



Conditions d'accès au Centre Référent des Troubles des Apprentissages

Devant le nombre important de demandes, nous ne pouvons pas assurer la totalité des bilans et nous sommes obligés de recevoir uniquement les enfants adressés par des professionnels de santé après évaluation préalable et qui restent en échec scolaire malgré la mise en place d'aménagements pédagogiques au sein de l'établissement scolaire.

Pour accéder à une évaluation pluridisciplinaire au CERTA dans le cadre d'un hôpital de jour, les familles doivent nous adresser un dossier comprenant impérativement :

- ▶ **1 COURRIER** du médecin traitant et/ou du médecin scolaire et/ou d'un thérapeute (orthophoniste, neuropsychologue, psychométricien, ergothérapeute ou orthoptiste).
- ▶ **Page 3 - 1 QUESTIONNAIRE PARENTS** (*également téléchargeable sur le site*)
- ▶ **Page 10 - 1 QUESTIONNAIRE ENSEIGNANT** (*également téléchargeable sur le site*)
- ▶ **Les RESULTATS SCOLAIRES** des 2 dernières années et le questionnaire pour les enseignants téléchargeable sur le site
- ▶ **1 BILAN Orthophonique** du langage oral et écrit qualitatif et quantitatif de l'année en cours.
- ▶ **1 BILAN Psychologique** réalisé par un **Psychologue Libéral**, ou par un **Conseiller d'orientation psychologue du collège**, ou par un **Psychologue de l'Education Nationale** comprenant une **Evaluation des Compétences Intellectuelles** adaptée à l'âge de l'enfant et à ses difficultés datant de moins de 24 mois pour les enfants de plus de 6 ans.
- ▶ **Page 11 - 1 QUESTIONNAIRE CADDRA** - *L'inventaire des symptômes du TDAH*

Pour comprendre la problématique de l'enfant et préparer au mieux l'évaluation pluridisciplinaire en **HOPITAL DE JOUR**, les **Psychologues du CERTA** doivent disposer de la totalité des épreuves réalisées (QI, Indices et Notes aux différents subtests, y compris les notes additionnelles), de l'analyse qualitative et des éléments psychologiques observés pendant la passation des tests.

Les Thérapeutes de l'enfant peuvent nous contacter par courrier électronique pour discuter de dossiers ou dans le cadre d'avis urgents



Attention !

- ◆ **Les enfants de moins de 5 ans**, seront vus en consultation médicale, dans le service, par le Médecin et/ou par le Psychologue, après réalisation uniquement du bilan orthophonique.
- ◆ **Les dossiers incomplets**, ou dont les bilans ne remplissent pas les critères demandés ne pourront pas aboutir à un RDV au CERTA. Ils devront donc être complétés, ce qui retardera le diagnostic et la coordination de la prise en charge.
- ◆ **Nos délais sont actuellement très longs** c'est pourquoi nous devons privilégier les enfants dont les Troubles Spécifiques sont les plus sévères.


→ **Pour ne pas retarder la prise en charge** des enfants et la mise en place d'aides pédagogiques en attendant l'avis du CERTA, nous conseillons aux familles de signaler les difficultés aux enseignants et de demander la **réalisation au minimum d'un PPRE** (projet personnalisé de réussite éducative) (Cf. **page 13**) avec si possible la présence du /ou des thérapeute(s) qui suit(vent) l'enfant, un contact téléphonique ou un courrier entre le/ ou les thérapeute(s) et l'enseignant reste essentiel dès le début de l'année scolaire.


→ **En cas de refus de l'école** ou de troubles jugés plus sévères par les thérapeutes de l'enfant, les familles pourront s'adresser au médecin scolaire **pour réaliser un PAP** (Cf. **page 13**), ou au psychologue de l'éducation nationale, ou au conseiller psychologue d'orientation ou à l'infirmier(e) scolaire pour le collège.

→ **Les enfants présentant une déficience intellectuelle** seront accueillis en consultation par un Médecin Neuropédiatre dans l'unité de Neuropéditarie de l'Hôpital LENVAL.

Envoyez le dossier à l'adresse suivante

Hopitaux Pédiatriques de Nice CHU-LENVAL. 57 avenue de la Californie 06200 Nice.

 04 92 03 92 00

 04 92 03 92 09

L'équipe du CERTA



QUESTIONNAIRE PARENTS - Date du jour

Strictement confidentiel, pour constitution du dossier médical de l'enfant.

PARENTS

Adresse

Tél Mail

ENFANT

NOM **Prénom**

Né(e) le

Classe Actuelle

Etablissement scolaire

n° de téléphone école

Droitier / Gaucher / Non déterminé

Motif de la consultation :

.....
.....

Adressé par

Suivi mis en place : Orthophonie, Psychologie, Ergothérapie, Psychomotricité, Soutien Scolaire, autres... (Précisez le nombre de séances / semaine et la date du début du suivi)

.....
.....
.....

Maladie(s) Importante(s) présentée(s) par l'enfant ?

