



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin de l'Éducation Nationale

Date du Jury : juillet 2000

POUR UNE PREVENTION DE L'ECHEC SCOLAIRE

LIE AUX TROUBLES D'APPRENTISSAGE

MARQUIS Isabelle

SIGLES ET ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION	2
PREMIÈRE PARTIE	4
1. L'ÉCHEC SCOLAIRE.....	4
1.1. COMMENT DÉFINIR L'ÉCHEC SCOLAIRE ?	4
1.2. LES CRITÈRES D'ÉCHEC SCOLAIRE	5
1.2.1 <i>Le retard scolaire et le redoublement.....</i>	<i>5</i>
1.2.2. <i>Les orientations en éducation spécialisée.....</i>	<i>6</i>
1.2.3. <i>Les sorties sans diplôme du système éducatif.....</i>	<i>6</i>
1.2.4. <i>Les évaluations nationales en CE2 et en sixième.....</i>	<i>7</i>
1.3. AMPLEUR ET NATURE DU PROBLÈME	8
2. LES TROUBLES SPÉCIFIQUES D'APPRENTISSAGE	9
2.1. DÉFINITION DU <i>NATIONAL JOINT COMMITTEE OF LEARNING DISABILITIES</i>	9
2.2. LES CLASSIFICATIONS	10
2.3. TROUBLES SPÉCIFIQUES DU DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE ORAL (T.S.D.L.)	11
2.3.1. <i>Définition.....</i>	<i>11</i>
2.3.2. <i>Classification :retard simple et dysphasie</i>	<i>11</i>
2.4. LES TROUBLES SPÉCIFIQUES D'APPRENTISSAGE DE LA LECTURE : LES DYSLEXIES ...	14
2.4.1. <i>Définition</i>	<i>14</i>
2.4.2. <i>Les facteurs prédictifs des troubles d'apprentissage de la lecture</i>	<i>15</i>
Les troubles du langage oral.....	15
Les troubles de la conscience phonologique	16
Les troubles visuo-spatiaux et les troubles de la perception visuelle	17
Les troubles de la latéralité	17
Les troubles de la mémoire immédiate	18
Les antécédents familiaux de dyslexie	18
2.4.3. <i>La prévalence des dyslexies</i>	<i>19</i>
2.5. LA DYSORTHOGRAPHIE	19

2.6. LA DYSCALCULIE	19
2.7. LES TROUBLES DE L'ACQUISITION DE LA COORDINATION, ET LES TROUBLES PSYCHOMOTEURS.....	20
2.8. LES TROUBLES DÉFICITAIRES DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ	20
3. CONSÉQUENCES DES DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE.....	21
3.1. ILLETTRISME	21
3.2. RETENTISSEMENT SUR LA SANTÉ	21
3.2.1. <i>Sur la santé physique de l'enfant et de l'adolescent</i>	21
3.2.2. <i>Sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent</i>	22
3.2.3. <i>Le niveau scolaire est aussi un déterminant de la santé future de l'individu</i>	22
 DEUXIÈME PARTIE	 23
1. CONTEXTE	23
2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	25
3. MATÉRIEL ET MÉTHODE	25
3.1. POPULATION ÉTUDIÉE	25
3.2. NATURE DE L'ÉTUDE	26
3.3. LES DOSSIERS MÉDICO-SCOLAIRES	26
3.4. LA GRILLE DE RECUEIL DE DONNÉES.....	27
3.5. EXPLOITATION SUR EPI INFO	28
4. RÉSULTATS	29
4.1 CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL	29
4.2. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT	30
4.3. LES VISITES MÉDICALES DE LA P.M.I. À 4 ANS ET DU S.P.S.F.E. LORS DU BILAN DES 6 ANS	32
4.4. LES PRISES EN CHARGE	33
4.4.1. <i>La prise en charge orthophonique</i>	33
4.4.2. <i>Autres prises en charge</i>	35
4.5. LA SCOLARITÉ	36

