Tous à l'école

Troubles de la Mémoire - Troubles mnésiques

Qu'est-ce qu'un trouble mnésique ?

La mémoire est, en premier lieu, la capacité de conserver et de restituer une information acquise. Cette définition peut être élargie à la capacité d'évoquer une expérience passée, voire à la capacité d'adapter son comportement en fonction d'une expérience passée.
Les troubles de la mémoire (ou troubles mnésiques) sont multiples et couvrent à la fois les troubles de l'acquisition d'un souvenir (encodage), les troubles du maintien de ce souvenir à long terme (stockage), et les troubles de la réutilisation de l'information stockée (récupération).
Ils peuvent exister dans des circonstances très diverses chez l'enfant et l'adolescent. Ils sont parfois isolés ou bien associés à d'autres troubles cognitifs (dysphasie, dyspraxie visuo-spatiale...) Dans d'autres cas, ils s'inscrivent dans le cadre d'une pathologie ou d'une déficience (IMC, hydrocéphalie, séquelles de traumatisme crânien, trisomie 21, autres déficiences intellectuelles...) Par ailleurs, certains traitements médicamenteux peuvent entraîner des troubles de mémoire.

Pourquoi ?

La mémoire n'a pas une localisation unique dans le cerveau. Pour ce qui est de la mémoire à long terme, le processus de mémorisation implique des structures du cerveau bien précises : le système limbique, situé au centre du cerveau, et plus particulièrement sur le circuit hippocampo-mamillo-thalamo-cingulaire de Papez. Le stockage de l'information mémorisée se fait ensuite dans une mosaïque d'aires spécialisées localisées dans la région du cortex où l'information a été traitée : le lobe temporal gauche pour le langage et le lobe occipital pour les souvenirs visuels par exemple.

Les principaux types de mémoire sont :

1. La mémoire de travail : système de capacité limitée responsable du maintien temporaire et de la manipulation de l'information lors de la réalisation de tâches cognitives. C'est ce type de mémoire qui est utilisé pour résoudre un exercice de mathématique par exemple : l'élève garde à l'esprit les différents éléments de l'énoncé, afin d'élaborer une stratégie pour répondre à la question posée. Cette mémoire est également indispensable à l'apprentissage de la lecture. La capacité de la mémoire de travail augmente avec l'âge : 3 chiffres en moyenne section de maternelle, 5 en CP, 7 +/- 2 à l'âge adulte.

2. La mémoire à long terme : de large capacité (habituellement qualifiée d'illimitée) , elle permet de garder des informations pendant des années. Elle se compose de deux entités :

- la mémoire implicite (ou procédurale) qui permet d'apprendre sans garder le souvenir de l'apprentissage et d'améliorer son habilité par la répétition de cette pratique (par exemple, apprendre à faire du vélo, conduire une voiture, tricoter, écrire...)
- la mémoire explicite (ou déclarative) où sont gardés les souvenirs d'évènements familiaux, de livres lus, de voyages faits, etc.

Les troubles de la mémoire sont rarement isolés. Ils sont le plus souvent transitoires, signe d'un manque de sommeil ou d'un trouble psychologique transitoire (dépression, stress...). Parfois ils sont le signe ou la séquelle d'un problème neurologique tels que :
- Un traumatisme crânien, une chirurgie du cerveau, un accident vasculaire cérébral, une anoxie cérébrale (manque d'oxygène au niveau du cerveau)... ;
- Une maladie neurologique : tumeur cérébrale, anomalie des vaisseaux sanguins irrigant le cerveau, infection du cerveau et des méninges (ex. méningo-encéphalite herpétique)... ;
- Une anomalie chromosomique : trisomie 21... ;
- Une carence nutritionnelle : carence en certaines vitamines, en particulier la B1... ;
- Une prise de certains médicaments ou de toxiques : prise de somnifères, intoxication alcoolique chronique...

En cas de trouble de la mémoire, une consultation médicale et un bilan neuropsychologique approfondi réalisé par un(e) neuropsychologue sont

indispensables afin de dépister les causes et les symptômes associés (troubles de l'attention, dysorthographie, trouble du repérage temporel, etc.) afin d'adapter au mieux la prise en charge ultérieure.

Quels symptômes et quelles conséquences ?

