

## Les DYS : quel âge pour quel diagnostic ?

Dr Alain POUHET ~ Médecine Physique et Réadaptation ~ Avril 2010

En situation de difficulté scolaire, affirmer une DYS peut être largement anticipé sans attendre l'âge auquel on peut habituellement poser un diagnostic. Cette possibilité, cette "situation de haute probabilité" doit être connue, en particulier des MDPH qui refusent parfois de l'aide à des enfants au prétexte qu'ils n'ont pas atteint l'âge "ad hoc"!

Les aides et les adaptations précoces sont pourtant des facteurs reconnus d'évolution favorable ou, pour le moins, d'école "facilitée", grâce à la mise en place d'un plan de compensation du handicap, avec ou sans diagnostic posé, ce qui est le rôle de la MDPH.

✚ Rappelons que s'autoriser à parler de DYS suppose à la fois :

- de montrer un retard dans les tests étalonnés s'adressant aux fonctions suspectes (de plus de 1,5 DS), ce qui correspond donc à une **pathologie** et place, de fait, l'enfant en situation d'inéquité par rapport aux pairs de même âge,
- de prouver que **l'intelligence** générale (conceptuelle, raisonnementale...) est **préservée** en utilisant des tests appropriés ne sollicitant pas les fonctions cognitives suspectes,
- qu'il n'y a pas d'autre cause avérée des difficultés scolaires de l'enfant. Si d'autres pathologies existent (pathologies sensorielles, neurologiques...) les difficultés observées sont sans commune mesure avec ce que l'on constate habituellement,
- de distinguer les difficultés d'apprentissage (à l'école) et les causes cognitives (neuro-développementales) → cette non distinction est source d'ambiguïté concernant l'âge de diagnostic.

✚ Les difficultés scolaires, les troubles spécifiques des apprentissages ne constituent en rien un diagnostic, ils ne sont que la constatation de difficultés hors normes dans l'apprentissage de la lecture (dyslexie), idem pour le calcul, l'écriture manuelle, l'orthographe... (l'enfant lit mal, écrit mal, calcule mal...). Ce ne sont que des SYMPTÔMES, qui requièrent une intensité minimale pour être qualifiés de pathologiques, d'où la nécessité des 2 années d'âge de décalage...

✚ Il reste à déterminer le DIAGNOSTIC causal par l'examen neuropsychologique. Les troubles cognitifs spécifiques représentent la panne, plus ou moins intense, de modérée à massive, d'un ou plusieurs sous modules dans la boîte à outils intellectuelle des enfants à l'origine des difficultés en classe. Il est possible de les mettre en évidence à partir d'un certain âge, grâce à l'examen neuropsychologique de l'enfant, toujours en référence à sa tranche d'âge.

✚ Si des signes scolaires sont repérés et que l'on juge les performances, les productions de l'enfant suffisamment en décalage pour alerter on peut ainsi vérifier l'intégrité (ou non) des différents outils cognitifs en premier lieu le facteur G, mais aussi les autres secteurs cognitifs : gnosies, praxies, mémoires, fonctions neurovisuelles et spatiales, fonction exécutives et attention, langage...

**Si une hétérogénéité est mise en évidence au sein des sous fonctions cognitives et si cette discordance peut être corrélée avec les difficultés repérées par l'enseignant, alors on peut parler de haute probabilité de DYS bien avant l'âge généralement admis pour un "diagnostic" de TSA.**

## Quel est le risque ?


C'est celui d'engager des aides dont l'enfant n'avait, *peut-être*, pas besoin ?

Mais c'est aussi celui de dire "*ça va s'arranger avec le temps*" et de laisser un enfant DYS poursuivre sa scolarité sans les aides nécessaires et appropriées, donc personnalisées.

Dans le 1<sup>er</sup> cas, l'aide apportée à l'enfant n'est jamais néfaste et permet de combler mieux et plus rapidement un retard simple.


Dans le 2<sup>ème</sup> cas, on risque fort de ne se pencher sur ses difficultés que lorsque l'enfant sera en grave échec scolaire.