5. DISCUSSION	37
5.1.DISCUSSION DE LA MÉTHODE	37
5.1.1. <i>La population</i>	37
5.1.2. <i>L'enquête rétrospective sur dossier</i>	38
5.1.3. <i>La grille de recueil des données</i>	38
5.2.DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	39
5.2.1. <i>Caractéristiques de ces élèves en échec scolaire</i>	39
5.2.2. <i>Facteurs à l'origine de l'échec</i>	40
5.2.3. <i>Dysfonctionnements dans le dépistage, la prise en charge et le suivi</i> <i>des élèves en difficulté</i>	40
5.2.3.1. <i>Dysfonctionnements du S.P.S.F.E</i>	40
5.2.3.2. <i>Dysfonctionnements liés aux familles</i>	42
5.2.3.3. <i>Dysfonctionnements liés à l'institution scolaire</i>	42
TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS.....	43
1. CONCEVOIR DE NOUVEAUX DOSSIERS MÉDICO-SCOLAIRES.	43
2. DÉVELOPPER LES MISSIONS DE RECHERCHE DES MEN, EN PARTENARIAT AVEC D'AUTRES STRUCTURES.	44
3. CRÉER DANS CHAQUE DÉPARTEMENT UN DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE ET DÉGAGER UN SCHÉMA D'UTILISATION COHÉRENTE DE CE DISPOSITIF.	45
4. LES MEN DEVRAIENT ALORS S'INSCRIRE DANS CE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE À PLUSIEURS NIVEAUX	46
CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXE.....	56

SIGLES ET ABREVIATIONS

ANDEM :	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.
B.E.P. :	Brevet d'Étude Professionnel.
C.A.P. :	Certificat d'Aptitude Professionnelle.
C.C.P.E.:	Commission de Circonscription pour l'enseignement Pré-scolaire et Élémentaire.
CLIS :	Classe d'intégration scolaire.
C.M.P. :	Centre Médico-Psychologique.
C.M.P.P. :	Centre Médico-Psycho-Pédagogique.
CRÉSAS :	Centre de Recherche de l'Éducation Spécialisée et de l'Adaptation scolaire.
C.S.P. :	Catégorie socio-professionnelle.
D.E.P. :	Direction de l'Évaluation et de la Prospective.
ÉREA :	Établissement Régional d'Enseignement Adapté.
G.P.L.I. :	Groupe Permanent de Lutte contre l'Illettrisme.
I.N.R.P. :	Institut National de la Recherche Pédagogique.
I.U.F.M. :	Institut Universitaire de Formation des Maîtres.
MEN :	Médecin de l'Education Nationale
O.N.L. :	Observatoire National de la Lecture.
Q.I. :	Quotient Intellectuel
RASED :	Réseau d'Aide pour les Éléves en Difficulté.
SEGPA :	Section d'Enseignement Général Professionnel Adapté
SESSAD :	Service d'Enseignement Spécialisé et de Soins à Domicile.
S.P.S.F.E. :	Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves
ZEP :	Zone d'Éducation Prioritaire.

INTRODUCTION

La prévention de l'échec scolaire est une priorité de l'Éducation Nationale et une mission du service de promotion de la santé en faveur des élèves (S.P.S.F.E.). De nombreuses circulaires et déclarations en témoignent :

- La circulaire du 24 juin 1991 relative aux missions du S.P.S.F.E. (31) précise les actions allant dans le sens de la prévention de l'échec scolaire : bilan de la 6^e année, suivi des élèves en difficulté.
- Le "nouveau contrat pour l'école" en 1994 (32) affirme que la prévention de la difficulté scolaire est une mission fondamentale de l'école dont la première priorité est la maîtrise de la langue française écrite et orale.
- La circulaire 98-229 du 18 novembre 1998 met en place "les programmes personnalisés d'aide et de progrès" pour chaque élève en grande difficulté (33). Ceux-ci doivent reposer sur un diagnostic juste et précis des difficultés de l'enfant, avant de définir les actions à mettre en œuvre : *"l'identification de la dyslexie ne conduit pas au même type d'action que l'inappétence scolaire d'un enfant par exemple ou encore que le repérage de troubles neurologiques"*.
- Dans le discours de rentrée de l'année 1999/2000 de la Ministre déléguée à l'Enseignement scolaire, Ségolène Royal, le dépistage précoce des difficultés d'apprentissage devient une des trois priorités des *"services de santé scolaire"*, au même titre que l'éducation à la santé et la prévention des conduites à risque.

