'enfant d'indiquer l'orientation de ce E avec sa main ou avec le petit E en plastique. Faire un essai pour s'assurer qu'il a compris la consigne. Puis le placer à 5 m et lui mettre la paire de lunettes de dépistage (avec un verre neutre et un cache). Lui montrer successivement les E des différentes lignes en commençant par les plus gros. Tester un œil puis un autre.

Notation : On juge que l'acuité est correcte si l'enfant lit la ligne 8.2/10. Si l'enfant porte des lunettes de correction, faire l'examen avec celles-ci ; l'acuité est insuffisante si elle est inférieure à 8.2/10.

Si le test est anormal CS auprès d'un ophtalmologiste.

- **Dépistage de l'hypermétropie.**

Elle n'est à faire que si l'AV de loin est normale.

Passation : Elle se fait avec le même matériel, mais en équipant l'enfant de lunettes possédant un verre de + 1,5 dioptries et un cache. On montre les E de la même façon en commençant par la ligne 6.3.

Notation : On suspecte l'existence d'une hypermétropie si l'enfant lit 4 lignes de la ligne du 8.2/10 c'est-à-dire si l'AV est la même quel que soit le type de lunettes de dépistage.

Il est nécessaire dans ce cas de rechercher les signes associés (yeux rouges, maux de tête, tendance à cligner des yeux ou à se les frotter, larmoiement, graphisme peu précis et peu soigné) et de demander un avis ophtalmologique spécialisé.

- **Vision binoculaire :**

Elle est évaluée avec le test relief tropique (ou Lang II).

En cas de trouble suspecter strabisme ou amblyopie et demander un avis spécialisé. (en urgence si strabisme d'apparition récente).

Le test relief tropique doit être disposé en face de manière fixe, et perpendiculairement à l'enfant à une distance de 35 cm à 49 cm ou posé sur la table de l'examineur, l'enfant étant au dessus du test à la même distance.

L'enfant doit montrer les trois images du test.

Si anomalie, reprendre les antécédents familiaux et adresser en consultation ophtalmologique.

L'audition

Cf. annexe

Elle est testée avec AUDIO 4, test d'audiométrie vocale nécessitant un calibrage préalable de la voix du testeur avec un sonomètre.

A cet âge il est intéressant de tester les deux oreilles séparément car une baisse d'acuité auditive unilatérale peut entraîner des troubles cognitifs.

Pré-test à voix haute : Le testeur est assis à côté de l'enfant et lui explique le jeu. Il lui montre les planches d'images, choisit 1 planche de balayage puis demande à l'enfant de nommer à voix haute toutes les images de la planche. Si une image est inconnue ou provoque une hésitation, elle doit être expliquée simplement et redemandée au cours du pré test, pour vérifier avant le test que l'enfant a bien compris la consigne et connaît tous les items.

Le test à voix chuchotée faible (30 dB)

L'enfant est bien installé, assis devant une table où sont posées la planche d'images, ou debout devant un tableau où elle est affichée (attention aux reflets si elles sont sous plastique). Il tourne le dos au testeur. L'oreille non concernée par le test est bouchée par la main du testeur placé derrière l'enfant, à environ un mètre (une longueur de bras).

Le testeur dit les mots de la liste choisie parmi les listes dites de balayage (de 1 à 4), dans n'importe quel ordre à voix chuchotée (30dB). Chaque colonne de ces listes correspond à un champ fréquentiel différent. L'enfant montre avec le doigt l'image correspondant au mot entendu ou répète le mot. Les 10 images d'une même planche sont demandées pour chaque oreille et on utilise la même planche pour les deux oreilles. Il est très important de changer l'ordre d'énumération des images pour l'examen de la deuxième oreille. Les images donnant lieu à des réponses hésitantes ou erronées sont pointées. L'erreur peut être due à un **manque de vocabulaire** (éliminée par un pré-test bien fait), à un **manque d'attention**, (il faut re canaliser l'enfant en introduisant une petite fantaisie dans le dialogue), à un **déficit auditif** (l'enfant ne fait plus d'erreur si le testeur parle plus fort).

Notation des résultats :

Lorsqu'il y a une hésitation ou erreur, d'autres mots du même champ fréquentiel devront être testés. Ne sont acceptés que moins de 2 erreurs dans les listes de balayage (1 à 4). A partir de 2 erreurs, l'enfant doit être testé en liste complémentaire : on choisit alors la liste de champ fréquentiel étroit correspondant à l'erreur (listes 5 à 9).

Si plus d'une erreur persiste, l'enfant doit être adressé en consultation d'audiologie pour diagnostic.

Deuxième consultation

Elle est faite dans un deuxième temps, peu de temps après, sur un enfant en bonne santé, sans pathologie aiguë et qui reste habillé. Ce jour-là, il n'y a pas d'examen somatique.

Le langage écrit et les aptitudes mathématiques

A l'entrée en CP le langage oral de l'enfant ne pose plus aucun problème et il va débiter en CP l'apprentissage du langage écrit (lecture, dictée, écriture de textes spontanés).

Il est important de vérifier que l'enfant présente bien les pré-requis nécessaires pour le langage écrit. Deux solutions sont proposées à l'expérimentateur, **en fonction de ses habitudes, et de sa formation.**

1/ Soit le passage d'ERTLA 6, test global qui permet d'évaluer les capacités de l'enfant pour acquérir la lecture l'écriture et les mathématiques de CP et CE1. Pour cela se reporter au livret de passation de ERTLA6.

Résultats : *Après la fin de la grande section moins de 3 épreuves doivent être échouées. Entre 4 et 5 épreuves échouées, le test est douteux et il faudra l'interpréter en fonction des épreuves échouées et éventuellement revoir l'enfant après 3 à 6 mois.*