Chaque étape du processus de mémorisation et les différents types de mémoire peuvent être atteints, d'une manière isolée ou en association à divers degrés. Classiquement sont décrits deux grand types d'amnésie :
- L'amnésie antérograde : la personne est incapable d'enregistrer de nouveaux souvenirs à partir de la date précise de l'événement déclencheur des troubles de la mémoire (maladie, traumatisme, etc.). Il a ainsi de parfaits souvenirs de son enfance, mais aucun de la veille du jour actuel.
- L'amnésie rétrograde : À l'inverse de la précédente, la personne ne se souvient plus d'évènements survenus avant le début de sa maladie ou avant la date du traumatisme.
Ces deux types caricaturaux d'amnésie sont rarement vus chez les enfants pour lesquels les difficultés se situent surtout à la phase initiale de la mémorisation. Les informations stockées sont ensuite correctement stockées et restituées.

Les atteintes mnésiques sont variées dans l'intensité et dans leur type : certains enfants se souviendront d'une conversation de la veille mais pas de mots échangés juste quelques instants auparavant. Parfois, la difficulté de mémorisation peut ne concerner que certains canaux d'information, avec des troubles de la mémoire visuelle par exemple contrastant avec de bonnes capacités de mémorisation des informations auditives. D'autres fois encore, cette difficulté peut porter uniquement sur un certain type d'information : les personnes atteintes de prosopagnosie par exemple n'arrivent pas reconnaître le visage des personnes qu'ils connaissent, alors qu'ils sont tout à fait capables de les identifier au son de leur voix ou au toucher, et que par ailleurs ils reconnaissent sans difficulté toutes les autres catégories d'objets. Un tel enfant, s'il est au restaurant en famille par exemple et qu'il sort un instant de la salle, sera incapable de reconnaître les membres de sa famille à son retour et sera donc en difficulté pour savoir à quelle table aller s'assoir. Cette sélectivité de certains troubles de la mémoire reste souvent déroutante pour l'entourage du sujet.
A l'école, les conséquences des troubles de la mémoire sont diverses. La

dysorthographie est courante. Les troubles de la mémoire à long terme peuvent se traduire par un « manque du mot », c'est-à-dire, par un problème de restitution de l'information stockée. Si on montre à l'élève un objet (ex. un stylo) en lui demandant de le nommer, il n'y arrivera pas et fera une périphrase pour expliquer ce que c'est (ex. un instrument à encre servant à écrire). Si ce « manque du mot » est important, il peut se traduire par une pauvreté lexicale apparente, alors que les capacités de raisonnement et de langages sont parfaites.
Les difficultés au niveau de la mémoire de travail entraîneront des problèmes de hiérarchisation et de confusion. Ainsi, il devient difficile à l'enfant d'appréhender l'ensemble des règles d'un jeu, l'ensemble du sens d'un texte, l'ensemble du scénario d'un film, et d'établir des relations de causalité pertinentes. L'apprentissage de la lecture peut être retardé, puisqu'il est difficile à l'élève de découvrir l'étymologie commune ou des phonèmes communs à plusieurs mots. Finalement, les conséquences de ce trouble de la mémoire touchera toutes les thématiques abordées à l'école, plus particulièrement à partir du CE1 (voir la fiche Trouble de la mémoire dans l'onglet « scolarisation »).
En cas de suspicion de trouble de la mémoire chez un élève, il est important de confronter les observations de différents personnels enseignants ainsi que des parents.

Quelques chiffres

En France entre 2 et 10 % des élèves présenteraient des troubles des apprentissages (dyslexie, dysphasie, dyscalculie, dysorthographie...).

Traitement

Il n'y a pas de traitement médicamenteux des troubles de la mémoire. La prise en charge repose uniquement sur de la rééducation, sous la direction d'une orthophoniste et/ou d'une neuropsychologue.
Un bilan paramédical préalable (bilan orthophonique, neuropsychologique...) permettra de préciser le type d'atteinte de la mémoire et les problèmes associés. Comme nous l'avons vu plus haut, l'atteinte de la mémoire est en effet souvent

dissociée (atteinte de la mémoire visuelle mais pas auditive, de la mémoire à court terme mais pas à long terme... et c'est sur cette dissociation que se basera la rééducation.
En pratique, la rééducation aura pour objectifs de :