## Correspondances entre les différentes pathologies cognitives et les âges légitimes de suspicion.

<b>Pathologies</b>  	Développement normal, donc si décalage important → <b>âge légitime de suspicion !</b>	Déviations, si elles existent → <b>renforcement de la SUSPICION, voire, affirmer le diagnostic.</b>	Corrélation : clinique/tests NΨ → <b>âge possible de DIAGNOSTIC →</b>	<b>Equivalence en terme de classe fréquentée (si il n'y a pas eu maintien)</b>
<b>LANGAGE</b>	Associe 2 mots à 2ans ½, compréhension d'un ordre simple à 3ans, associe 3 mots (S.V.C.) à 3 ans ½, expression proche du langage adulte à 5-7 ans...  En cas de pathologie diagnostic possible dès 18-24 mois en cas de trouble de la compréhension (ex. dysphasies réceptives)	Hypospontanéité du discours mais avec une possible informativité. Complexification arthriques et dissociations intralinguistiques = utilisation de mots-phrases, verbes à l'infinitif, n'utilise pas de connecteurs... <i>NPO les autres formes : dysphasies mnésiques(manque du mot) ou dysexécutives (pragmatique déficitaire).</i>	- Eliminer surdité - <b>Orthophoniste</b> → tests langagiers étalonnés <b>3 ans - 4 ans,</b> selon le type et l'intensité.	<b>PSM - MSM</b>
<b>PRAXIES</b>	Se référer à l'âge normal d'acquisition des habiletés manuelles. Ex : 3ans → cercle, pont avec 3 cubes 3ans½ → croix 4ans → carré, pyramide 6 cubes ... AVQ : boutons à 5ans, coupe viande à 6ans, lacets à 7ans.... En cas de pathologie diagnostic évoqué dès 3-4ans : conjonction de a-graphie, dissociation verbal/performance, histoire médicale évocatrice...	Echecs variables = variabilité des productions. Conscience du décalage intention/réalisation = critique de la production	- Affirmer le tbl praxique <u>et</u> éliminer un autre tbl: moteur... - <b>Médecin</b> - <b>Ergothérapeute</b> - <b>Psychomotricien</b> <b>4ans – 5ans</b> mais jusqu'à <b>8 ans</b> , selon niveau verbal, intensité des troubles, nature de la dypraxie...	<b>MSM – GSM</b>  <b>...CE2</b>

