Tous à l'école

Traumatisme crânien

Qu'est-ce qu'un traumatisme crânien ?

Le terme de traumatisme crânien désigne toute lésion d'origine traumatique qui implique le crâne et/ou les structures intracrâniennes (cerveau, nerfs crâniens, méninges...) et entraine un dysfonctionnement neurologique transitoire ou définitif. Les troubles qui en résultent peuvent concerner toutes les fonctions cérébrales -la conscience, la motricité, le langage, le comportement, le caractère et les fonctions cognitives- et, chez l'enfant, altérer les capacités d'apprentissage ultérieures.
En fonction de l'importance des troubles de la conscience à la phase initiale, on distingue les traumatismes crâniens légers, les plus fréquentes, des traumatismes crâniens plus graves, beaucoup plus rares mais qui peuvent laisser des séquelles notables.

Pourquoi ?

Deux mécanismes peuvent être à l'origine d'un traumatisme crânien :
- un choc violent sur la tête
- une brutale accélération, décélération ou rotation, qui va venir projeter le cerveau contre la boite crânienne (=os du crâne) qui l'entoure.
Les lésions occasionnées (saignement, contusion du tissu cérébral, étirement des neurones...) sont souvent multifocales en raison du mécanisme coup/contrecoup. Elles peuvent provoquer une augmentation de la pression au sein de la boite crânienne (ou hypertension intracrânienne), qui peut être mortelle.
Les accidents de la route, les accidents domestiques (défenestration...), les accidents de sport (ski, vélo, équitation...), et les actes de violence (syndrome du bébé secoué, agressions...) constituent les principales causes de traumatisme crânien de l'enfant.

Quels symptômes et quelles conséquences ?

Ils sont très variables d'un enfant à un autre, en fonction de la nature et de la localisation des lésions cérébrales.
Les **troubles de la conscience** sont extrêmement fréquents. Simple confusion, perte de connaissance brève (de l'ordre de quelques secondes à quelques minutes) ou coma plus ou moins profond et prolongé, ils peuvent survenir au décours immédiat du traumatisme crânien ou apparaitre après un intervalle (dit « libre ») de quelques minutes à plusieurs heures.
La gravité du traumatisme crânien est généralement corrélée à la profondeur des troubles de la conscience. Elle peut être appréciée par le score de Glasgow (voir document annexe), qui permet de distinguer les traumatismes crâniens légers de bon pronostic, des traumatismes crâniens modérés ou graves, dont le pronostic est plus réservé.
Au réveil, divers troubles peuvent être observés :

1. **Troubles de la motricité**
Il peuvent être plus ou moins diffus et intenses : paralysie complète d'un ou plusieurs membres, faiblesse musculaire diffuse ou plus localisée, troubles de la coordination des gestes (maladresse excessive, tremblements), troubles de l'équilibre, mouvements anormaux (dyskinésie)...

2. **Déficits sensoriels**, parmi lesquels
- Troubles de la vue : diplopie (vision double), réduction du champ de vision, baisse de l'acuité visuelle ;
- Baisse de l'audition uni ou bilatérale ;
- Troubles de la sensibilité avec perception anormale du toucher ou des stimulations thermiques (chaud, froid...) ;
- Anosmie (perte du gout et des odeurs) fréquente.

3. **Troubles du langage** : troubles de l'expression ou de la compréhension du langage oral et écrit.

4. **Épilepsie**

5. **Troubles neuropsychologiques** :
Extrêmement **fréquents, ils peuvent cependant rester méconnus** chez l'enfant tant que la maturation cérébrale n'est pas terminée et que ces fonctions ne sont pas censés être acquises ; ils risquent d'entraver les capacités d'apprentissage ultérieures :
o lenteur idéatoire (lenteur à traiter l'information et à fournir une réponse),
o troubles de l'orientation spatiale et temporelle,
o troubles de la mémoire,
o troubles de la concentration,
o déficit attentionnel,
o troubles visuo-spatiaux (troubles de la perception et de la représentation dans l'espace) pouvant être à l'origine d'une véritable apraxie (voir fiche dyspraxie),
o **troubles des fonctions exécutives**, c'est-à-dire des capacités à planifier, mettre en œuvre, exécuter séquentiellement et vérifier/réajuster la résolution d'une action complexe orientée vers un but précis ; ils peuvent être à l'origine,
- d'un défaut de stratégie (difficultés à organiser les tâches, à utiliser les informations à bon escient, incapacité à faire face aux difficultés nouvelles ou imprévues),
- de difficultés à comprendre les consignes complexes, les données implicites, les métaphores, le second degré,
- de troubles du raisonnement logico-mathématique,
- d'une absence d'autocritique,
- d'une altération des affects et des perceptions extérieures telles que les émotions d'autrui, à l'origine de difficultés de jugement qui peuvent retentir sur la vie sociale.