.....

Traitement(s) médicamenteux ?

Oui / Non

Lesquels ?

Si Bilan VISION Fait - Résultat :

.....

Si Bilan AUDITION Fait - Résultat :

.....



Activités pratiquées :

Si Activités extrascolaires - Précisez :

.....
.....

Si Activités en Famille Régulières - Précisez :

.....
.....

HISTOIRE FAMILIALE

	Prénom	Né(e) le	Difficultés Scolaires ?	Type de difficultés	Niveau Scolaire	Diplôme(s), niveau scolaire ou Professions
Père						
Mère						
Frère /soeur						
Frère /soeur						
Frère /soeur						

Maladie Chronique dans la Famille

Oui / Non

Si Oui, Précisez

HISTOIRE DE L'ENFANT

La grossesse et la naissance

Déroulement de la grossesse (prise de médicament, problèmes médicaux, épisodes infectieux, prise de toxiques, autres...)

.....

Terme de naissance Poids Taille Pc

Transfert du bébé après l'accouchement (*Réanimation*) Oui / Non

.....

Votre accouchement s'est-il bien passé ?

Oui / Non

Si non pourquoi ?

Développement de la première année



Difficultés au niveau du sommeil ?

Oui / Non

A quel âge a-t-il fait ses nuits ?

Dort-il ou a-t-il dormi avec ses parents ?

Difficultés d'alimentation ?

Oui / Non

Si oui précisez

Allaitement ?

Oui / Non

Jusqu'à quel âge ?

Comportement

Colères / pleurs incessants ?

Oui / Non

Si oui jusqu'à quel âge ?

Enfant éveillé et souriant ?

Oui / Non

Problèmes de santé durant cette période ?

Oui / Non

Si oui précisez

Mode de garde si reprise de travail de la mère

Quel âge avait l'enfant

DEVELOPPEMENT

Age de la tenue assise Age de la Marche

Age de l'Acquisition de la Propreté

Était-il propre à l'entrée à l'école Maternelle

De jour / De nuit Urines / Selles

► **Habiletés motrices globales** (Marcher, sauter, vélo...)

Bonne

Normale

Mauvaise

► **Motricité fine** (lacets, boutonner, découper, se servir des Couverts...)

Bonne

Normale

Mauvaise

► **Ecriture**

Bonne

Normale

Mauvaise

► **Dessin, Coloriage et respect des limites**

Bon

Normal

Mauvais

Intérêts



- Pour les puzzles ? Oui / Non
Pour les Jeux de constructions (LEGO, maquettes...)
Peut-il reproduire des modèles? Oui / Non

Orientation dans le temps

- Bonne Normale Mauvaise

Orientation dans l'espace

- Bonne Normale Mauvaise

Communication et Langage oral

- A quel âge montrait-il du doigt
- Age des premiers mots
- Faisait-il des phrases à l'entrée en Maternelle Oui / Non
- Si non, communiquait-il par gestes Oui / Non

Le langage actuel

- ▶ Lorsqu'on lui parle comprend t-il le sens de la conversation ?
 Jamais Rarement Parfois Toujours
- ▶ Structure t-il bien ses phrases ? Oui / Non
- Précisez.....
- ▶ Trouve t-il les mots justes ? Oui / Non
- Précisez.....
- ▶ A-t-il un vocabulaire étendu ? Oui / Non
- Précisez.....
- ▶ Conjugue t-il bien les verbes ? Oui / Non
- ▶ Est- il capable de raconter / résumer une histoire ? Oui / Non
- Précisez.....



ACTUELLEMENT

Capacités d'attention Votre enfant peut-il :

▶ Jouer seul un long moment ? Oui / Non

Précisez.....

▶ Rester durablement sur une même activité ? Oui / Non

Précisez.....

▶ Mener une activité scolaire à son terme ? Oui / Non

▶ Regarder un film adapté à son âge en entier ? Oui / Non

Précisez.....

▶ Participer à un jeu de société jusqu'au bout ? Oui / Non

SommeilDifficultés ? Oui / Non

▶ Heure du coucher en période Scolaire

▶ S'endort-il rapidement ? Oui / Non

▶ Se réveille t-il la nuit ? Souvent / Parfois / Jamais

▶ Le matin, se réveille-t-il facilement ? Oui / Non

Autres éléments :.....

AlimentationDifficultés ? Oui / Non

▶ Mange t-il de tout ? Oui / Non

▶ Mange-t-il beaucoup de sucreries Oui / Non

▶ Boit-il du coca-cola ? Souvent/ Parfois / Jamais

▶ Mange-il à la cantine ? Oui / Non

Autres éléments :.....



Comportement et relations avec les autres

► Relations avec les enfants de son âge :

Très bonnes Bonnes Moyennes Mauvaises

► Aptitude à s'intégrer aux groupes :

Très bonne Bonnes Moyennes Mauvaises

► Agressivité envers les autres ? Oui / Non

► A-t-il tendance à se dévaloriser ? Oui / Non

PARCOURS SCOLAIRE

ECOLE MATERNELLE

Difficultés de séparation ? Oui / Non

Bonne participation aux activités ? Oui / Non

Autres informations ?