- **Certaines épreuves explorent plutôt les pré-requis du langage écrit, et leur échec doit conduire à prescrire de l'orthophonie**
 - *Numéros gagnants(E3), micro(E14) et boules de glaces(E8) explorent la mémoire immédiate.*
 - *Son i(E4), rimes(E7), perroquet 1(E15) et 2(E 16) sont des épreuves de conscience phonologique.*
 - *Le Tir(E9) explore les rythmes.*
- **Certaines épreuves explorent le langage oral et doivent conduire à l'orthophonie en demandant de bien explorer le langage oral :**
 - *Sur le versant expressif : (les bonbons(E6), les jouets de la loterie(E2), devinette(E17), rappel des jouets(E18), boules de glace(E8).*
 - *Sur la compréhension : vrai ?(E13), le micro(E14), devinette(E17).*
- **Certaines épreuves explorent les praxies : toutes les épreuves d'écriture et de graphisme : écrire TIR(E10), continue mon dessin(E11), prénom (E12) ainsi que les épreuves temporo-spatiales : découverte de la fête(E1), jouets de la loterie (E2). En cas d'échec on pourra suspecter une dyspraxie et adresser l'enfant à un neuro-pédiatre.**
- **Certaines épreuves explorent le calcul : les tickets de manège E5 (numération, comparaison, soustraction, addition,), les numéros gagnants(E3) et les boules de glaceE8 (mémoire immédiate) et les jouets de la loterieE2 (classement dans l'ordre). Leur échec conduit à prescrire une rééducation logico-mathématique chez un orthophoniste.**
- **Certaines épreuves explorent l'orientation temporo-spatiale : découverte de la fête E1, jouets de la loterie E2 et vrai (E13). Leur échec oriente vers une prescription de psychomotricité.**
- **En cas de déficience, les échecs concernent de nombreuses épreuves notamment toutes celles faisant appel à la logique et la compréhension : jouets de la loterie E2, tickets de manège E5, boules de glace E8, graphisme E10 E11 E12, vrai E13 devinette E17. dans ce cas une psychométrie peut être indiquée.**

2/ Soit des épreuves plus ciblées,

Elles testent les différentes capacités de l'enfant.

- **La conscience phonologique.**

Tests tirés de la batterie BSEDS utilisée par les médecins scolaires et disponible sur cognisciencences@cogni-sciences.fr

Les capacités métaphonologiques sont les aptitudes cognitives à analyser et manipuler les sons du langage. Elles nécessitent « une prise de conscience de la nature segmentale de la parole » (Alegria).

La conscience phonologique portant sur les rimes et les syllabes précède l'apprentissage de la lecture et le facilite. Il s'agit d'un des pré-requis les plus prédictifs pour le bon apprentissage de la lecture.

Si les résultats du test de conscience phonologique sont faibles et que le reste des tests est normal, il faut avertir le médecin scolaire qui pourra proposer les adaptations nécessaires (inclusion dans un groupe d'entraînement phonologique). Au moindre doute un bilan orthophonique sera prescrit.

Ces enfants seront à suivre de près au cours du CP (acquisition de la conscience phonémique et de la lecture) et à revoir systématiquement en fin de CP.

- **Les aptitudes mathématiques.**

A l'entrée en CP, l'enfant doit pouvoir numérer et égaliser. La soustraction n'est pas encore acquise.

En cas d'anomalie isolée (bien s'assurer qu'il n'existe pas une dyspraxie associée), il peut s'agir de dyscalculie. Un bilan logicomathématique est à demander si l'école confirme les difficultés.

En cas d'association à une anomalie de la conscience phonologique, un bilan plus complet est à réaliser (dans le cadre scolaire si c'est possible).

- **L'orientation temporo-spatiale.**

A l'entrée en CP les enfants reconnaissent la droite et la gauche sur eux-mêmes et sur autrui, et les moments de la journée (matin, après-midi soir).

En cas d'anomalie isolée, il peut s'agir d'un simple retard à surveiller. La prise en charge passe par un bilan en psychomotricité et des séances de rééducation.

Ces problèmes sont souvent associés à la dyspraxie, aux difficultés psychiques, et à la déficience.

- **Le graphisme**

A cet âge l'enfant peut réaliser un losange (cf. dessins BREV), et des boucles.

En cas d'anomalie isolée du graphisme,

Il peut s'agir d'un retard simple ou cela peut s'intégrer dans une dyspraxie. D'où l'intérêt du suivi des lignes et de la manipulation des cubes qui seront échoués. Il sera intéressant de confronter ces données d'examen avec les données de l'interrogatoire (maladresse, difficultés pour s'habiller, découper, désintérêt pour les puzzles ou les activités de construction).

Le dépistage des troubles visuels (suivi, saccades) permet d'orienter vers une dyspraxie visuo-spatiale

A cet âge il est impératif que le diagnostic soit posé et un bilan plus complet (avec réalisation d'un WISC) s'impose.

L'orthoptie permettra de dépister les anomalies de la poursuite visuelle pour une rééducation.

Le recours à un ergothérapeute s'imposera secondairement.

En cas d'anomalie associée à d'autres anomalies cognitives (langage, mathématiques, orientation temporo-spatiale), on pensera à une déficience globale.

Un bilan plus complet sera à prévoir auprès d'un neuro-pédiatre. Il faudra en avertir le médecin scolaire.

Dans tous les cas, l'évolution est un élément important du diagnostic et il peut être intéressant de revoir l'enfant après 3 à 6 mois.

Si doute sur les praxies :

Voir consignes suivi de lignes et escalier 6 cubes.

Si doute sur l'attention

Ils sont suspectés sur l'interrogatoire, et sur l'attitude de l'enfant pendant l'examen (attention, certains enfants savent se contrôler sur un temps court de consultation, en situation duelle).

Le test proposé (tapping) peut permettre de l'attester.

En cas de doute on peut proposer de donner aux parents mais aussi à l'enseignant un questionnaire de Conners. Ces questionnaires ne sont pas un outil diagnostique, mais un outil de dépistage pour évaluer les signes décrits, et surtout voir s'ils existent autant à l'école qu'à la maison (pour différencier un TDAH d'un trouble éducatif).

Notation : Faire le total des points par questionnaire.

Questionnaire parents : Un score supérieur à 15 suggère des indices de TDAH chez l'enfant. (Les items 1, 3, 4, 6 sont évocateurs d'hyperactivité/impulsivité, les items 7 et 9 sont évocateurs de difficultés d'apprentissage)

Questionnaire enseignant : Un score supérieur à 15 suggère des indices de TDAH chez l'enfant. (Les items 1, 4, 7, 8 sont évocateurs d'hyperactivité/impulsivité, les items 2, 5 et 6 sont évocateurs de troubles du comportement, les items 3, 9 et 10 sont évocateurs d'inattention, passivité).

En cas de suspicion de TDAH une consultation spécialisée sera nécessaire pour le diagnostic et la prise en charge.

L'EXAMEN EN FIN D'ANNEE DE CP

Il sera pratiqué à partir du mois de juin de CP jusqu'en octobre de CE1.

Antécédents

Si l'enfant est suivi par le médecin qui pratique cet examen, un certain nombre de données est déjà en sa possession (âge de la marche, vaccinations, problèmes néonataux...)

Attention, c'est souvent l'âge du rappel de DTP.

La notion de problème de dyslexie (ou seulement de problème scolaire car toute dyslexie n'a pas été diagnostiquée) dans la famille est intéressante car on sait qu'il y a une tendance familiale pour les troubles du langage écrit.