6. **Troubles de l'humeur** : anxiété, perte de l'estime de soi, syndrome dépressif,

7. **Troubles du comportement** : irritabilité, labilité émotionnelle, absence de tact social, défaut d'empathie, impulsivité, agressivité et désinhibition, ou à l'inverse défaut d'initiative, apathie et indifférence...

8. Une **anosognosie**, c'est-à-dire une sous-estimation, voire un déni de ses troubles,

9. Une fatigabilité, des étourdissements, des maux de tête récurrents...

Dans les premiers jours et semaines qui suivent le traumatisme crânien, certains symptômes peuvent s'amender progressivement. Les troubles de la conscience

disparaissent ainsi le plus souvent, dans des délais très variables. A l'inverse, d'autres symptômes vont persister à distance du traumatisme crânien, malgré la prise en charge : on parle alors de **séquelles.** Chez l'enfant, il est difficile d'établir le bilan des séquelles tant que la maturation cérébrale n'est pas terminée : certains symptômes risquent en effet de se révéler très à distance du traumatisme crânien , comme par exemple les troubles neuropsychologiques.

Quelques chiffres

L'incidence annuelle des traumatismes crâniens est estimée autour de 1.5/1000 chez les enfants de moins de 5 ans, et autour de 5,5/1 000 chez les enfants de plus de 5 ans. Les garçons sont plus souvent concernés que les filles.
Dans 70 à 90 % des cas, il s'agit de traumatismes crâniens légers. Bien que les formes graves ne représentent que 10 % des cas, les traumatismes crâniens constituent la première cause de mortalité de l'enfant et de l'adolescent en France.

Traitement

a.Traumatisme crânien léger :
Il n'est généralement pas nécessaire d'avoir recours à une hospitalisation. L'enfant est surveillé par ses parents à domicile, pendant 24 à 48 heures. Un traitement antidouleur à base de paracétamol (doliprane*...) est prescrit en cas de maux de tête. L'enfant peut reprendre le chemin de l'école rapidement, parfois de façon progressive en fonction de sa fatigabilité et de ses plaintes (douleurs, étourdissements...).

b. Traumatisme crânien moyen à grave
Une hospitalisation est toujours nécessaire. En fonction de l'état de l'enfant, la prise en charge pourra comporter :
- un soutien aux fonctions vitales essentielles (ventilation et nutrition artificielle) ;
- des mesures pour réduire l'hypertension intracrânienne : médicament anti-œdémateux, opération chirurgicale pour évacuer une collection de sang, pose d'une valve de dérivation pour permettre l'écoulement du liquide céphalo-rachidien...

- un traitement antiépileptique en cas de convulsions ;
- le traitement des éventuelles lésions associées (fractures, plaies...) ;
- des mesures pour éviter les complications liées à l'immobilisation prolongée (kinésithérapie pour lutter contre l'enraidissement des articulations...).
L'enfant est parfois placé transitoirement dans un « coma artificiel », à l'aide de puissants somnifères, pour mettre son cerveau à l'abri des stimulations (douleurs, bruits...) qui risquent d'aggraver l'hypertension intracrânienne.

Dès que son état de conscience le permet, une **rééducation** est débutée. Différents professionnels peuvent être amenés à intervenir pour permettre à l'enfant de récupérer le maximum de ses compétences antérieures et de son autonomie: le kinésithérapeute pour rééduquer les troubles moteurs (travail autour de l'équilibration, des déplacements, de la manipulation fine), l'orthophoniste pour rétablir et faciliter l'expression et la compréhension du langage (oral et écrit), l'ergothérapeute pour aider l'enfant à améliorer son autonomie dans la vie quotidienne. Un suivi psychologique est souhaitable. La scolarisation est aussi un élément essentiel de la prise en charge ; elle est reprise dès que possible, dans les cas les plus sévères initialement à l'hôpital, par une remise à niveau en individuel. Si la reprise a lieu dans l'école d'origine, quelques adaptations peuvent se révéler nécessaires (assoir l'enfant au premier rang, attribuer un tiers-temps pour la lenteur...)
Dans la plupart des cas, l'enfant va retrouver son autonomie de mouvement, même s'il peut conserver quelques petites séquelles physiques. Il risque en revanche de conserver des troubles intellectuels, des troubles du comportement ou de l'humeur qui peuvent entraver son potentiel évolutif ultérieur. Le traumatisme crânien grave constitue de ce fait un **handicap invisible**, dont la prise de conscience peut être difficile pour l'entourage, mais aussi pour l'enfant lui-même.