1. Renforcer la mémoire déficitaire en la faisant travailler sur des exercices spécifiques ou non (Memory ...). Cependant cette méthode est généralement peu efficace, sauf dans certains déficits de la mémoire de travail, et peu valorisante car elle force l'enfant à travailler sur un type de mémoire qu'il n'a pas.
2. Réorganiser le processus de mémorisation en s'appuyant efficacement sur les aspects fonctionnels de sa mémoire :
- Développer les opérations de compréhension et d'organisation des informations pour mémoriser du matériel « logique », comme un texte par exemple. L'enfant devra bien comprendre et analyser la structure du texte, les étapes importantes du récit, le lieu, les personnages, le nœud du problème... Il multipliera ainsi les « portes d'entrées » et les mots-clés qui l'aideront à se remémorer le récit. Il devra aussi apprendre à hiérarchiser les informations : ce qui est important de mémoriser et ce qui est accessoire.
- Si le matériel à mémoriser n'est pas logique (comme le nom d'une personne par exemple), l'objectif est de rajouter des significations ou des indices qui permettront à l'enfant de retrouver plus rapidement l'information (ex. barbe, lunettes et grain de beauté, c'est l'oncle Jules). En cas de mémoire verbale déficiente avec une mémoire visuelle conservée, l'enfant peut être invité à se construire une image mentale interactive permettant de lui donner un indice. Par exemple, pour se rappeler du nom de Mr Seron, qui est chauve, il pourra prendre l'image d'un rond. En voyant Mr Seron, il verra sa calvitie, se souviendra de l'image du rond, et le mot « rond » sera l'indice pour « Seron ». Cette technique d'allure laborieuse, demande un travail initial très important de la part de l'enfant, mais elle est efficace et permet de mémoriser sur le long-terme de nombreuses informations. Des informations plus complexes peuvent être codées par des images également plus complexes (ex. un orchestre où chaque instrument porte une signification).
3. Se servir des capacités préservées de la mémoire implicite. Il s'agit donc d'apprendre des automatismes. Il est par exemple possible d'apprendre des gestes de la vie quotidienne, comme utiliser les fonctions élémentaires d'un ordinateur, sans faire appel à la conscience. Cette technique convient au mieux aux personnes atteintes de déficits mnésiques sévères (amnésiques), pour leur apprendre des gestes utiles pour leur autonomie (comment se servir d'une ordinateur, faire un

trajet du quotidien...). Cette méthode est laborieuse, puisqu'à chaque nouvelle séance d'apprentissage la personne ne se souvient pas être déjà venue, pourtant elle donne des résultats étonnants en quelques séances. La personne apprend et s'améliore en effet d'une séance à l'autre sans en avoir conscience. Cependant, les acquis concernent exclusivement ce qui a fait l'objet de la rééducation.
4. Mettre en place de « prothèses » mnésiques (aide-mémoires) afin d'aider le sujet dans sa vie quotidienne : alarmes, agenda, planning sur le mur, flèches et indications sur les placards etc. Le sujet devra apprendre à se servir de ces aides et à ne pas oublier de s'en servir.

Conséquences sur la vie scolaire

Les conséquences scolaires des troubles mnésiques sont variables selon la nature des difficultés, leur intensité, et l'existence éventuelle de troubles associés. De ce fait, certains élèves suivront une scolarité ordinaire, d'autres auront un parcours scolaire adapté (Clis, Ulis, Unité d'enseignement d'un établissement ou d'un service spécialisé), avec éventuellement un accompagnement par une auxiliaire de vie scolaire. Les temps de rééducation pourront selon les cas, avoir lieu sur le temps scolaire ou en dehors du temps scolaire. Des aménagements d'emploi du temps seront réalisés si besoin. Il pourra donc être utile d'élaborer un Projet d'accueil individualisé (PAI) ou bien de mettre en place un Projet personnalisé de scolarisation (PPS). Ces projets donneront le détail des aménagements à réaliser.

Quand faire attention ?

L'enseignant a tout d'abord un rôle d'alerte, lorsqu'il suspecte un trouble mnésique chez un de ses élèves. Cette suspicion devra être confrontée aux observations des parents et des autres personnels enseignants. Si les avis convergent, cette suspicion devra être confirmée à l'issue d'une évaluation plus poussée (bilan neuropsychologique, avis médical spécialisé).
L'élève ayant un déficit mnésique va établir des stratégies afin de contourner son déficit, notamment en approfondissant son analyse de l'objet en question et en établissant divers moyens mnémotechniques. Ces techniques, laborieuses,

demandent de la part de l'élève une attention soutenue et impliquent de ce fait une plus grande fatigabilité et des fluctuations au cours de la journée dans ses capacités d'attention et de mémorisation. Elles sont aussi à l'origine d'une certaine lenteur.
Il faut être particulièrement vigilant lors de tout évènement qui sort de la routine habituelle. Les sorties scolaires sont particulièrement sensibles : l'élève pourrait oublier tout ou partie des consignes données par l'accompagnateur. En fonction de la sévérité de ses troubles, il pourra être confié à un accompagnateur ou à un élève référent qui veillera à lui répéter les consignes ou à l'accompagner lors des déplacements.