Les hospitalisations sont importantes à noter avec leur cause, de même que tout problème survenu dans l'année précédente.

Conditions de vie

La séparation des parents est évidemment très importante à noter car souvent corrélée à des problèmes psychologiques. De même les naissances de frères et sœurs, l'activité des parents (profession mais surtout travail actif ou chômage ou autre).

Le temps devant la télévision les jeux vidéo ou l'ordinateur ne répond pas à des normes mais au dessus de 2 heures il faut sûrement creuser la question avec les parents, et leur donner des conseils éducatifs.

Alimentation (cf. annexe 1 nutrition)

Le questionnaire parental devrait permettre de cerner les anomalies éventuelles et ces données sont évidemment à confronter avec l'IMC (intérêt de la courbe ++). L'interrogatoire est à reprendre et à approfondir seulement en cas de problèmes.

Dans ce cas il sera important de se renseigner sur :

- Les horaires des repas.
- La prise de goûters le matin et l'après-midi et leur composition.
- La prise de boissons sucrées.
- La composition des repas.

(cf. annexe alimentation)

Sommeil

A reprendre pendant l'examen seulement en cas d'anomalie détectée sur le questionnaire.

(cf. annexe sommeil)

Autonomie et habileté

Regroupées dans cet intitulé ces questions permettent de voir les habiletés pratiques de l'enfant. En cas d'anomalie, on peut suspecter une dyspraxie. Il faudra prêter particulièrement attention à l'examen des praxies et faire les examens complémentaires prévus dans ce cadre (graphisme, suivi d'une ligne, cubes).

Contrôle sphinctérien (cf. annexe 2)

L'énurésie nocturne est pathologique à cet âge là et nécessite une autre consultation dédiée. Il sera important de vérifier qu'elle est isolée et ne s'accompagne pas de troubles urinaires diurnes.

Les troubles urinaires diurnes entrent dans le cadre d'une immaturité vésicale et doivent être pris en compte (éducation à l'hygiène mictionnelle et de prise des boissons, traitement éventuel).

L'encoprésie est anormale et doit être expertisée (constipation ? symptômes psychiques ?).

Comportement, vie affective, vie relationnelle

- **Troubles du comportement** avec une attention particulière pour le Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité
 - . Hyperactivité (« bouge tout le temps » ; « se met souvent en danger »)
 - . Impulsivité (« ne peut attendre son tour »)
 - . Inattention (« souvent étourdi » ; « ne peut mener une activité prolongée »)Et ce d'autant que les troubles ont démarré précocement au cours du développement, qu'ils persistent dans le temps entraînant une gêne significative du fonctionnement relationnel et de l'adaptation scolaire
- **Troubles de l'humeur.** En sus des symptômes précédemment cités on trouve fréquemment :
 - . Une inattention (« souvent étourdi » ; « ne peut mener une activité prolongée ») majorant les difficultés d'apprentissages associées à la souffrance psychique
 - . Une irritabilité à la moindre contrariété
- **Troubles du développement de la personnalité.** En sus des symptômes précédemment cités on trouve fréquemment :
 - . Une inattention (« souvent étourdi » ; « ne peut mener une activité prolongée »)
 - Des difficultés d'organisation spatio-temporelle (« indistinction droite/gauche » ; « défaut d'intégration des repères temporels : matin, après midi & soir » ; jours de la semaine »)
 - . Des difficultés d'apprentissage
- **Troubles anxieux,** avec :
 - les prémisses des angoisses de séparation (« ne peut jouer seul » ; « refuse de partir de chez lui » ; « inquiétudes à l'égard des parents »)
 - angoisses du registre phobo-obsessionnel pouvant apparaître dès l'âge de 6 ans avec le risque d'évolution vers un Trouble Obsessionnel Compulsif (« inquiétudes à l'égard des parents ou sur sa santé » ; « peurs ou préoccupations excessives sur la saleté, les microbes ... »)
 - La timidité n'est pas une conduite pathologique en soi et est particulièrement fréquente chez le jeune enfant. Par contre, une timidité excessive chez un enfant présentant par ailleurs une peur persistante de l'inconnu ou du regard d'autrui, associée à des conduites d'évitement, peut révéler une forme d'anxiété sociale, prélude à une évolution vers une phobie sociale. Un trouble du développement de la personnalité de type dysharmonie psychotique sera également à rechercher.

La dernière question du questionnaire parentale (Votre enfant vous met-il en difficulté dans la plupart des activités de la vie quotidienne) permet d'apprécier le retentissement familial des troubles signalés.

L'examen clinique

Commencer par examiner l'enfant habillé pour les 3 premiers chapitres (vision, audition, langage).

L'examen neuro-moteur

L'examen des diadococinésies se fait avant-bras à l'horizontale coudes collés au corps, main après main et il est important d'observer les syncinésies controlatérales.

De même pour le pianotage qui se fait main après main.

Ces deux épreuves permettent d'évaluer au niveau des membres supérieurs la bonne motricité et l'absence de tremblement. Les syncinésies s'intègrent dans l'ensemble des « soft signs » observés dans des états d'immaturation cérébrale (IMC, TDAH par exemple).

La station unipodale vérifie le bon équilibre de l'enfant.

L'attitude de l'enfant pendant l'examen

Elle est importante à noter, de même que l'attitude en retour des parents (limites éducatives, attitude rassurante des parents ?). Ce peut être l'occasion de discuter avec les parents des difficultés qu'ils rencontrent dans l'éducation de leur enfant.

La question :

« Votre enfant vous met-il en difficulté dans la plupart des activités de la vie quotidienne ? » permet de confronter l'impression ressentie avec le vécu des parents.

L'audition

Elle est testée avec AUDIO 4, test d'audiométrie vocale nécessitant un calibrage préalable de la voix du testeur avec un sonomètre.

A cet âge il est intéressant de tester les deux oreilles séparément car une baisse d'acuité auditive unilatérale peut entraîner des troubles cognitifs.

Pré-test à voix haute : le testeur est assis à côté de l'enfant et lui explique le jeu. Il lui montre les planches d'images, choisit 1 planche de balayage puis demande à l'enfant de nommer à voix haute toutes les images de la planche. Si une image est inconnue ou provoque une hésitation, elle doit être expliquée simplement et redemandée au cours du pré test, pour vérifier avant le test que l'enfant a bien compris la consigne et connaît tous les items.