<p><b>NEUROVISION</b> (excepté versant gnosique, voir infra)</p>	<p>Mise en place précoce vers 3 mois de la motricité oculaire conjuguée et très rapidement de la coordination œil main. La mise en jeu de ces aptitudes neurovisuelles dans les apprentissages scolaires se fait de façon implicite. En cas de pathologie, au cours de la première année: absence d'accroche/errance du regard, problème de poursuite...</p>	<p>A l'école (si les troubles intéressent uniquement le versant visuospatial) : Affecte particulièrement les tâches qui nécessitent une analyse visuelle ou spatiale = aggravation des difficultés de réalisation en copie : figures complexes, sur quadrillages...</p>	<p>- Bilan ophtalmo - <b>Orthoptiste</b> - Ergothérapeute <b>4ans½ – 5 ans</b>  <b>Beaucoup plus tôt si situation à risque et examen systématique.</b></p>	<p><b>MSM - GSM</b></p>							
<p><b>GNOSIES Visuelles</b></p>	<p>La reconnaissance des images est une aptitude très précoce. En cas de pathologie, dès 2-3ans, désintérêt pour les images, la TV...</p>	<p>L'enfant ne parvient pas à la même reconnaissance que le tiers qui lui présente l'image → tbl du comportement.</p>	<p>- Diagnostics peu porté par méconnaissance - <b>orthoptiste ou ergothérapeute informés</b>  À partir de <b>5 -7 ans</b></p>	<p><b>MSM – CP</b></p>							
	<p>La reconnaissance des signes conventionnels (lettres) est rapide dès le début de l'exposition au LE (= dès la GSM)</p>	<p>Difficultés de reconnaissance des lettres: Confusions morphologiques, n/m, n/h..., qui perdurent = l'entrée dans la lecture est quasi-impossible.</p>			<p><b>GNOSIES Auditives</b></p>	<p>La reconnaissance des sons de la langue maternelle, la différenciation des phonèmes proches est une aptitudes très précoce. Dès 18-24 mois en cas de trouble de la compréhension (ex. dysphasies réceptives)</p>	<p>L'enfant interroge sur son audition → il parle mal et confond des sons proches (f/v, ch/j...)</p>	<p>- Diagnostic porté après avoir éliminé une surdité - <b>Orthophoniste</b>  À partir de <b>4 - 5ans</b></p>	<p><b>MSM – GSM</b></p>	<p><b>Fonctions "transversales":</b>  - <b>Attention</b>  - <b>Mémoires (M)</b>  - <b>Mémoire de Travail (MdT)</b>  - <b>Fonctions Exécutives (FE)</b></p>	<p>Mise en place <u>très</u> progressive, entre 0 et 16 ans, avec des "palliers" repérables sur le plan scolaire : 3ans, 7-8ans (l'âge de raison), et 15-18ans...</p>
<p><b>GNOSIES Auditives</b></p>	<p>La reconnaissance des sons de la langue maternelle, la différenciation des phonèmes proches est une aptitudes très précoce. Dès 18-24 mois en cas de trouble de la compréhension (ex. dysphasies réceptives)</p>	<p>L'enfant interroge sur son audition → il parle mal et confond des sons proches (f/v, ch/j...)</p>	<p>- Diagnostic porté après avoir éliminé une surdité - <b>Orthophoniste</b>  À partir de <b>4 - 5ans</b></p>	<p><b>MSM – GSM</b></p>							
<p><b>Fonctions "transversales":</b>  - <b>Attention</b>  - <b>Mémoires (M)</b>  - <b>Mémoire de Travail (MdT)</b>  - <b>Fonctions Exécutives (FE)</b></p>	<p>Mise en place <u>très</u> progressive, entre 0 et 16 ans, avec des "palliers" repérables sur le plan scolaire : 3ans, 7-8ans (l'âge de raison), et 15-18ans...</p>	<p>Retentissement variable mais très souvent global : les troubles diffusent dans tous les domaines.</p> <p>- M : impossibilité de rétention du lexique, des faits numériques, des listes, des règles, des tables (confusions, ajout d'intrus, interférences.), impression de "construire sur du sable".</p> <p>- MdT : difficultés de réretention donc de gestion et de compréhension en temps réel</p> <p>- FE : difficultés de planification, stratégie, flexibilité mentale, inhibition des automatismes, impulsivité, persévérations, diffidences...</p>	<p>Tbl grave et bruyant: <b>3-5 ans</b> par ex. : THADA</p> <p>Tbl intensité moyenne : <b>4-8 ans</b></p> <p>Tbl modéré : <b>9-10 ans</b> mais peut passer inaperçu</p>	<p><b>PSM – GSM</b>  <b>MSM – CE2</b>  <b>CM et au delà</b></p>							

