

# 10

## Examen de 6 ans : état des lieux et perspectives

### Carnet de santé

L'examen de la 6<sup>e</sup> année est obligatoire (article L. 2325.1 du Code de la santé publique et article L. 541.1 du Code de l'éducation). Il s'agit de la visite médicale d'entrée dans l'enseignement élémentaire.

Il est effectué le plus souvent par le médecin de l'Éducation nationale au cours de la 6<sup>e</sup> année. Les rubriques renseignées par l'examen médical concernent : taille, indice de masse corporelle (IMC), pression artérielle, risque de saturnisme, vision, audition, développement. Les items se rapportant au développement sont adaptés à l'âge de l'enfant. Ils permettent d'aborder le développement psychomoteur et du langage (le nom du test utilisé pour le langage est demandé). Le comportement global est apprécié à travers l'autonomie, la spontanéité et la capacité d'attention.

La présence des parents est importante. Si cet examen de prévention n'est pas effectué à l'école, il est demandé aux parents de le faire pratiquer par leur médecin à un moment où l'enfant n'est pas malade. L'attention des parents est sollicitée sur les points suivants :

- si votre enfant n'arrive pas à répéter une phrase sans se tromper ;
- si vous trouvez que votre enfant est souvent malade ;
- si l'école vous a signalé des problèmes ;
- si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement ou le comportement de votre enfant.

Les questions du repérage de facteurs de risque de troubles affectifs ou comportementaux chez l'enfant et de troubles spécifiques des apprentissages sont discutées ci-dessous.

## Question du repérage de facteurs de risque de troubles affectifs et comportementaux

Les changements de cycle comme l'entrée au CP sont pour les enfants des périodes à risque de révélation d'un trouble affectif ou comportemental. De nombreux facteurs psychosociaux (déménagement, précarité, stress répétés, maltraitance...) peuvent constituer des facteurs déclenchant ces types de troubles.

Malgré des progrès considérables réalisés au cours de ces dernières années dans la reconnaissance et le dénombrement des troubles affectifs, l'anxiété et la dépression chez l'enfant restent des phénomènes encore trop souvent banalisés. La majorité des auteurs s'accorde ainsi à dire que les troubles anxieux et dépressifs chez l'enfant sont en général méconnus, leur importance et leur gravité potentielle sous-estimées. Pourtant, tous les travaux d'épidémiologie descriptive montrent que les troubles anxieux et dépressifs représentent, chez l'enfant et l'adolescent, des pathologies ayant une forte prévalence, celle-ci variant, en moyenne, selon les études, de 5 à 10 %.

De nombreuses études soulignent les conséquences délétères que peuvent avoir les troubles anxieux et dépressifs sur le fonctionnement psychosocial, individuel et familial, de l'enfant. Même si ces troubles peuvent être transitoires chez certains enfants ou adolescents, chez d'autres, ils peuvent persister ou s'associer à d'autres troubles psychiques et/ou de l'adaptation sociale à l'âge adulte. S'intéresser à ces troubles ne relève donc pas d'un intérêt théorique, c'est permettre un repérage précoce et une prise en charge adaptée pour des enfants dont le devenir s'avère peut-être compromis.

Les troubles affectifs chez l'enfant et l'adolescent sont difficilement perçus, et ce d'autant plus que l'enfant est jeune. Un délai, pouvant atteindre plusieurs années, est ainsi généralement constaté entre le début des troubles et la demande de soins. Souvent, c'est à l'occasion de la survenue de complications que les troubles sont repérés car les enfants anxieux ou déprimés, effacés et silencieux, ne se font, en règle générale, pas remarquer.

À l'inverse, les troubles du comportement provoquent fréquemment des réactions dans l'entourage et en règle générale sont surévalués par les parents et les enseignants. Ils mettent en cause les parents et les enseignants dans leurs attitudes éducatives, parfois le groupe social tout entier. De ce fait, ils motivent souvent les demandes de consultation.