Le test à voix chuchotée faible (30 dB)

L'enfant est bien installé, assis devant une table où sont posées les planches d'images, ou debout devant un tableau où elle est affichée (attention aux reflets si elles sont sous plastique). Il tourne le dos au testeur. L'oreille non concernée par le test est bouchée par la main du testeur placé derrière l'enfant, à environ un mètre (une longueur de bras)

Le testeur dit les mots de la liste choisie parmi les listes dites de balayage (de 1 à 4), dans n'importe quel ordre à voix chuchotée (30dB). Chaque colonne de ces listes correspond à un champ fréquentiel différent. L'enfant montre avec le doigt l'image correspondant au mot entendu ou répète ce mot. Les 10 images d'une même planche sont demandées pour chaque oreille. Il est très important de changer l'ordre d'énumération des images pour l'examen de la deuxième oreille. Les images donnant lieu à des réponses hésitantes ou erronées sont pointées. L'erreur peut être due à un **manque de vocabulaire** (éliminée par un pré-test bien fait), à un **manque d'attention**, (il faut recanaliser l'enfant en introduisant une petite fantaisie dans le dialogue), à un **déficit auditif** (l'enfant ne fait plus d'erreur si le testeur parle plus fort).

Notation des résultats :

Lorsqu'il y a hésitation ou erreur, d'autres mots du même champ fréquentiel devront être testés. Ne sont acceptés que moins de 2 erreurs dans les listes de balayage (1 à 4). A partir de 2 erreurs, l'enfant doit être testé en liste complémentaire : on choisit alors la liste de champ fréquentiel étroit correspondant à l'erreur (listes 5 à 9).

Si plus d'une erreur persiste, l'enfant doit être adressé en consultation d'audiologie pour diagnostic

La vision

L'examen doit être fait dans un lieu calme et suffisamment éclairé.

- **Acuité visuelle de loin :**

Si l'expérimentateur a l'habitude d'utiliser un test de vision de loin, il peut le garder en indiquant de quelle échelle il s'agit.

Matériel : Une échelle des E de Snellen et une paire de lunettes de dépistage. L'échelle est placée sur un mur, à hauteur des yeux de l'enfant et à 5 mètres de lui (distance mesurée avec un ruban métrique).

Passation : On montre un E en l'entourant d'un geste souple puis on éloigne le doigt et on demande à l'enfant d'indiquer l'orientation de ce E avec sa main ou avec le petit E en plastique. Faire un essai pour s'assurer qu'il a compris la consigne. Puis le placer à 5 m et lui mettre la paire de lunettes de dépistage (avec un verre neutre et un cache). Lui montrer successivement les E des différentes lignes en commençant par les plus gros. Tester un œil puis un autre.

Notation : On juge que l'acuité est correcte si l'enfant lit la ligne 8.2/10. Si l'enfant porte des lunettes de correction, faire l'examen avec celles-ci ; l'acuité est insuffisante si elle est inférieure à 8.2/10.

Si le test est anormal CS auprès d'un ophtalmologiste.

- **Dépistage de l'hypermétropie.**

Elle n'est à faire que si l'AV de loin est normale.

Passation : Elle se fait avec le même matériel, mais en équipant l'enfant de lunettes possédant un verre de + 1,5 dioptries et un cache. On montre les E de la même façon en commençant par la ligne 6.3.

Notation : On suspecte l'existence d'une hypermétropie si l'enfant lit 4 lignes de la ligne du 8.2/10 c'est-à-dire si l'AV est la même quel que soit le type de lunettes de dépistage.

Il est nécessaire dans ce cas de rechercher les signes associés (yeux rouges, maux de tête, tendance à cligner des yeux ou à se les frotter, larmoiement, graphisme peu précis et peu soigné) et de demander un avis ophtalmologique spécialisé.

- **Vision binoculaire :**

Si ce test a déjà été pratiqué en fin de GS il est inutile de le réaliser à nouveau.

Elle est évaluée avec le test relief tropique (ou Lang II).

En cas de trouble suspecter strabisme ou amblyopie et demander un avis spécialisé. (en urgence si strabisme d'apparition récente).

Le test relief tropique doit être disposé en face, de manière fixe et perpendiculairement à l'enfant à une distance de 35 à 49cm ou posé sur la table de l'examineur, l'enfant étant au dessus du test à la même distance.

L'enfant doit montrer les trois images du test

Le langage écrit

1/ la lecture

En fin de CP, l'enfant a acquis la lecture et peut donc déchiffrer un petit texte inconnu et (pouvoir) le comprendre.

Le texte « la lapine » est proposé.

On demandera à l'enfant de lire le texte à son rythme, à voix haute, puis de répondre aux questions. Pour ce faire il gardera le texte sous les yeux pour pouvoir s'y reporter.

Si l'enfant ne peut pas répondre aux questions, il faudra lui lire le texte, ce qui permet de distinguer les problèmes de compréhension du langage oral (il ne peut pas répondre même si le texte est lu par autrui) des difficultés de compréhension du langage écrit (il répond si on lui lit le texte).

Si l'enfant répond à au moins deux questions correctement, on peut penser qu'il a acquis la compréhension du texte.

Cette épreuve doit être réussie à partir de Pâques de l'année de CP.

En cas d'échec ou d'erreurs en lecture il sera nécessaire de prévoir une deuxième consultation pour tester la conscience phonémique.

(tests tiré de la batterie BSEDS utilisée par les médecins scolaires et disponible sur cognisciences@cogni-sciences.fr)

2/ L'écriture

A cet âge l'enfant peut écrire correctement sur une ligne la phrase : « **Le petit chat a bu tout le lait** »
La tenue du crayon se fait de façon tridigitale.

**Si aucune difficulté n'est signalée à l'école, que les tests de lecture et d'écriture sont corrects,
l'examen est fini.**

Si difficulté signalée en écriture, lecture, ou calcul prévoir une deuxième consultation

DEUXIEME CONSULTATION EVENTUELLE

Si anomalie retrouvée de la lecture ou difficulté signalée à l'école en calcul ou écriture.

1/ Le graphisme

A cet âge, l'enfant peut dessiner des boucles alternées et la figure d'Hilda Santucci.

2/ La conscience phonémique

test publié dans ANAE, 2005 ; 82,122-126 – Etalonnage d'un outil d'évaluation des capacités métaphonologiques chez l'enfant de CP – C.Egaud, M.Jacquier-Roux -

« Chez l'enfant, la conscience phonologique évolue depuis la capacité à manipuler les éléments les plus larges (syllabes, rimes) jusqu'aux éléments les plus fins (phonèmes).