Malgré cette volonté bien affirmée de l'Éducation Nationale de prévenir l'échec scolaire, celui-ci reste encore un phénomène préoccupant par son ampleur (43).

Ses causes, souvent multiples et intriquées, et ses conséquences, le placent au carrefour des domaines pédagogique, psychologique, médical et social.

De récentes études épidémiologiques ont montré qu'un grand nombre de ces échecs sont en relation avec des troubles d'apprentissage (43) et ont permis d'identifier des signes d'appel et des facteurs de risque (20)(44).

Qu'est-ce qui empêche alors un dépistage puis une prise en charge et un suivi efficace ?

Que peut faire le médecin de l'Éducation Nationale pour enrayer l'évolution jusqu'ici souvent inéluctable des troubles d'apprentissage vers l'échec scolaire ?

C'est ce que se propose de rechercher ce travail, l'objectif général étant de contribuer à l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des élèves atteints de troubles d'apprentissage.

Dans une première partie, l'ampleur et la nature de l'échec scolaire seront rappelés, la place qu'occupent les troubles et les difficultés d'apprentissage dans cet échec sera précisée, les signes d'appel précoces les plus prédictifs de difficultés ultérieures seront recherchés. Les conséquences de l'échec, tant sur le plan individuel que collectif, seront étudiées.

Cet état des connaissances sur l'échec scolaire et les troubles d'apprentissage sera complété, dans une deuxième partie, par une enquête sur le terrain, dans le département des Vosges. A travers l'étude rétrospective de dossiers médico-scolaires d'élèves de 6^e en échec, nous chercherons à savoir si certains de ces échecs peuvent être imputés à des troubles d'apprentissage, s'ils étaient prévisibles quelques années auparavant et s'ils auraient pu être évités. Nous rechercherons d'éventuels dysfonctionnements dans le diagnostic, la prise en charge ou le suivi de ces enfants.

Cela pourra permettre, au terme de ce travail, d'élaborer des propositions destinées à améliorer la prise en charge de ces élèves.

PREMIERE PARTIE

1. L'ECHEC SCOLAIRE

L'échec scolaire est un problème apparu dans les années 1960, avec l'explosion scolaire due à la prolongation de la scolarité (5).

1.1. Comment définir l'échec scolaire ?

Ce pourrait être la non-concrétisation, au cours de la scolarité, du potentiel intellectuel de l'enfant (9).

Mais le sentiment d'échouer est variable d'un individu à l'autre, d'une famille à l'autre.

L'échec scolaire est aussi une notion variable selon le contexte historique et social : elle dépend de ce que valorise la société, de l'attente de la société à l'égard de l'école, et de l'école elle-même à l'égard des élèves.

C'est aussi une notion variable selon les pays. Les institutions scolaires admettent plus ou moins l'échec scolaire et le masquent sous des termes différents. Ainsi, en France, le ministère de l'Éducation Nationale parle d'élèves "en difficulté" ou "en grande difficulté".

On peut entendre par "échec scolaire" plusieurs phénomènes fréquemment amalgamés : pour G. et E. CHAUVEAU (11) , chargés de recherche au CRESAS-I.N.R.P., ce terme désigne en réalité six types de problèmes différents :

- Les difficultés d'adaptation à la structure scolaire. L'accent est mis sur les perturbations comportementales et relationnelles de certains élèves.
- Les difficultés d'apprentissage. L'accent est mis sur les problèmes cognitifs et le manque de compétences. Les insuccès dans les "savoirs de base" (lire, écrire, calculer) observables dès le cours préparatoire, en font partie.
- Les procédures d'élimination ou de relégation. L'accent est mis sur les "orientations négatives" (redoublement, placement dans une structure ou dans une filière dévalorisée).
- Les difficultés de passage d'un cycle à l'autre. L'accent est mis sur le non-accès au lycée ou à l'enseignement supérieur.