Les premières manifestations d'un possible trouble du comportement (trouble oppositionnel avec provocation, trouble déficit de l'attention/hyperactivité, trouble des conduites) peuvent le plus souvent être repérées au cours de l'enfance. Elles sont l'expression d'une souffrance psychique qu'il convient de prendre en considération. Par ailleurs, un comportement inadapté peut masquer un trouble affectif plus sévère.

Le repérage des manifestations diverses d'une souffrance psychique permet d'orienter l'enfant vers un centre ou un spécialiste susceptible de faire un bilan précis et de mettre en place une prévention ou une prise en charge adaptées qui peuvent éviter le risque d'une évolution péjorative. Les troubles affectifs ou comportementaux sont en effet souvent associés à des difficultés d'apprentissage scolaire et ceci constitue également un élément de révélation du trouble.

## Tests de repérage

On ne peut pas disposer d'un seul et même instrument utilisable à tous les âges car l'enfant par définition est en pleine évolution psychique, biologique et sociale. Son évolution entraîne des modalités d'expression particulières de ses difficultés, variables dans le temps et dépendantes de son environnement. Au cours de leur développement, l'enfant et l'adolescent connaissent des changements dans les domaines cognitif et affectif qui ont une influence sur l'expression clinique des signes et des symptômes. De même, il existe chez l'enfant des fluctuations spontanées de la symptomatologie en fonction de l'environnement et des situations rencontrées. Pour toutes ces raisons, la plupart des instruments utilisés chez l'enfant et l'adolescent s'adressent à des sujets d'une tranche d'âge relativement étroite et bien déterminée. De plus, l'évaluation des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent exige que les renseignements soient recueillis auprès de sources multiples. Beaucoup d'instruments utilisés chez l'enfant existent en plusieurs versions (enfants, parents, enseignants).

Existe-il des outils susceptibles de prendre en compte l'ensemble des troubles ? De très nombreux outils, sous formes de questionnaires ont été développés pour la recherche et pour la clinique psychiatrique. Ils sont rarement adaptés au repérage simple et rapide de troubles psychopathologiques en milieu généraliste. De même, ils sont difficilement utilisables dans le cadre d'un repérage systématique. Toutefois, on peut citer deux questionnaires qui pourraient être adaptés à ce type de repérage à condition d'être évalués dans un tel contexte.

Le questionnaire CBCL (*Child Behavior CheckList*) (Achenbach et Edelbrock, 1983, annexe 2) est un questionnaire général rempli par les parents qui évalue les aptitudes et les problèmes affectifs et comportementaux des enfants âgés de 4 à 16 ans. L'intérêt principal de cet outil est de fournir un profil comportemental distinguant les troubles dits « externalisés » (troubles comportementaux) de ceux dits « internalisés » (troubles affectifs). Il comporte une sous-échelle correspondant aux manifestations dépressives et anxieuses (troubles internalisés), dont la cotation tient compte du sexe et de l'âge. Ce questionnaire a été traduit en français et validé dans le contexte français (Fombonne et coll., 1988) mais pas dans une situation de repérage

systématique. Une version courte adaptée à l'âge de 6 ans resterait donc à évaluer en tant qu'outil de repérage dans le cadre de l'examen de 6 ans.

Le Dominic-R (Valla et coll., 2000) est un questionnaire en images informatisé destiné aux enfants âgés de 6 à 11 ans. Il permet de repérer les différents troubles affectifs et les différents troubles du comportement. Une version française a été validée et a été utilisée dans le cadre d'études épidémiologiques en milieu scolaire. Cet instrument n'a pas été étudié dans le cadre d'un repérage systématique de troubles à l'âge de 6 ans.

Ces deux outils sont à étudier dans le contexte d'un examen effectué sur une large population d'enfant. Leur utilisation doit être évaluée en termes de faisabilité et de résultats. Une étude longitudinale s'avère également nécessaire pour répondre aux questions de sensibilité, spécificité, VPP et VPN dans ce contexte.