La capacité à segmenter un mot en syllabes devient opérante vers 4 à 5 ans, celle de manipuler les phonèmes vers 6 à 7 ans. La conscience phonémique (portant sur les phonèmes) apparaît et se renforce avec l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, dans les langues alphabétiques. »

Les résultats sont à apprécier épreuve par épreuve. En fin de CP, chez un enfant en difficulté de lecture, les épreuves de rimes et de syllabes seront souvent réussies mais celles portant sur les phonèmes seront difficiles ou échouées.

Si le score de l'épreuve est entre « -1 écart-type » et « -2 écart-type », un **bilan orthophonique doit être demandé** et amènera dans la grande majorité des cas à une rééducation. Celle-ci doit débiter le plus tôt possible.

3 /La poursuite oculaire :

- **Epreuve des huit couchés**

Tests tirés de la batterie BSEDS utilisée par les médecins scolaires et disponible sur cognisciences@cogni-sciences.fr

Epreuve à réaliser seulement en cas de trouble de la lecture ou du graphisme.

Face à l'enfant, tracer des « huit couchés » à 40 cm de la racine de son nez, en utilisant un objet attrayant comme stimulus visuel dans l'espace délimité de chaque côté de l'enfant par ses épaules, en haut par le sommet de la tête et en bas par la base du cou. Les « huit couchés » doivent toucher les limites de cet espace.

Seul son regard suit le déplacement du stimulus visuel.

La vitesse d'exécution du parcours doit être très lente ; (comme si on déplaçait une cuillère à moka avec un œuf placé dedans), soit 10 secondes environ pour un « huit couché ».

L'épreuve est réussie si la poursuite est régulière, sans arrêt, sans mouvement de la tête ou du corps et si le mouvement des deux yeux est bien synchrone.

En cas d'échec, à confronter avec le barrage de cloches et les saccades.

- **L'étude des saccades :**

Epreuve à réaliser seulement en cas de trouble de la lecture ou du graphisme.

Face à l'enfant qui doit garder la tête droite et ne bouger que les yeux, lui faire fixer alternativement des stimuli visuels situés à sa droite et à sa gauche.

L'épreuve est réussie si l'enfant est incapable d'alterner et de regarder tantôt l'un tantôt l'autre des stimuli.

En cas d'échec à l'une ou l'autre de ces deux dernières épreuves, surtout si l'enfant a des difficultés cognitives et pour réaliser le barrage des cloches, un bilan orthoptique s'impose.

En cas d'échec c'est une indication formelle de bilan d'orthophonie.
Si la lecture est échouée de façon isolée, c'est de toute façon une indication de bilan, après s'être assuré qu'il n'y a pas eu d'opposition à l'examen et que le problème de lecture existe aussi à l'école (contact avec le médecin scolaire, interrogatoire des parents).

4/ le calcul

En fin de CP, l'enfant doit pouvoir écrire ou lire un nombre avec des dizaines, faire une addition simple de tête et avoir acquis la conservation et la sériation.

Si ces épreuves sont échouées de façon isolée (lecture acquise, graphisme normal) on peut s'orienter vers une dyscalculie et demander un bilan logico-mathématique.

Si l'enfant présente un échec en calcul et en lecture, un bilan plus spécialisé doit être envisagé.

En cas d'anomalie isolée du graphisme,

Il peut s'agir d'un retard simple ou cela peut s'intégrer dans une dyspraxie. D'où l'intérêt de la manipulation des cubes et du test de barrage des cloches (attention ! à cet âge là, la durée retenue pour la validation du test est de **2 minutes**). Il sera intéressant de confronter ces données d'examen avec les données de l'interrogatoire (maladresse, difficultés pour s'habiller, découper, désintérêt pour les puzzles ou les activités de construction).

Le dépistage des troubles visuels (suivi, saccades) permet d'orienter vers une dyspraxie visuo-spatiale

A cet âge, il est impératif que le diagnostic soit posé et un bilan plus complet (avec réalisation d'un WISC) s'impose.

L'orthoptie permettra de dépister les anomalies de la poursuite visuelle pour une rééducation.
Le recours à un ergothérapeute s'imposera secondairement.

En cas d'anomalie associée à d'autres anomalies cognitives (langage, mathématiques, orientation temporo-spatiale) on pensera à une déficience globale.

Un bilan plus complet sera à prévoir auprès d'un neuro-pédiatre. Il faudra en avertir le médecin scolaire.

Dans tous les cas, l'évolution est un élément important du diagnostic et il peut être intéressant de revoir l'enfant après 3 à 6 mois.

Rédaction :

Docteur Jean Paul Blanc, pédiatre, AFPA

Docteur Gérard Belley, pédiatre, AFPA

Professeur Pierre Fournieret pédopsychiatre, hôpital femme Mère Enfant Lyon.

Docteur Nathalie Gelbert, pédiatre, AFPA

Docteur Dominique Girardon, médecin généraliste URML Ile-de-France

Docteur Monique Jacquier-Roux, médecin santé publique, Education Nationale

Docteur Jacques Langue, pédiatre AFPA

Docteur Anne Piollet, pédiatre, AFPA

Docteur Pierre Popowski, pédiatre, URML Ile-de-France

Docteur Jean Stagnara, pédiatre URML Rhône Alpes

Monsieur Francois Vital-Durand spécialiste du dépistage des troubles visuels, docteur en neuro sciences chercheur à l'INSERM

Docteur Hélène Masset, ophtalmologue

Professeur Vincent Des Portes, neuropédiatre, Hôpital femme Mère Enfant Lyon.

Docteur Françoise Bazin-Jacquemin, ORL phoniatre à Lyon.

Docteur Maurice Teyssonnière, médecin généraliste.

Madame Charlotte Seguin, neuropsychologue libérale et à l'Hôpital de Villefranche sur Saône.

ANNEXE DU PROTOCOLE : Les symptômes psychiatriques

Selon l'expertise INSERM (2001) « Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent », un enfant sur huit souffrirait en France d'un trouble mental caractérisé.

Ce constat souligne la nécessité de repérer au mieux et le plus précocement possible les symptômes possiblement révélateurs d'une souffrance psychique chez l'enfant.

Cela permettrait une prise en charge dans les meilleurs délais en amont, si possible, de l'organisation d'un authentique trouble toujours préjudiciable pour la qualité de son équilibre psychoaffectif et de son insertion relationnelle.

Les différents questionnaires proposés dans la mallette MOD 456 ne constituent pas des outils diagnostiques mais intègrent certains éléments de repérage clinique qui, par leur présence, doivent alerter et amener le praticien à rechercher plus spécifiquement une difficulté affective ou de la sphère émotionnelle.