<b>Correspondance entre troubles cognitifs spécifiques,</b>	<b>et les troubles spécifiques des apprentissages,</b>	<b>mais avec des compétences habituellement préservées, par ex :</b>
Trouble (Tbl) de la production phonologique : Dysphasie phonologique  Proche, fréquemment associée : Dyspraxie Bucco-Faciale	Tbl du langage oral (LO) - jargon : informativité problématique, avec problème d'accès au langage écrit (LE) (problème de conversion grapho-phonologique)	
Trouble intrinsèque des compétences syntaxiques : Dysphasie syntaxique	Tbl LO avec une possible informativité et avec conséquence sur le LE : dyslexie, (pourtant passer +++ par l'apprentissage précoce du LE, "support visuel" de la structuration du langage oral)	La compréhension verbale, le désir de communiquer, la communication non verbale (gestes, mimes, mimiques) ..., les aptitudes non verbales ...
Dysphasies	Dyslexies Dyscalculie linguistique → aspects langagiers du nombre et résolution de problème	Idem, noter l'accès plus aisé à la numération non oralisée mais écrite en base 10 en chiffre arabe reposant sur la logique du système décimal...
Trouble grave de discrimination phonologique : Dysphasie réceptive donc expressive	Tbl grave de la compréhension orale et plus globalement comportemental + dyslexie	Compréhension situationnelle non verbale, mais aussi de la signification des bruits familiers, des cris d'animaux... Raisonnement non verbal indemne... Appétence pour les jeux non verbaux...
Trouble (plus modéré) de la discrimination phonologique	Difficultés LO puis dyslexie "phonologique", avec ses conséquences habituelles : dysorthographe, dysgraphie...	Bonnes compétences par ailleurs, sous réserve que les difficultés en lecture ne mettent pas à mal la compréhension de l'énoncé...
Trouble des aptitudes métaphonologiques	Dyslexie "phonologique" avec ses conséquences habituelles : dysorthographe, dysgraphie...	
Troubles praxiques	<b>Dysgraphie</b> et plus globalement difficultés dans tous les tracés (dessin, géométrie...) NPO les difficultés dans les activités de la vie quotidienne.	Habiletés +++ pour parler, raisonner verbalement, mémoriser...
Troubles neurovisuels : oculomoteur et spatiaux	Dyscalculie spatiale et dyslexie visuelle (adressage, l'enfant se "perd" dans le texte). Difficultés avec toutes les entrées visuospatiales → géométrie, plans, schémas, cartes, tableaux, graphiques...	+++ Habiletés pour parler, raisonner verbalement, mémoriser..., mais difficulté possible si cette élaboration langagière ce fait sur du matériel nécessitant un traitement visuel...
DVS	Dysgraphie + dyscalculie ± dyslexie visuelle ± dysorthographe lexicale.	

Agnosie visuelles images	Déficit du vocabulaire concret, souvent agraphie. Tbl comportementaux	Habilités +++ pour parler, raisonner verbalement, mémoriser... à condition de ne pas utiliser de support imagé
Agnosie visuelle des signes conventionnels	Dyslexie sévère, mais non phonologique, non visuo-attentionnelle...	Bonnes aptitudes en dehors du LE, pas de trouble en LO → prise en charge précoce +++.
Troubles mnésiques (MLT)	Echec global "inexpliqué" : dysorthographe sans dyslexie, non rétention des faits numériques, apprentissage de listes, connaissances générales altérées par confusions et amalgames, manque du mot et faiblesse lexicale, mauvaise maîtrise des scripts et schémas narratifs... tbl de la structuration temporelle...	Bon niveau conceptuel. Pas de tbl du langage Meilleures performances avec la permanence des supports... et évidemment avec des "aides mémoires"...
Troubles mémoire de travail	Tbl de la compréhension en temps réel, en lien avec la longueur des items, la durée de la tâche... Dyslexie (lecture des mots longs des mots nouveaux en assemblage). Dyscalculie (calcul mental).	Performances et aptitudes plus aisées en deçà de la limite en MdT, si on soulage la MdT, par ex. en lecture avec les mots réguliers et courts puis, plus tard, en utilisant une méthode de renforcement syllabique...
Dysphasie mnésique ⇔ problème d'accès au "matériel" verbal	Tbl LO (aspect lexical +++)	Aide par le contexte, l'ébauche orale du mot (indiciage)...
Fonctions exécutives	Echec global avec tonalité particulière : tbl de la stratégie, tbl de raisonnement avec succession d'étapes, tbl attentionnels, défaut de flexibilité, défaut d'inhibition des procédures antérieurement automatisées... impulsivité, persévérations, diffluences, dans le récit et la narration...  Si partiel, "pénétration" variable selon les domaines cognitifs : "fausses" dysphasies, dyspraxies, tbl visuospatiaux...	<b>Aides +++ par l'amélioration de l'environnement de travail</b> : éliminer les distracteurs, canaliser l'attention, lutter contre l'impulsivité, arrêter les persévérations/les diffluences, pallier le déficit de stratégie...
Tbl de <u>vrai</u> l'attention (par ex. THADA = tbl spécifique primitif)   aux diagnostics différentiels : - enfant intellectuellement limité donc dépassé - enfant en situation de double tâche, donc inattentif - enfant anxieux, déprimé = non disponible	Retentissement global. Très fort retentissement socio familial : l'enfant est "victime" de ses symptômes, il est (et son entourage) en grande souffrance.	Idem, + apport des psychostimulants ... (certain, mais variable en fonction de la réponse de l'enfant au traitement).