Devant la difficulté de disposer d'un outil faisant consensus dans le domaine du dépistage de troubles psychologiques et psycho-comportementaux, c'est le plus souvent la recherche de facteurs de risque ou de vulnérabilité qui est effectuée.

### **Repérage des premiers signes de troubles ou de facteurs de risques en population générale**

L'existence d'un examen systématique à l'âge de 6 ans représente une opportunité majeure en France pour effectuer un repérage de difficultés psychiques entraînant un handicap pour l'avenir de l'enfant s'ils ne sont pas pris en charge de manière adaptée.

L'absence aujourd'hui d'un outil validé dans un contexte de repérage généralisé ne doit pas faire oublier la nécessité d'un repérage de facteurs de risque (troubles mentaux dans la famille, maltraitance, échec scolaire, stress répétés...) qui doit conduire à mettre en œuvre des stratégies de prévention. Cette prévention pourrait s'appliquer collectivement à l'ensemble d'une population scolaire, à un groupe présentant des facteurs de risque ou bien encore individuellement ou en groupe dans un cadre clinique.

### **Prise en charge préventive**

En santé mentale, la prévention peut être définie comme l'ensemble des mesures visant à éviter l'entrée dans, ou à enrayer, le processus de développement conduisant à un trouble cliniquement manifeste. Des actions de prévention sont surtout développées au niveau individuel en France et peu initiées sur des groupes de population.

L'effet d'actions de prévention organisées en milieu scolaire et destinées à des enfants obtenant des scores élevés de dépression a été évalué dans plusieurs pays. Des programmes combinant l'apprentissage de techniques cognitives de résolution de problèmes et de stratégies de communication sociale sont associés à une réduction significative des scores de dépression persistant deux ans après l'intervention.

Par ailleurs, l'intérêt de programmes de prévention dans des familles dont au moins un des parents avait un trouble dépressif a également été démontré. Centrés sur la parentalité et les interactions parents-enfants, ces programmes visent à une meilleure compréhension de l'expérience dépressive par la famille et les enfants en particulier.

Différentes méthodes d'intervention ont également été étudiées pour les enfants souffrant de troubles anxieux. Elles visent à réduire les facteurs de risque tout en optimisant les compétences de l'enfant en termes de stratégies d'ajustement et d'adaptation. Les interventions peuvent porter sur l'enfant lui-même, sur ses parents et/ou sur son environnement.

Pour les enfants présentant des troubles externalisés, des programmes préventifs rapportés dans la littérature cherchent à développer les compétences sociales, cognitives et affectives telles que les capacités de résolution de problèmes, les attitudes prosociales, la gestion de la colère, la compréhension des émotions, les capacités de raisonnement. Ces programmes associent souvent des formations pour les parents qui favorisent le développement de capacités de régulation émotionnelle, et d'une meilleure communication. Des actions diverses sont développées à l'échelon local en France. Elles gagneraient à être reconnues, évaluées et généralisées. Le plan « psychiatrie et santé mentale » développe très peu ce domaine d'action pour les enfants.

## **Question du repérage de facteurs de risque de troubles des apprentissages scolaires**

À 6 ans (avant le CP), il n'est pas possible de dépister un trouble spécifique des apprentissages scolaires en particulier de l'acquisition de la lecture (dyslexie) puisque les apprentissages scolaires ne sont pas encore commencés. Cependant, il est possible de repérer des enfants à risque, particulièrement ceux porteurs d'un trouble du langage oral. Il est également possible de repérer des troubles du graphisme et/ou une dyspraxie. De même, à 5-6 ans, les difficultés d'acquisition du code numérique (nom et construction des nombres, comptines numériques) peuvent être identifiées.

## **Outils de repérage de facteurs de risque de troubles spécifiques des apprentissages**

Il existe plusieurs outils validés qui permettent de repérer des facteurs de risque de troubles des apprentissages en particulier de la lecture avant l'entrée au CP. Cependant, on constate qu'il manque un outil type « guide » à l'usage du médecin généraliste.