Les troubles de la régulation des émotions et du comportement se manifestent chez le jeune enfant à travers une palette de signes dont la valeur pathogène ne peut s'apprécier qu'en tenant compte :

- des variations normales du comportement au cours du développement ;
- du contexte de vie habituel de l'enfant (condition socio-économique, références culturelles, compétences parentales, principes éducatifs ...) ;
- et de l'existence actuelle ou antérieure d'événements de vie traumatiques (conflit, séparation, décès, maladie...)

Un signe isolé sera rarement évocateur. Par contre, le regroupement de plusieurs manifestations, le caractère persistant de celles-ci au cours du temps et la gêne occasionnée doivent imposer une évaluation approfondie, au besoin complétée lors d'une seconde consultation (l'absence du père étant souvent de mise, il sera essentiel de pouvoir l'inviter à ce second entretien pour mieux appréhender la dynamique familiale et les éventuels biais de perception entre parents).

Après avoir été repérés, l'évaluation des signes témoignant d'une possible souffrance psychique de l'enfant nécessite une mise en confiance des parents et une bonne communication - c'est-à-dire empathique et non culpabilisante - pour permettre une analyse fiable de la situation et décider s'il y a lieu :

- de simplement les rassurer (manifestation relativement isolée, sans retentissement notable et pouvant correspondre à une variation ponctuelle du développement affectif ou psychomoteur normal) ;
- de revoir l'enfant à distance (à 1 & 2 mois) en cas de doute ou de manifestations d'apparition récentes ;
- ou de les orienter vers un spécialiste (psychologue ou pédopsychiatre) pour avis diagnostic et prise en charge adaptée (regroupement symptomatique, intensité et durabilité des manifestations avec retentissement significatif sur la qualité de vie). L'accompagnement des parents vers une consultation spécialisée implique une bonne connaissance des structures publiques de consultation (Centre Médico Psychologique, Centre Médico Psychologique et Pédagogique) de votre secteur d'activité ou de disposer d'un réseau « personnalisé » de professionnels libéraux.

Bibliographie pour la partie psychiatrique :

Expertise INSERM Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent (2001). Editions de l'Inserm
Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (2007). J.E. Dumas. Editions de boeck

Nom du médecin
Nom de l'enfant :

Date de l'examen :
Date de naissance :

3/ Questionnaire parental : enfant fin de GS

Questionnaire rempli par : le père la mère les deux autre précisez : _____

ANTECEDENTS

Grossesse et naissance (prématurité, faible poids, enfant adopté) :

Age de la marche : _____ mois

1) Traitements en cours : _____ oui non

Préciser _____

2) Antécédents d'hospitalisations et/ou de problèmes de santé _____ oui non

Si oui détailler :

3) Votre enfant a-t-il eu des difficultés de langage ? _____ oui non

A-t-il déjà été rééduqué(e) par une orthophoniste ? _____ oui non

4) Dyslexie, ou autre problème scolaire dans la famille _____ oui non

Préciser _____

CONDITIONS DE VIE

Situation parentale Parents vivant dans le même foyer _____ oui non

Famille monoparentale _____ oui non

Famille recomposée _____ oui non

5) Evénements familiaux depuis l'examen de 4 ans _____ oui non

Si oui le(s)quel(s) :

6) Composition de la famille (nombre d'enfants et adultes présents à la maison)

Préciser _____

Activité du père : _____

Activité de la mère : _____

7) ALIMENTATION

Votre enfant :

Mange-t-il entre les repas (grignotage) ? _____ oui non

Faut-il le forcer ou le freiner pour manger? _____ oui non

Se brosse-t-il les dents au moins deux fois par jour ? _____ oui non

9) SOMMEIL

Votre enfant

Dort-il dans le lit des parents une partie de la nuit ? _____ oui non

Prend-il un biberon la nuit ? _____ oui non

Ronfle-t-il régulièrement en dormant ? _____ oui non

A-t-il des problèmes de sommeil (s'endort difficilement, se réveille trop tôt, ou se réveille la nuit) _____ oui non

Heure du coucher: | | | H | | |

10) AUTONOMIE ET HABILITE

Votre enfant

Aime-t-il dessiner ? _____ oui non

Est-il à l'aise avec l'utilisation de la fourchette et du couteau pour manger _____ oui non

Sait-il s'habiller seul ? _____ oui non

Sait-il découper avec des ciseaux ? _____ oui non

Est-il à l'aise avec les puzzles et les activités de construction ? _____ oui non

Est-il attiré par les activités manuelles (bricolage, gommettes, pâte à modeler) ? _____ oui non

L'enseignant se plaint-il de sa lenteur ? _____ oui non

11) CONTROLE SPHINCTERIE

Votre enfant :

A-t-il des accidents dans la journée (slip taché ? gouttes ?...) _____ oui non

Est-il propre de nuit ? _____ oui non

A-t-il des problèmes d'évacuation intestinale (selles molles, irrégulières, constipation) --oui non

12) ORIENTATION TEMPORO-SPATIALE

Votre enfant

Connaît-il la droite et la gauche ? oui non

Connaît-il la différence entre matin après-midi et soir ? oui non

13) COMPORTEMENT

Votre enfant :

Bouge-t-il tout le temps ? oui non

Se met-il souvent en danger (risques inconsidérés) ? oui non

Se met-il en colère à la moindre contrariété ou est-il bagarreur? oui non

Se montre-t-il le plus souvent étourdi (oublie, perd ses affaires personnelles) ? oui non

Se montre-t-il opposant pour les règles de la vie quotidienne à la maison ou à l'école ? oui non

Peut-il attendre son tour quand il joue ou pour parler ? oui non

Peut-il mener jusqu'à son terme une activité prolongée ? oui non

14) VIE AFFECTIVE

Votre enfant :

Est-il souvent angoissé ? oui non

Exprime-t-il de la tristesse ? oui non

Si oui est-ce la plupart du temps ? oui non

Exprime-t-il des peurs et/ou des préoccupations gênant sa vie quotidienne

(Sur la saleté, les microbes, ou l'ordre par exemple)? oui non

Exprime-t-il souvent des inquiétudes à votre égard ou sur sa santé physique ? oui non

Refuse-t-il de partir plusieurs jours chez une autre personne que les parents ? oui non

(Grands-parents, amis, famille ...)