Conséquences sur la vie scolaire

Elles sont extrêmement variables en fonction de la gravité du traumatisme crânien, de l'âge de l'enfant, de ses compétences antérieures et de ses éventuelles séquelles.
Si un traumatisme crânien léger n'a généralement aucune conséquence sur la scolarisation, les lésions cérébrales occasionnées par un traumatisme crânien plus

grave peuvent retentir sur les capacités d'apprentissage et/ou l'adaptation sociale, deux compétences fondamentales dans la réussite scolaire de l'enfant. **Plus que d'éventuelles séquelles motrices, ce sont en effet les troubles neurocognitifs (mémoire, attention, défaut d'initiative) et les troubles du comportement qui risquent de perturber la scolarisation ultérieure**. Pour ces enfants, une intégration personnalisée ou collective en milieu ordinaire ou une orientation spécialisée devront être envisagés selon les cas.

Quand faire attention ?

1. Dans les jours qui suivent un traumatisme crânien léger :
Respecter la fatigabilité de l'enfant. Le rassurer sur ses compétences, l'aider à reprendre confiance en lui, être attentif à ses plaintes sans le surprotéger. Les séances d'éducation physique et sportive peuvent parfois être proscrites pendant quelques jours.

2. Lors du retour à l'école après un traumatisme crânien grave :
o Attendu comme un « retour à la normalité » par l'enfant et ses parents, le retour à l'école peut aussi être l'occasion d'une prise de conscience des séquelles et de l'écart entre les capacités antérieures et les capacités actuelles ; il risque alors d'être à l'origine d'une perte de l'estime de soi, voire de sentiments dépressifs.
o Il faut veiller à ce que l'enfant soit réinvesti par ses camarades, qui pourraient être étonnés de ne pas « retrouver » l'enfant qu'ils connaissaient ou surpris par ses éventuelles « bizarreries » (perte de vivacité dans le jeu, agressivité latente, mauvaise interprétation des affects d'autrui avec réactions inadaptées...). Fournir une explication appropriée, avec l'accord de l'enfant et de ses parents, permet souvent d'éviter que la situation ne débouche sur un isolement ou sur un conflit.
o Lenteur idéatoire et fatigabilité peuvent conduire à sous estimer les capacités réelles de l'enfant ; il faut y prendre garde.

3. Si une réorientation scolaire ou professionnelle semble nécessaire :
Il faut prendre le temps de reconstruire avec l'enfant et ses parents un projet scolaire et professionnel compatible avec les désirs de l'enfant, ses difficultés persistantes et ses compétences. Certaines équipes spécialisées peuvent être contactées pour une expertise si besoin, comme par exemple le Centre de suivi et d'insertion pour enfant et adolescent après atteinte cérébrale acquise, à l'Hôpital

national de Saint-Maurice (Val-de-Marne).

Comment améliorer la vie scolaire des enfants malades ?

a) Une collaboration étroite et prolongée entre l'équipe de soin, le médecin scolaire, l'équipe enseignante et la famille pourra permettre :
- d'anticiper le retour à l'école (après remise à niveau en individuel par l'enseignant du service de soins et éventuellement bilan neuropsychologique pour faire le bilan des compétences et des difficultés de l'enfant)
- de définir les objectifs de la scolarité et d'établir un projet personnalisé de scolarisation précisant les aménagements éventuellement nécessaires (aménagement des horaires pour que certaines rééducations puissent avoir lieu sur le temps scolaire pour limiter la fatigabilité de l'enfant, recours à un Accompagnant des élèves en situation de handicap.)
- de construire avec l'enfant et ses parents un projet scolaire et professionnel cohérent et réaliste et d'anticiper les orientations scolaires et professionnelles.