Comment améliorer la vie scolaire des enfants malades ?

Les adaptations seront au mieux discutées directement avec l'équipe soignante de l'enfant. Elles pourront être précisées dans le cadre du PAI ou du PPS.
De façon générale, il est préférable :
- de faciliter le travail de mémorisation de l'élève en limitant les sources de distractions, par un placement judicieux au sein de la classe ;
- reformuler systématiquement les consignes et de les donner sous plusieurs formes (à la fois à l'oral et par écrit au tableau) ;
- rappeler les notions clés apprises précédemment ;
- aider l'enfant à hiérarchiser les informations afin de mémoriser en premier les notions les plus importantes ;
- créer des « référents » individuels ou collectifs (écrits, dessins ou pictogrammes...) afin d'établir des automatismes ;
- fournir des moyens mnémotechniques, permettre l'utilisation d'aide-mémoires ;
- en cas de trouble mnésique touchant les voies d'entrée auditivo-verbales, s'appuyer sur la mémoire visuelle en utilisant des outils pédagogiques adaptés (encyclopédie, schéma, tableau récapitulatif, etc.)
- garder une trace (écrit, dessin) de chaque activité, afin d'aider l'élève à se les remémorer ;
- travailler avec l'élève sur la reconnaissance du temps qui passe par l'établissement de points de repères temporels : emploi du temps, agenda, sonnerie de fin de cours, horloge dans la classe, carnet de mémoire ou l'élève inscrit au fur et à mesure tout

ce qu'il fait dans sa journée (ce qui lui évite de faire 2 fois la même chose)...
- prendre en compte la lenteur induite par les troubles de la mémoire et les stratégies de contournement qu'ils impliquent, par exemple en réduisant le nombre d'exercices à faire sur un temps imparti ou en octroyant un temps supplémentaire pour les évaluations.

Il faut garder en mémoire que l'élève n'est pas fainéant mais que son trouble l'empêche de mémoriser de la même façon que ses camarades. Il faut donc éviter :
- de perdre son calme (ni énervement, ni culpabilisation) ;
- de nier l'échec si tel est le cas, mais aussi de mettre l'élève systématiquement face à son échec ;
- de culpabiliser l'élève ;
- de le forcer à faire des choses qu'il n'est pas en capacité de faire.

Selon le souhait de l'élève et de sa famille, il est possible à l'élève de présenter à ses camarades les difficultés qu'il présente, soit seul, soit avec l'aide de ses parents, du médecin scolaire ou de l'infirmière scolaire. Cela pourra répondre aux interrogations des autres élèves devant certains aménagements qui pourraient paraître injustes (exemple : avoir les tables de multiplication en libre consultation pendant les contrôles de mathématiques...).

L'avenir

Le devenir de l'élève à l'âge adulte est extrêmement variable en fonction de la sévérité des troubles mnésiques et des éventuels troubles associés. La majorité des personnes peuvent mener une vie quasi-normale, moyennant des aménagements sur leur lieu de domicile et au travail ; d'autres fois, l'importance des difficultés ne permet pas de mener une vie totalement autonome.
L'orientation scolaire et professionnelle devra donc être discutée au cas par cas avec le jeune, sa famille et les intervenants scolaires et médicaux.

Pour avoir des pistes pédagogiques plus détaillées, voir la rubrique jaune.

Pour travailler en partenariat, voir la rubrique rouge.

Pour connaître le point de vue des personnes concernées, voir la rubrique verte : témoignages ou associations.

Pour voir d'autres documents complémentaires, cliquer sur les liens ci-dessous.

S'informer sur les maladies et leurs conséquences

Dysphasie
Dyspraxie
Troubles de la Mémoire - Troubles mnésiques et BEP

Associations

CORIDYS
France Traumatisme Crânien
RESODYS

Travailler ensemble

Bilan neuropsychologique
Examen psychologique avec un enfant ou un adolescent
Orthophonie

Liens

L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans
Recommandations établies par l'HAS (Haute autorité de santé). L'objectif de cette recommandation professionnelle est de répondre aux questions suivantes :
1. Sur quels critères et quand prendre en compte une plainte concernant le langage ?
2. Comment identifier un trouble spécifique du développement du langage ?
3. Quel bilan orthophonique prescrire et quand ?