15) VIE RELATIONNELLE

Votre enfant :

A-t-il tendance à s'isoler (en classe et/ou à la maison) ? oui non

Peut-il jouer seul dans une pièce ? oui non

A-t-il du mal à se faire des copains et à les garder? oui non

Est-il très timide voir renfermé ? oui non

Parait-il parfois bizarre dans ses propos ou son comportement ? oui non

Passe-t-il à votre avis trop de temps devant la télé, l'ordinateur ou les jeux vidéo ? oui non

16) AUDITION

Trouble de l'audition déjà détecté ou suivi ORL en cours oui non

Votre enfant parle-t-il fort ? oui non

Fait-il répéter ? oui non

Entend-il mal ou monte-t-il le son de la télé ? oui non

Entend-il mal quand il y a du bruit autour ? oui non

Comprend-il tout ? oui non

17) VISION

Trouble de la vision déjà détecté ou suivi ophtalmologique en cours ? oui non

18) DIFFICULTE SIGNALEE A L'ECOLE ? -----OUI NON

Si oui laquelle

A-t-il une aide dans le cadre de l'école ?

19) Est-il suivi par un CMPP, un CMP, un psychologue de ville,? -----oui non

Si oui, pour quelle raison ?

20) VOTRE ENFANT VOUS MET-IL EN DIFFICULTE DANS LA PLUPART DES ACTIVITES DE LA VIE

QUOTIDIENNE ? -----OU NON

.....

Nom du médecin
Nom de l'enfant :

Date de l'examen :
Date de naissance

Questionnaire médecin : Examen de l'enfant en fin de GS

Première consultation

EXAMEN CLINIQUE

Examen général

Poids _____ kg

Taille _____ cm

IMC _____

Examen général (y compris colonne, TA, état des dents, articulé dentaire) normal -----oui non

Anomalies éventuelles : _____

Examen neuromoteur

Pianotage	normal <input type="checkbox"/>	syncinésies <input type="checkbox"/>	difficile <input type="checkbox"/>
impossible <input type="checkbox"/>			
Marionnettes	normal <input type="checkbox"/>	syncinésies <input type="checkbox"/>	difficile <input type="checkbox"/>
impossible <input type="checkbox"/>			
Equilibre sur le pied droit	normal > 10 sec	difficile <input type="checkbox"/>	impossible <input type="checkbox"/>
Equilibre sur le pied gauche	normal > 10 sec	difficile <input type="checkbox"/>	impossible <input type="checkbox"/>

(QP 17) Vision

Trouble de la vision déjà détecté ----- oui non

Si oui lequel _____

Prise en charge actuelle _____

Vision de loin (méthode =)OD / 10 OG / 10
dépistage de l' hypermétropie normal anormal

Vision des reliefs (méthode =) normal anormal doute

Conclusion de l'examen visuel : _____

(QP 16) Audition

Trouble de l'audition déjà détecté -----oui
 non

Si oui lequel _____

Prise en charge actuelle _____

Antécédents personnels _____

Signes d'appel

Parle fort ----- oui non

Entend mal ----- oui non

Troubles du comportement ----- oui non

Antécédents d'otite ----- oui non

Examen des tympans normal ----- oui non

Détailler _____

AUDIO 4 sinon test utilisé : _____ conditions de passation _____

OG _____

OD _____

Conclusion _____

Attitude de l'enfant (se servir de l'attitude pendant l'examen et de l'interrogatoire)

Normale ----- oui non

(Séparation avec sa mère facile, difficile, impossible, difficultés relationnelles enfant / parents,
Caprices ?)

Détailler _____

Repérage de troubles familiaux (manque de stimulation, négligence, violence, manque de limites)

Deuxième consultation

ERTLA 6

Conditions de passation _____

Nombre d'épreuves échouées _____

Epreuves échouées _____

normal

anormal

doute

Orientation diagnostique : _____

OU, si ERTLA 6 non réalisé

Conscience phonologique (annexe 1)

Rimes

Score / 8

Comptage syllabique

Score / 5

Suppression syllabique

Score / 10

Score obtenu / 23

Score : satisfaisant de 23 à 8,5 – douteux de 8,5 à 2 – pathologique si inférieur à 2.

Tests tirés de la batterie BSEDS utilisée par les médecins scolaires et disponible sur cognisciences@cognisciences.fr

Aptitudes mathématiques (cubes)

Faire deux tas de cubes, l'un de 5, l'autre de 7, et laisser les 3 autres en disant que c'est la réserve. Demander à l'enfant de compter chaque tas (numération), puis de dire si les deux tas sont pareils (comparaison).

Puis lui demander d'égaliser les deux tas. S'il additionne (en prenant dans cubes dans la réserve) et égalise l'addition est réussie.

Enlever ensuite les cubes de la réserve et lui demander d'égaliser. Il sera obligé de soustraire (soustraction réussie).

Sait compter et comparer

oui non

Additionne

oui non

Soustrait

oui non

(QP 12) Orientation temporo spatiale

Difficultés signalées par les parents ?

oui non

Distingue matin, midi et après-midi (après le repas de midi c'est ?)

oui non

Connaît les jours de la semaine (quel jour est-on ? hier ? demain ?)

oui non

Connaît D/G

sur lui

oui non

sur autrui

oui non

Graphisme(cf annexe 2)

- Écrit son prénom oui non
- Tenue du crayon correcte oui non
- Losange oui non
- Rectangle avec diagonales oui non
- Boucles simples oui non

Tests complémentaires si problèmes

Si doute / praxies

Suivi de lignes (annexe 3)

oui non

Faire un escalier avec 6 cubes (avec modèle)

oui non

Si doute sur l'attention faire le test de tapping

Test conflit : « tu dois faire le contraire de moi. Si je tape une fois (p) tu dois taper deux fois (pp) et si je tape deux fois (pp) tu dois taper une fois (p) Proposez ensuite la série :

frappes p pp pp pp p p p pp pp p

Si l'enfant se trompe, passez à la frappe suivante sans commentaires.

Cotation : 1 point par frappe correctement réalisée, score/ 10 (normale = 9 ou plus ; anormale = inférieurs à 7).

CONCLUSION

Synthèse des anomalies détectées au cours de l'examen

Consultations spécialisées prévues à l'issue de l'examen

Examens complémentaires prévus

Est-il prévu de revoir l'enfant?

ANNEXE 1

Conscience Phonologique Fin GS

Tests tirés de la batterie BSEDS utilisée par les médecins scolaires et disponible sur cognisciences@cogni-sciences.fr

LES RIMES :

On explique à l'enfant qu'on va jouer avec les mots, et que pour ce jeu il va falloir trouver les mots qui riment c'est-à-dire qui se terminent pareil (par le même son)

Noter le score total sur / 10

EXEMPLE : donner la réponse

SOURIS		CHAPEAU	MARI	TORTUE
--------	--	---------	------	--------

ESSAI : si l'élève se trompe donner la réponse et ré expliquer. Puis on dit à l'enfant qu'il va devoir trouver la réponse seul. Si on doit ré expliquer la consigne, reprendre les mêmes exemples.