- L'insuffisance ou l'absence de certification scolaire. L'accent est mis sur l'évaluation ou la sanction des études (examens, diplômes).
- Les difficultés d'insertion professionnelle et sociale. L'accent est mis sur la sortie du système scolaire et l'entrée dans le monde du travail.

1.2. Les critères d'échec scolaire

Une définition précise de l'échec scolaire n'est donc pas possible, mais on peut en évaluer l'ampleur à travers l'étude de quelques critères.

▪ 1.2.1 Le retard scolaire et le redoublement

Le système scolaire est construit de telle sorte qu'à chaque niveau ou classe correspond un âge dit "normal". Ces élèves sont dits "à l'heure".

En fait, ce n'est pas le retard lui-même qui est signe d'échec, c'est ce qu'il sous-entend : le ou les redoublements de classe. En effet, lorsqu'un élève prend du retard pour une cause externe (hospitalisation, maladies longues ou répétées), il ne se trouve pas nécessairement en échec.

Par contre, le redoublement est, lui, le signal d'alarme qui a une forte valeur prédictive de l'échec scolaire.

Et plus le redoublement est précoce, notamment en cours préparatoire, plus le risque d'échec est grand.

La création en 1989 du "cycle des apprentissages fondamentaux" comprenant la grande section de maternelle, le cours préparatoire, le cours élémentaire 1, avec possibilité de réaliser ce cycle en 3 ou 4 ans aurait dû faire disparaître les redoublements du cours préparatoire. Mais ce cycle n'est qu'imparfaitement mis en place.

La Direction de la Programmation et du Développement (D.P.D.) constate qu'en septembre 1998 (34) :

- 20 % des élèves de cours moyen 2 sont en retard (ont plus de dix ans).

Quelques particularités peuvent être notées :

- en moyenne, les garçons accèdent au collège plus tard que les filles :

22 % des garçons de CM2 ont plus de 10 ans contre seulement 17 % des filles.

- dans les Zones d'Éducation Prioritaire (ZEP), les retards restent plus fréquents qu'ailleurs : 32 % des élèves de CM2 ont plus de 10 ans pour une proportion moyenne de 20 %.

- Près d'un élève sur dix (9,7 %) redouble la sixième.

Au total, 29 % des inscrits en sixième ont au moins un an de retard.

(24 % ont un an de retard, 5% ont deux ans ou plus de retard).

▪ 1.2.2. Les orientations en éducation spécialisée

Dans le primaire, les classes d'intégration scolaire (CLIS) de type 1 accueillent les enfants présentant un handicap mental.

Dans le second degré, les établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA) et, les sections d'enseignement général et professionnel adapté des collèges (SEGPA) accueillent les élèves présentant des difficultés scolaires graves et persistantes (non-maîtrise des compétences attendues à la fin du cycle des apprentissages fondamentaux) dues à des perturbations de l'efficacité intellectuelle.

En France métropolitaine, en 1998/1999, 2,1 % des élèves de 6^e étaient scolarisés en 6^e SEGPA ou 6^e d'EREA (37).

▪ 1.2.3. Les sorties sans diplôme du système éducatif :

Elles sont, non pas un signal de l'échec scolaire, mais la résultante de cet échec et elles témoignent de l'échec du système scolaire à apporter des remèdes aux élèves qui sont exclus du cursus "normal" ou qui s'en excluent eux-mêmes.

En 1997, 96 000 jeunes (soit 13 % des sortants de formation) ont quitté l'école sans aucun diplôme (34). Parmi eux, 57 000 jeunes sont sortis non qualifiés, c'est-à-dire n'ayant même pas atteint le niveau de CAP ou BEP.

- 1.2.4. Les évaluations nationales en CE2 et en sixième.

Il s'agit d'un autre élément pour appréhender l'échec scolaire.

Chaque année, ces évaluations indiquent le niveau de connaissance atteint en français et en mathématiques pour tous les élèves, en début du cours élémentaire deuxième année (CE2) et en début de classe de sixième (SEGPA comprises).