Le ERTLA 6 (Épreuve de repérage des troubles du langage et des apprentissages chez l'enfant de 6 ans) est un outil qui permet de repérer des facteurs de risque de présenter un développement déficitaire du langage, un retard scolaire, des troubles spécifiques des apprentissages scolaires (dyslexies/dysorthographe, dyscalculie), un trouble déficit de l'attention/hyperactivité, des troubles du comportement. Il peut être utilisé en grande section de maternelle et au cours du premier trimestre du CP. Les validations effectuées par une étude longitudinale indiquent, pour la prédiction de l'échec scolaire, une sensibilité de 79 %, une spécificité de 87 %, une valeur prédictive positive de 58 %, une valeur prédictive négative de 95 %. Le temps de passation est de 15 à 20 minutes.

Le BSEDS 5-6 (Bilan de santé évaluation du développement pour la scolarité 5 à 6 ans) est un outil de repérage des enfants présentant des retards ou des troubles du langage oral et un outil de repérage de facteurs de risque de dyslexie. Il s'applique aux enfants de grande section de maternelle (entre 5 et 6 ans). Il a été conçu comme faisant la synthèse des observations de l'enseignant, de l'entretien avec les parents et de l'équipe de santé scolaire (médecin, infirmière). La valeur prédictive négative (compétences phonologiques et compétences en production langagière) est d'environ 90 %. La valeur prédictive positive (compétences phonologiques et compétences en production langagière) est d'environ 60 %.

La Brev (Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives) s'applique aux enfants de 4 à 9 ans. Pour les enfants de 6 ans (avant l'entrée au CP ou en début de CP), la Brev peut explorer le langage oral, les capacités non verbales, l'attention, la mémoire. Il existe une version abrégée de la Brev qui comporte des sub-tests de phonologie (7 logatomes), de la compréhension syntaxique (6 phrases) et du graphisme (3 dessins communs). Le temps de passation de cette version abrégée est de 10 à 15 minutes. La sensibilité et la spécificité sont évaluées à plus de 75 %.

D'autres tests étalonnés existent dès le CP pour apprécier les capacités de lecture et transcription, soit en passation semi-collectives (« La Pipe et le rat », la batterie de Lobrot, le Timé 2), soit en passation individuelle (comme le test de « l'Alouette ») pour le niveau de décodage ou d'autres tests étalonnés de lecture. Ces tests permettent d'identifier les enfants à suivre ou à adresser pour un bilan plus approfondi.

Certains outils ont pour objectif de préciser chez un enfant la réalité d'un trouble, son profil et sa gravité. Ces outils permettent de prescrire les évaluations complémentaires qui affirmeront le diagnostic, les actions pédagogiques et les soins qui en découlent.

La batterie Brev permet, en 20 à 30 minutes, un examen neuropsychologique de première intention d'un enfant signalé pour un éventuel trouble des apprentissages et/ou des fonctions cognitives. Quinze items rapides permettent d'évaluer succinctement le langage oral (compréhension et production), les compétences phonologiques (production phonologique, conscience phonologique, métaphonologie et mémoire phonologique à court terme), les fonctions non verbales (graphisme, discrimination et attention visuelles, raisonnement spatial et planification) et les apprentissages en lecture, orthographe et calcul. Ceci permet de confirmer ou non la plainte et d'en définir le profil en termes de spécificité et de type, ainsi que la gravité, afin de prescrire de façon éclairée les évaluations complémentaires nécessaires et la démarche pédagogique et de soins.

Les résultats des tests permettent de faire la différence entre un déficit spécifique du langage, une dyspraxie et un déficit plus global qui demande une évaluation pluridisciplinaire pour mettre en place une prise en charge adaptée au diagnostic.