CALIN		MATIN	LIT	BALLON
-------	--	-------	-----	--------

LISTE :

A partir de maintenant on ne commente plus. On répète la consigne seule : « trouve le mot qui finit comme c'est, ou »

SAPIN		BONBON	CHAPEAU	MARIN
MARTEAU		CHEVAL	GATEAU	BOUGEOIR
BALLON		RAISIN	PANTALON	BATEAU
BALANCOIRE		ARMOIRE	OISEAU	BOUTON
CHAUSSETTES		MOUTON	DRAPEAU	FOURCHETTE
BOTTINE		BATEAU	EGLANTINE	DINDON
ECOLE		ENVOL	BUREAU	LAVOIR
MARDI		PAPIER	RADIS	PLAFOND

Score sur / 8

COMPTAGE SYLLABIQUE :

Faire compter sur les doigts ou rythmer avec les mains le nombre de syllabes contenues dans les mots.

EXEMPLE : je vais te donner un exemple : je dis BATEAU ; il y a deux syllabes dans ce mot BA et TO (compter sur les doigts les deux sons BA et TO pendant l'énoncé)

ESSAI : KILO

Si l'enfant se trompe donner la bonne réponse, en comptant les syllabes sur les doigts en même temps que vous les nommez KI-LO. Refaire un autre essai avec MARINA

TEST

à partir de maintenant ne plus commenter. Combien y a-t-il de syllabes dans

JOLI ELEPHANT POISSON POT POTIRON

Score sur / 5

SEGMENTATION SYLLABIQUE

EXEMPLE :

Je dis JOLI, et maintenant je dis JOLI sans dire JO ; il reste LI.

ESSAI

A toi d'essayer : dis après moi MANGER. L'enfant répète le mot. Et maintenant je dis MANGER sans dire GER il resteMAN. Si l'enfant se trompe, dites lui il fallait dire MAN. Si besoin d'un deuxième essai

CHATEAU, et maintenant dis CHATEAU sans dire TO.....il resteCHA. Si l'enfant se trompe, dites lui « il fallait dire CHA ».

TEST

Dis après moi		Et maintenant dis	Mais sans dire	
MARTEAU		MARTEAU	Sans Dire	TO
RADIO		RADIO	Sans Dire	DIO
BATEAU		BATEAU	Sans Dire	TEAU
LAPIN		LAPIN	Sans Dire	PIN
MARDI		MARDI	Sans Dire	DI
RAISIN		RAISIN	Sans Dire	RAI

CITRON		CITRON	Sans Dire	CI
TORTUE		TORTUE	Sans Dire	TOR
BALLON		BALLON	Sans Dire	BA
CHAUSSETTES		CHAUSSETTES	Sans Dire	CHAU

Notation : enregistrer les résultats sans commentaire. Compter un point par mot réussi. Score de 10 maximum.

Score/ 10

Au total la conscience phonologique est notée sur 23. (un enfant n'obtenant pas de point en segmentation syllabique et obtenant un total de 13) doit être réévalué en fin d'année.)

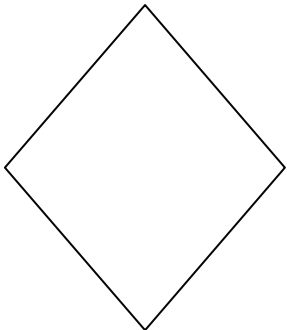
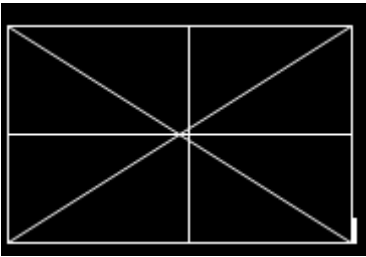

Score obtenu/ 23

(moyenne 13,8 - 1 ET = 8,5 - 2 ET = 2 entre 5 ans 5 mois et 6 ans)

ANNEXE 2

Graphisme fin de GS

3 dessins

1 : losange	2 : rectangle	3 boucles simples
		

ANNEXE 3

Suivi de lignes fin de GS

A chacun sa maison : animaux avec leurs maisons

Annexe 4

Nous remercions :

- les membres du comité de pilotage sans qui ce travail n'aurait pu exister: les Drs Blanc JP, Gelbert N, Jacquier Roux M, Piollet A, Popowski P, Mouries R, M , Stagnara J,
- les experts qui ont apporté leur contribution : Dr. D. Barrier médecin scolaire de la ville de Lyon, Dr. F. Bazin-Jacquemin, ORL phoniatre, Dr. G. Beley pédiatre Pr V. Desportes, neuropédiatre, Dr O. Goens et Dr. R. Hamel médecins de PMI (69), Dr. J. Langue neuropédiatre, Dr. C. Martin-Jourden médecin de l'éducation nationale, Dr H. Masset ophtalmologue, Dr. M. Rèche généraliste, Dr Revol pédopsychiatre Hospices Civils de Lyon, Mme C. Seguin neuro-psychologue, Dr.M. Teyssonnière médecin généraliste et Mr.F. Vital-Durand, chercheur INSERM
- Les URML Ile-de-France et Rhône Alpes
- L'AFPA
- Les URCAM Ile de France et Rhône Alpes
- Les médecins expérimentateurs :

Elsa Antoniotti
Rémy Assathiany
Hélène Battelier
Michel Belleudy
Evelyne Berberides
Serge Bouhana
Gisèle Boukadia
Marie Claire Bourdet
Olivier Brun
Catherine Bruneau
Jean Pierre Champion
Marie Christine Chauvel
Hélène Courtot
Elsa Das
Irène De Kerdaniel Ariche
Marie Claire Deville
Isabelle Donikian
Pierre Dudognon
Dominique Dugit-Gros
Pascal Dureau

Isabelle Farvacque
Lilia Fiani
Philippe Gérard
Michel Gilot
Annick Givois
Denis Grange
Thierry Granier
Jacques Grichy
Amandine Haussegry
Ghislaine Henry
Sylvie Hubinois
Daniel Jacob
Rita Kassis
Anne Louise Lambert
Patrick Lambert
Brigitte Le Bot
Agnès Le Brun Giraud
Annie Maisonnial
Jacques Patrice Lamy
Véronique Laplane

Christine Lassalle
Patricia Lefébure
Carine Loyn Girard
Patricia Lubelski
Isabelle Luck
Olivier Marchand
Laure Mavraganis
Claude Meynier
Francis Miquel
Félicia Morasi
Pierre Popowski
René Réal
Marcelle Rèche
Didier Roca
Marie-Anne Roux
Camille Schelstraete-Voyron
Virginie Touet
Claude Valentin
Céline Vial
Stefano Zucchi