4. Quels enfants faire bénéficier d'une rééducation orthophonique, quand et à quel rythme?
5. Quels objectifs fixer et quelles méthodes de rééducation employer ?
6. Quelle évaluation et quel suivi ?

RESODYS: Réseau régional des troubles du langage et des difficultés d'apprentissage
Réseau de soins ayant pour but de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité de la prise en charge des enfants "dys".

Ressources documentaires

Rééducation des troubles de la mémoire
Document réalisé à la demande de l'association *Revivre* et rédigé par l'ergothérapeute du centre de revalidation neuropsychologique de la Clinique Universitaire Saint-Luc de Bruxelles.

Glossaire

Acalculie

Impossibilité de reconnaître les chiffres et symboles arithmétiques, et d'effectuer les opérations arithmétiques de base (addition, soustraction, ...)

Agraphie

Grec *a*=privatif, *graphein*=écrire.
Impossibilité d'écrire.

Alexie

Grec *a*=privatif, *lexis*=mot.
Incapacité de lire et de comprendre ce qui est écrit. Cette affection est due à une lésion localisée du cerveau. La compréhension d'un texte lu par une autre personne est intacte.

Aphasie

Grec *a*=privatif, *phasis*=parole.
Perte partielle ou totale de la faculté de s'exprimer et de comprendre le langage, qu'il soit parlé ou écrit, malgré l'intégrité anatomique et fonctionnelle des organes de la phonation (langue, larynx) et indépendamment de toute atteinte neurologique d'origine sensorielle (sans difficultés d'audition ou de vue).

AVS

L'Auxiliaire de vie scolaire (AVS) est une personne attachée à l'enfant pour l'aider dans sa vie scolaire, qu'il s'agisse de la vie quotidienne (repas, toilette, déplacements) ou des activités scolaires (aide à l'utilisation de l'ordinateur, reprise individuelle des consignes collectives, secrétariat et prise de notes à la place de l'enfant, etc...). Cette personne qui reçoit une formation spécifique est attribuée à l'enfant (à temps partiel ou à temps plein) sur avis de la MDPH (Maison départementale de la personne handicapée) et assure des missions personnalisées selon les besoins de chaque enfant. Voir aussi AESH (Accompagnant d'Elève en Situation de Handicap.

Cognitif

Qui concerne les fonctions intellectuelles ou fonctions supérieures.
On parle de troubles cognitifs globaux lorsque l'efficience intellectuelle de l'enfant est faible ("déficience intellectuelle" ou "retard mental").
Au contraire, on parle de troubles cognitifs spécifiques lorsque la pathologie touche électivement telle ou telle fonction mentale: le langage, la structuration spatiale, les praxies, l'attention... L'intelligence de l'enfant est alors intacte (raisonnement, logique, conceptualisation).

Cortex préfrontal

Le cortex préfrontal est la partie antérieure du cortex du lobe frontal du cerveau, située en avant des régions motrices. Cette région est le siège de différentes fonctions exécutives, du goût et de l'odorat. Cette zone cérébrale, comme toutes les autres zones cérébrales, mature au cours de l'enfance, mais elle est la dernière à être pleinement fonctionnel. Il est estimé que la maturation du cortex frontal ne se termine habituellement qu'après l'âge de 20 ans.

Dysarthrie

grec *dus*=difficulté et *arthron*=articulation.
Difficulté à parler et à émettre des sons, d'origine centrale due à des lésions cérébrales sans qu'il existe une paralysie ou des lésions des organes de la phonation c'est-à-dire de la langue, des mâchoires, du larynx. La voix apparaît trop grave ou trop aiguë, rauque, scandée, explosive et parfois complètement éteinte (aphonie).

Dyslexie/Dysorthographie

Grec *dus*=difficulté, *lexis*=mot.
Les dyslexies et dysorthographies sont un ensemble de troubles durables d'apprentissage de la lecture et de l'orthographe malgré une intelligence normale, une bonne acuité visuelle et auditive, l'absence de troubles psychologiques, psychiatriques ou neurologiques avérés, chez un enfant évoluant dans un milieu socio-culturel normalement stimulant et suivant une scolarisation normale et régulière.

Dysphagie

Grec *dus*=difficulté, *phagein*=manger.
Sensation de gêne ou de blocage ressentie au moment de l'alimentation, lors du passage des aliments dans la bouche, le pharynx ou l'œsophage.