## CONCLUSION

Il n'est plus admissible en 2010, de refuser d'aider un enfant DYS dont les troubles se manifestent massivement, parfois exclusivement, à l'occasion des apprentissages scolaires (TSA = dyslexie, dyscalculie, dysorthographe, dysgraphie...) sous prétexte qu'il n'a pas l'âge requis pour le diagnostic !

Pour ces enfants, vérifier systématiquement que l'on est bien dans une situation de DYS (intelligence préservée, difficultés hors normes aux tests, entourage et situation psycho dynamique non délétère = contexte développemental), permet d'attirer l'attention des adultes et d'entreprendre une investigation précoce de la "boîte à outils intellectuelle" des enfants. Il s'agit de chercher à comprendre comment ils apprennent (ou non) avec les outils cognitifs dont ils disposent (ou non).

Une fois cette expertise réalisée, on affirme **un trouble cognitif spécifique qui entre en résonance avec les difficultés concrètes de l'enfant en classe et permet de les expliquer.**

Mais par la même occasion, on affirme aussi, que l'on n'est pas dans le registre de la déficience intellectuelle, du problème "psy", du trouble du comportement, de la mauvaise volonté, du manque de motivation ou d'intérêt...

L'expertise peut n'amener qu'une hypothèse de haute probabilité que l'on devra expliquer précisément (...au vu de l'ensemble des bilans, j'écarte sur tel argument la déficience intellectuelle, tels ou tels signes évoquent fortement telle DYS*qqch*ose, je préconise tel et tel aménagement...), ce qui permettra d'engager des adaptations, d'en mesurer le bien-fondé, et de reprendre le bilan 6-12mois plus tard pour confirmation.

La situation d'inéquité (handicap) par rapport aux pairs dans un ou plusieurs apprentissages est établie.

Elle permet de mettre en place un plan de compensation de ce handicap le plus tôt possible.

On se donne alors les moyens de réduire les conséquences du trouble par la rééducation et/ou de fournir les aides et/ou moyens de compensation pour progresser et investir positivement la scolarité.

Cette démarche d'évaluation neuropsychologique devrait se mettre en place précocement, c'est à dire le plus tôt possible dans la fourchette d'âge admise, celle dans laquelle on va de la simple suspicion (situation à risque avéré) au diagnostic établi, afin d'éviter que ces enfants intelligents rencontrent, à coup sûr, une grande incompréhension, de graves désillusions scolaires, au grand désespoir de leurs parents et de leurs enseignants.

Remerciements au Dr Michèle MAZEAU.

In **Neuropsychologie et troubles des apprentissages**" - Ed. MASSON. 2005

Introduction (page XXVI) :

*"...ce livre a aussi l'ambition de faire prendre conscience à l'ensemble des intervenants auprès de ces enfants qu'on ne peut les percevoir simplement comme déficitaires, en termes de manques, de déficiences, de lacunes, de carences.*

*Cet enfant qui, précocement, ne dispose pas du même répertoire de compétences que les autres pour se construire, fonctionne et se développe autrement, pas seulement avec des «moins», mais fondamentalement différemment, et c'est pourquoi il déroute tant..."*