b) Même si les adaptations doivent être proposées au cas par cas, de manière générale, il peut être intéressant pour favoriser les apprentissages des enfants traumatisés crâniens :
o de créer un cadre de travail stable et d'éviter les changements imprévus qui sont source d'anxiété pour eux ;
o de favoriser leur concentration et leur attention : en limitant les sources de distraction au sein de la classe, en donnant des consignes courtes et répétées, en décomposant les consignes (une demande à la fois)... ;
o de les **stimuler pour pallier leur manque d'initiative**. Certains d'entre eux peuvent en particulier avoir des difficultés à se mettre au travail, non parce qu'ils sont paresseux ou de mauvaise volonté, mais à cause de troubles des fonctions exécutives ;
o de prendre en compte leur **fatigabilité** (en limitant la prise de notes, en réduisant le nombre d'exercices demandés, en aménageant leur rythme scolaire...) ;
o de laisser le temps de répondre aux enfants qui présentent une **lenteur idéatoire** ;
o pour les enfants qui présentent des **troubles de la mémoire** : de leur présenter

les notions sous différentes modalités (visuelles, auditives...), de préférer les questions à choix multiples aux questions trop ouvertes, de les aider à catégoriser les informations pour les aider à les retrouver, de mettre à leur disposition un aide mémoire...;
o de garder à l'esprit que les capacités d'un enfant atteint de traumatisme crânien peuvent être fluctuantes d'un jour à un autre, mais aussi d'une activité à une autre.

Des adaptations spécifiques peuvent être proposées en cas de difficultés praxiques ou de dyslexie : voir fiches spécifiques.

L'avenir

Après un traumatisme crânien léger, les troubles vont le plus souvent s'amender complètement en quelques semaines.
Dans le cadre d'un traumatisme crânien sévère, certains enfants peuvent garder des séquelles susceptibles de mettre à mal leur scolarisation et/ou leur vie professionnelle et sociale ultérieure. Pour ces enfants, outre la prise en charge rééducative, une scolarisation de qualité est toujours un élément fondamental pour le pronostic.

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

Dyslexie et dysorthographie
Dyspraxie

Épilepsies
Troubles de la Mémoire - Troubles mnésiques
Troubles des fonctions exécutives
Dysphasie

Rendre l'école accessible

Examens : aménagements
Fratrie : relations de l'École avec la fratrie de jeunes malades
Aspects invisibles de la maladie

Associations

France Traumatisme Crânien
Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens et Cérébrolésés (UNAFTC)

Travailler ensemble

Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)
Psychomotricité
Parents : relations de l'Ecole avec les parents des élèves malades

Liens

Élèves à besoins éducatifs particuliers (BEP) Un accompagnement pédagogique spécifique est destiné aux élèves qui ont des besoins éducatifs particuliers

Le Projet d'Accueil Individualisé
Bulletin Officiel du 18 septembre 2003 concernant les enfants et adolescents atteints de troubles de santé et le Projet d'accueil individualisé PAI.

Circulaire n° 2015-129 du 21-8-2015 : Unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis), dispositifs pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le premier et le second degrés

Arrêté du 2-4-2009 - J.O. du 8-4-2009 : Création et organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé

Circulaire n° 2014-083 du 8-7-2014 : Conditions de recrutement et d'emploi des accompagnants des élèves en situation de handicap

Aménagement des examens ou concours pour les candidats présentant un handicap : textes officiels : bibliographie INS-HEA Mise à jour en juillet 2014

ORNA L'Observatoire national des ressources numériques adaptées recense des ressources numériques utilisables par des professeurs non spécialisés confrontés à la scolarisation d'élèves en situation de handicap (logiciels, applications tablettes, matériels, sites internet, cédéroms, DVD-Rom, bibliothèques numériques.

Traumatisme crânien léger
Plaquette d'information pour l'enfant ayant subi un traumatisme crânien léger et ses parents, téléchargeable sur le site de l'association France trauma crânien (AFTC).

Ressources documentaires

Le score de Glasgow
Le score de Glasgow (ou échelle de Glasgow) permet d'apprécier l'intensité des troubles de la conscience après un traumatisme crânien, généralement corrélée à la gravité du traumatisme crânien.

Actes de la 6è journée d'études sur la scolarisation des jeunes traumatisés crâniens
Présentation de l'ouvrage

Glossaire

Apraxie

grec a = privatif, praxis = action. Trouble d'origine cérébrale qui entraine une impossibilité à concevoir et à coordonner les gestes permettant d'arriver au but souhaité, alors qu'il n'existe ni paralysie ni mouvement anormaux.

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.

Bilan orthophonique

Examen complet du langage, dans ses aspects réceptifs et productifs, à partir du langage spontanné et d'outils standardisés. Les performances réalisées sont évaluées en fonction de l'âge de l'enfant. Le bilan orthophonique comprend un avis diagnostique et des propositions thérapeutiques.