Dysphasie

Grec *dus*=difficulté, *phasis*=parole.
Difficulté de langage due à des lésions des centres nerveux cérébraux. Elle peut cibler plus particulièrement l'expression (dysphasie expressive), la compréhension (dysphasie de réception) ou les deux à la fois (dysphasie mixte).

Encéphalite auto-immune

Une encéphalite est une atteinte inflammatoire ou infectieuse de tout ou partie du cerveau. L'encéphalite auto-immune est une inflammation auto-provoquée du cerveau par l'organisme lui-même. Ainsi, le système immunitaire de l'organisme (notamment les globules blancs et les anticorps qui luttent habituellement contre les infections) se trompe de cible et reconnaît comme étant une agent infectieux certaines protéines présentent normalement dans le cerveau. L'inflammation produite par l'activation du système immunitaire éliminera la protéine visée en détruisant les cellules cérébrales qui la portent.

Ergothérapie

Grec :*ergon* = travail et *thérapéia*= traitement.
C'est une technique de rééducation utilisant les travaux manuels et l'activité physique, qui cherche à donner (ou à rendre) au patient un maximum d'autonomie dans la vie quotidienne. Pour parfaire cette autonomie, l'ergothérapeute peut être amené à transformer l'environnement de la personne : l'habitat, les objets utiles à la vie quotidienne, les outils ou les conditions de travail.

Fonctions exécutives

Les fonctions exécutives regroupent l'ensemble des fonctions qui permettent de définir une stratégie pour résoudre une tâche et de s'adapter à un changement de consigne.

Incompétence vélo-pharyngée

Incapacité du voile du palais à assurer l'étanchéité avec la paroi pharyngée postérieure, lors de la phonation et de la déglutition. Ces enfants ont fréquemment des problèmes de prononciation liés à un nasonnement (rhinolalie).

Maladie de Wilson

Maladie génétique entraînant une surcharge en cuivre dans l'organisme, et touchant principalement deux organes : le foie et le cerveau.

Orthophonie

Grec :*orthos* = droit et *phônê* = voix.
Rééducation des troubles de l'élocution et du langage écrit et parlé.

Projet d'accueil individualisé (PAI)

Projet contracté entre la famille et l'école d'accueil, avec l'aide du médecin scolaire ou du médecin de PMI pour les enfants de moins de trois ans, chaque fois que l'état de santé d'un élève nécessite un aménagement significatif de son accueil à l'école ordinaire, mais n'engage pas des dispositifs spécialisés devant être validés par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) (voir fiche spécifique).

Phonologie

Etude de l'organisation des phonèmes à l'intérieur des mots.

Praxie

Capacité d'exécuter sur ordre des gestes orientés vers un but déterminé.

Praxies constructives

Les praxies constructives permettent de reconstituer un tout à partir d'éléments séparés qui ont des relations spatiales entre eux (exemple : puzzles, pyramide de cubes, reproduction d'un dessin). On parle de praxies visuo-constructives lorsque la construction s'effectue sous le contrôle de la vue.

Projet personnalisé de scolarisation (PPS)

Il organise la scolarité de l'enfant à l'école, au collège ou en établissement spécialisé. Il est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation, validé par la CDA (Commission des droits et de l'autonomie), deux instances de la Maison départementale des personnes handicapées. Les professionnels qui accompagnent l'enfant dans sa scolarité mettent en œuvre ce projet en collaboration avec la famille.

Syndrome CHARGE

Acronyme anglais : Coloboma, Heart defects, Atresia choanae, Retardation of growth and development, Genitourinary problems, Ear abnormalities).

Trouble cognitif électif

Un trouble cognitif électif ne touche qu'une fonction cognitive ou une partie de cette fonction.
Par exemple : atteinte du langage oral dans sa capacité d'expression sans atteinte de la compréhension.

Troubles praxiques

Les troubles praxiques affectent les programmes moteurs permettant les enchaînements automatiques de gestes dans un but (c'est à dire les praxies).

WIPPSI

Wechsler pre-primary scale for infants : échelle d'évaluation de l'intelligence pour les enfants avant l'âge de 6 ans.

WISC

Wechsler Intelligence Scale for Children : échelle d'évaluation de l'intelligence utilisée pour les enfants de plus de 6 ans.

Enquête et partage

Enquête
Enquête de satisfaction et d'audience
Partage
Envoyer par mail