Cet instrument, initié en 1989, est construit pour aider les enseignants à repérer les acquis et les difficultés des élèves et à adapter leurs méthodes pédagogiques.

Il donne aussi des indications précises et sûres sur l'échec scolaire, soit dans la France entière, soit par académie, soit par département, soit par établissement.

Le score moyen global de réussite des élèves inscrits en sixième en septembre 1998 en français est de 63,5/100 c'est-à-dire qu'en moyenne, les élèves réussissent de l'ordre des 2/3 des items proposés (35).

Mais

- 4,7 % des élèves (sixième SEGPA comprises) ont un score inférieur à 30/100.
- 11,3 % des élèves (sixième SEGPA comprises) ont un score inférieur à 40/100.
- 21,2 % des élèves (sixième SEGPA comprises) ont un score inférieur à 50/100

De même, en mathématiques, le score moyen global de réussite des élèves inscrits en sixième en septembre 1998 est de 60/100, mais

- 7,5 % des élèves ont un score inférieur à 30/100
- 15,4 % des élèves ont un score inférieur à 40/100
- 28,5 % des élèves ont un score inférieur à 50/100

Les 10 % d'élèves les plus faibles en français ont un score moyen de 28,9/100.

Les 10 % d'élèves les plus faibles en mathématiques ont un score moyen de 23,4/100

Les filles obtiennent en moyenne de meilleurs résultats en français (+ 7 points) que les garçons.

Ces critères permettent de cerner globalement l'échec scolaire, mais pas d'en appréhender les causes.

1.3. Ampleur et nature du problème :

L'absence de définition précise de l'échec scolaire rend difficile les comparaisons entre les études et les pays. Cependant, il existe une réflexion européenne à ce sujet et la notion de "besoins éducatifs spéciaux" tend à remplacer celle d' "échec scolaire".

Selon une étude de l' "*European Association for Special Education*", l'échec scolaire concerne 16 à 24 % des élèves européens (43).

Ces enfants sont répartis en trois catégories en fonction de l'origine principale supposée de leurs difficultés :

- Ceux dont l'essentiel de leurs difficultés provient d'une déficience avérée, qu'elle soit sensorielle, motrice ou mentale, d'un traumatisme ou d'un trouble envahissant du développement. Ils représentent 2 à 3 % de la population scolaire.
- Ceux qui, ne relevant pas de la catégorie précédente, présentent des "troubles développementaux spécifiques des apprentissages". Ces troubles d'apprentissage concernent de 4 à 6 % de la population scolaire et environ 1/4 des échecs scolaires leur sont dus.
- Ceux dont les difficultés ne proviennent pas des deux causes précédentes mais sont d'origine culturelle, sociale, économique, pédagogique et/ou psychologique. Ils représentent 10 à 15 % de la population scolaire.

Les chiffres de cette étude peuvent être critiqués car les cas "purs " sont rarissimes et cette classification sous-entend que l'on ne prend en considération que la cause supposée majeure des troubles.

2. LES TROUBLES SPECIFIQUES D'APPRENTISSAGE

2.1. Définition du *National Joint Committee of Learning disabilities* :

De nombreux termes désignent les troubles d'apprentissage : *learning disabilities*, *learning disorders*, difficultés d'apprentissage, retard d'acquisition, trouble développemental, troubles instrumentaux ..., et il existe autant de définitions.

Celle du *National Joint Committee of Learning disabilities* est la plus communément admise (43).

Elle définit les troubles d'apprentissage comme "*un ensemble hétérogène de troubles causés par une dysfonction, détectée ou non, du système nerveux central mais n'ayant pas pour origine un handicap visuel, auditif ou moteur, une arriération mentale, ou un milieu défavorisé*".

"*Ces troubles peuvent se manifester par des retards dans le développement, des difficultés au niveau de la concentration, de la mémoire, du raisonnement, des difficultés au niveau de la coordination, de la communication, de la lecture, de l'écriture, de l'épellation, du calcul, et par des difficultés touchant la sociabilité et la maturité affective*".