Classe d'inclusion scolaire (Clis)

La dénomination classes d'inclusion scolaire (Clis) a été abrogée. Les élèves du premier degré sont maintenant scolarisés dans des dispositifs appelés Ulis école.

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).

Coma

Ce mot grec signifie « sommeil profond ». Le coma correspond à une abolition de la conscience et de la vigilance (c'est-à-dire de la vie relationnelle), non réversible malgré des stimulations auditives, tactiles, et douloureuses.

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.

Dyspraxie

Grec : *dus* = difficulté ; *praxis* = action.
Ce sont des troubles des fonctions de planification du geste. Cette difficulté à la réalisation du geste est secondaire à l'impossibilité (ou à l'anomalie) de programmer automatiquement et d'intégrer au niveau cérébral les divers constituants sensori-moteurs et spatiaux-temporels du geste volontaire. Elle se traduit par une "maladresse" pathologique pour certains gestes : graphisme, habillage, repas, etc... avec une absence d'automatisation des gestes malgré leur répétition.

Dyspraxie visuo-spatiale

"Maladresse du regard » : l'enfant voit bien, il a une bonne acuité visuelle mais il a du mal à organiser les mouvements de ses yeux pour explorer son environnement, à fixer son regard, à suivre des yeux une cible en mouvement. Il a aussi des difficultés de repérage spatial.

Echelles psychométriques

Les échelles psychométriques ont été établies pour évaluer les différents domaines de compétences cognitives. Chez l'enfant après 6 ans on a recours aux échelles du WISC (Wechsler intelligence scale for children), avant 6 ans aux échelles de la WWIPPSI (Wechsler pre-primary scale for infants).

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.

Fonctions visuo-spatiales

Les fonctions visuo-spatiales permettent le repérage et l'exploration d'éléments visuels, l'orientation et le repérage des positions dans l'espace. Les fonctions visuo-spatiales sont fortement sollicitées dans la lecture où elles deviennent automatiques seulement après 3 ou 4 ans environ d'apprentissage.

Gnosies

Ensemble des renseignements que le cerveau décode et reconnaît immédiatement dans les messages adressés par nos cinq sens.

L'agnosie est un trouble cognitif qui se manifeste par un déficit de la capacité de reconnaissance. Le sujet perçoit les stimuli (il n'a pas de trouble de la perception), mais n'arrive pas à les décoder de façon efficace. On distingue des agnosies visuelles, auditives, tactiles, spatiales... L'agnosie est parfois limitée à une seule catégorie d'éléments, par exemple agnosie visuelle des visages, des images, ou des lettres.

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Examen d'imagerie (de radiologie) en particulier utilisé pour voir les structures du cerveau.

Langage

Capacité de l'espèce humaine à communiquer au moyen d'un système de signes arbitraires. Le langage repose sur une double articulation : celle des sons élémentaires (phonèmes) en mots, et celle des mots en phrases (Chevrie-Muller et Narbona)

Maladie de Wilson

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

MDPH

Maison départementale des personnes handicapées.

Neurone

Grec : *neuron* = nerf.
Type de cellule constituant l'unité fonctionnelle du système nerveux (cerveau et moelle épinière); les neurones sont connectés les uns aux autres et communiquent en émettant un courant électrique qui peut faciliter ou inhiber la transmission des informations.
Il y a normalement un équilibre entre l'excitation et la freination.

Orthophonie

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

Orthoptie

Profession para-médicale exercée par un auxiliaire médical, l'Orthoptiste. La vocation de l'orthoptiste est le dépistage, la rééducation, la réadaptation et l'exploration fonctionnelle des troubles de la vision.

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.

Praxie bucco-faciale

Capacité d'exécuter à la demande les enchaînements nécessaires au contrôle de la bouche, de la mastication et de la parole.

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.

Psychomotricité

Technique de rééducation qui fait appel aux facultés mentales et physiques du patient afin de l'aider à s'adapter ou à se réadapter à son environnement ; plus simplement, cette technique cherche à réconcilier corps et esprit pour vivre harmonieusement dans l'espace. Elle repose sur la relaxation et sur des techniques d'expressions variées qui sont réalisées à travers des jeux et des mobilisations.

Strabisme

Impossibilité de fixer un même point avec les deux yeux. En pratique, les deux yeux ne sont pas bien alignés.

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