.....
.....

ECOLE PRIMAIRE

Acquisition de la lecture

Facile Difficile Impossible

Apprentissage de l'écriture

Facile Normal Difficile Impossible

Aujourd'hui son niveau de lecture est

Bon Normal Mauvais Non lecteur

Aime t-il lire ? Oui / Non

Niveau en orthographe

Bon Normal Mauvais Incompréhensible



Apprentissage des mathématiques (*le calcul, les problèmes, la géométrie, le raisonnement*):

Facile Difficile Normal Impossible

Difficultés particulières

.....
.....

Proposition de redoublement et/ou redoublement Oui / Non

Si oui quelle classe ?

Aides proposées Oui / Non

Lesquelles ? (*Aménagements, soutien scolaire, PAI, PPS, Rased...*)

.....

Fait-il seul ses devoirs? Oui / Non

Temps de travail par soir ?.....

COLLEGE

Ordinaire ULIS SEGPA Autres.....

Difficultés particulières

.....
.....

Proposition de redoublement et/ou redoublement Oui / Non

Si oui quelle classe

Lesquelles ? (*Aménagements, soutien scolaire, PAI, PPS, Rased...*)

.....

Fait-il seul ses devoirs? Oui / Non

Temps de travail par soir ?.....



QUESTIONNAIRE POUR L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE

Enfant

NOM

Prénom

Enseignant / Professeur

NOM

Prénom

RENDEMENT SCOLAIRE	Sous niveau scolaire	Très peu sous niveau scolaire	Même niveau scolaire	Un peu au-dessus	Bien au-dessus	Ne s'applique pas
LECTURE						
a) Décodage						
b) Compréhension						
c) Maîtrise						
ÉCRITURE						
d) Écriture (manuscrite)						
e) Orthographe						
f) Syntaxe (phrase écrite)						
g) Composition (texte)						
MATHÉMATIQUES						
h) Calcul (précision)						
i) Calcul (maîtrise)						
j) Raisonnement						
PERFORMANCE COMPORTEMENTALE EN CLASSE	Pauvre	Sous la moyenne	Moyenne	Au-dessus de la moyenne	Supérieure	Ne s'applique pas
Suit instructions/directives						
Sens de l'organisation						
Termine devoirs/projets						
Relations avec ses pairs						
Comportement en classe						

Est-ce que l'enfant comprend les consignes orales ?

Oui / Non

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Évaluation rétrospective des symptômes dans l'enfance Symptômes actuels

Médication actuelle: _____

L'INVENTAIRE DES SYMPTÔMES DU TDAH

<i>Symptômes: Indiquer la case appropriée</i>	Non (0)	à l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	Diagnostics
ATTENTION 314.00 (≥6/9)	SÉVÉRITÉ				TOTAL
Commet des erreurs d'inattention					
A de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes					
Ne semble pas écouter quand on lui parle					
A de la difficulté à suivre les instructions et à terminer la tâche					
Est désorganisé dans ses tâches et activités					
Attend à la dernière minute et évite de faire les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ennuyantes)					
Perd des choses					
Est facilement distrait					_/9
A tendance à oublier dans la vie de tous les jours					≥6/9
HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01(≥6/9)					
S'agite ou bouge sur son siège					
A de la difficulté à rester en place ou assis					
A la bougeotte					
A de la misère à rester silencieux dans les activités stimulantes					
Est toujours en action ou comme «poussé par un moteur»					
Parle trop					
Répond avant la fin de la question					
A de la misère à attendre son tour					≥6/9
A tendance à interrompre ou à déranger les autres					_/9
TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81					
Perd le contrôle de ses humeurs					
Argumente avec les adultes					
Est défiant ou refuse de suivre les consignes					
Embête les autres délibérément					
Blâme les autres plutôt que lui-même					
Est susceptible					
Est colérique ou rancunier					≥4/8
Est méchant ou cherche à se venger					_/8
Commentaires					

Version: Mars 2014. Voir www.caddra.ca pour les dernières mises à jour



MERCI DE RETOURNER OBLIGATOIREMENT CET IMPRIME SIGNE

Je, soussigné M....., parent de
l'enfant....., autorise le CERTA à se mettre en rapport
avec les membres de l'équipe scolaire ou les professionnels spécialisés qui
s'occupent de l'enfant afin d'être en mesure de lui apporter la meilleure aide
possible.

Lieu :..... Date :.....

Signature :

Si déjà connu ou probable pour la date de passation du bilan au CERTA :

Nom de l'établissement scolaire :

Ville :.....

Nom de l'enseignant ou d'un responsable pédagogique :

Numéro de téléphone de l'établissement scolaire :.....

Niveau scolaire :



Pour votre information

Quel plan pour qui ?