### **Repérage et dépistage en population générale**

Puisqu'elle accueille tous les enfants de la tranche d'âge, l'école est un lieu d'intervention privilégié pour les professionnels qui ont vocation, avec des outils particuliers, à détecter les problèmes d'acquisition et d'apprentissage. L'article 85 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale prévoit l'organisation d'un dépistage des troubles du langage au cours du bilan obligatoire de la 6<sup>e</sup> année. Ce dépistage est en principe réalisé par les médecins de l'Éducation nationale. Le repérage de facteurs de risque (comme les troubles du langage oral) peuvent être dépistés par les médecins de PMI lors de l'examen en petite ou moyenne section. Des médecins ayant reçu une formation dans le domaine peuvent être sollicités. Le Rased, structure interne à l'Éducation nationale peut également participer au repérage et au dépistage. Ce réseau se compose de trois types de personnels : psychologue scolaire ; enseignant spécialisé chargé des aides à dominante pédagogique (maître E) ; enseignant spécialisé chargé des aides à dominante rééducative (maître G).

Si l'examen a lieu avant l'entrée au CP ou au cours du premier trimestre du CP, il permet de repérer des facteurs de risque de troubles spécifiques des apprentissages scolaires. Si l'examen se situe au cours du CP ou du CE1, il permet de repérer les enfants en difficultés avec le code alphabétique et

numérique dès le CP pour les enfants repérés à l'examen dès 5-6 ans comme parlant mal, ou fin de CP début CE1 pour les autres.

Il n'y a pas encore actuellement de consensus sur l'utilisation d'outils dans le cadre d'un repérage de troubles des apprentissages. Une commission d'experts (arrêté du 8 février 2002) a élaboré au niveau national des recommandations sur les outils à usage des professionnels de l'enfance dans le cadre du plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage.

Les outils à utiliser dans le cadre d'un repérage et d'un dépistage appliqué à une large population d'enfants restent donc encore à définir et des études longitudinales s'avèrent nécessaires pour en préciser l'efficacité en population générale.

### **Prise en charge pédagogique**

Le repérage des enfants en difficulté permet de mettre en place dans un premier temps un entraînement pédagogique à l'école. Puis si les difficultés persistent, une prise en charge adaptée s'impose selon la nature du trouble qui aura été identifié (après orientation vers un centre ou une équipe spécialisée).

La littérature a montré les effets positifs des entraînements pédagogiques, au sein de l'école, destinés à améliorer les compétences des mauvais lecteurs. Il a été montré que, chez les faibles décodeurs, des entraînements systématiques et précoces du décodage et de la conscience phonémique permettent d'augmenter plus efficacement leurs capacités de lecture (identification des mots et compréhension) que d'autres types d'entraînements. Ces entraînements s'effectuent en petit groupe à besoins similaires ou en individuel associant un travail sur la conscience phonémique et le décodage.

Cette réponse pédagogique de première intention spécifique au décodage cumule donc plusieurs intérêts : elle est réalisable précocement puisqu'elle se passe à l'école ; elle permet de différencier les enfants avec un « retard en lecture », transitoire et qui ne nécessiteront plus de pédagogie spéciale ni de soins, des enfants dyslexiques qui auront besoin d'une prise en charge orthophonique toujours associée à la réponse pédagogique.

### **Prise en charge de soins**

Si les entraînements pédagogiques s'avèrent insuffisants, des soins adaptés au problème rencontré après une évaluation diagnostique rigoureuse sont indispensables.

Le diagnostic nécessite alors les compétences de différents professionnels parfois réunis au sein d'une équipe pluridisciplinaire compte tenu de la



nature complexe des troubles et de l'existence fréquente de troubles associés. Des centres de références ont été créés au sein des CHU. Il en existe une quarantaine répartie sur tout le territoire. Ces centres offrent un plateau de consultations multidisciplinaires, au minimum médicale, orthophonique et psychologique et si possible psychomotrice et neuropsychologique pour une évaluation globale. Ces centres ne peuvent répondre aux demandes de soins mais peuvent assurer l'évaluation régulière de l'efficacité des prises en charge.

Les soins consistent en une prise en charge individuelle de l'enfant, déterminée par l'évaluation précise des déficits en langage écrit, calcul et graphisme ainsi que des troubles associés (par exemple troubles du langage oral, émotionnels ou attentionnels).