Le "trouble d'apprentissage" doit être distingué de la simple difficulté d'apprentissage (transitoire dans la vie de l'enfant) et des difficultés dues à l'absence des conditions nécessaires au travail, à un mauvais enseignement ou à des facteurs culturels.

2.2. Les classifications :

- Il existe plusieurs classifications des troubles d'apprentissage :
 - Le D.S.M. IV : (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux) (1).
 - La CIM 10 :(Classification Internationale des Maladies) de l'O.M.S (40).
 - La Classification Française des Troubles Mentaux de l' Enfant et de l'Adolescent (C.F.T.M.E.A) (38).

Au vu de ces classifications, on peut individualiser parmi les troubles d'apprentissage :
(43)

- les troubles spécifiques du développement du langage oral (T.S.D.L.)
- les troubles spécifiques d'apprentissage :
 - de la lecture
 - de l'orthographe
 - de l'arithmétique
- les troubles associés de l'acquisition de la coordination et autres troubles psychomoteurs
- les troubles associés de l'attention.

2.3. Troubles spécifiques du développement du langage oral (T.S.D.L.)

▪ 2.3.1. Définition :

La définition des T.S.D.L. est une définition par exclusion.

Elle exclut les troubles dus à un déficit sensoriel (auditif), à un trouble moteur des organes de la parole, à une déficience mentale, à un trouble psycho-pathologique (notamment les "troubles envahissants du développement"), à une déprivation socio-affective grave, à une lésion cérébrale évidente (12).

▪ 2.3.2. Classification :

Deux classifications sont nécessaires :

- Sur le plan sémiologique :

- *Les troubles de l'articulation :*

L'articulation peut être gênée par des difficultés dans l'exécution des mouvements de la langue, des lèvres, etc... (24). Les troubles de l'articulation peuvent aussi être liés à des erreurs de perception auditive, l'enfant indifférencie le "tr" du "cr", le "ch" du "ss" par exemple.

La réalisation "matérielle" des sons du langage est atteinte.

Ces troubles phonétiques appelés souvent zozotement, zézaiement, chuintement, schlintement et sigmatisme, même isolés peuvent gêner l'apprentissage de l'écrit, s'ils ne sont pas rééduqués avant, en perturbant la boucle audio-phonatoire.

- *Le retard de parole :*

L'enfant déforme les mots. Les erreurs consistent en substitutions ("badane" pour "banane") par exemple, en simplifications, élisions ("atu" pour "voiture"), adjonctions ("crocodile" pour "crocodile"), inversions ("valabo" pour "lavabo") (12).

De telles déformations accompagnent le développement normal de la parole. Elles ne devront être considérées comme pathologiques que si elles persistent au-delà de la période normale d'acquisition raisonnablement fixée aux alentours de 5 ans.

Il s'agit d'une atteinte du premier niveau d'organisation du langage, l'organisation des sons en mots, appelée atteinte phonologique. Elle correspond à une perturbation de la programmation, c'est-à-dire du choix des sons qui entrent dans la constitution d'un mot et leur séquence correcte.

Les atteintes phonologiques ont des caractéristiques qui permettent de les différencier des troubles d'articulations :

- les altérations des phonèmes ne sont pas systématiques. Un même mot peut d'une fois à l'autre être altéré différemment,
- les troubles augmentent avec la longueur du mot.

- *Le retard de langage*

Il s'agit d'un déficit syntaxique : la capacité d'association des mots en phrase est atteinte (ordre des mots, conjugaison) ; des confusions verbales (erreurs de vocabulaire) peuvent s'y associer.

- Sur le plan pronostique :

Les T.S.D.L. doivent être différenciés sur le plan pronostique en troubles bénins ou troubles graves.

- Les *troubles bénins* seront transitoires et généralement sans retentissement sur le langage écrit. Ce sont les "*retards simples*" encore appelés troubles fonctionnels.
- Les *troubles graves*, dits structurels, seront durables et sont appelés "*dysphasie de développement*". Ils concernent 1 % de la population scolaire.(12)

Mais la distinction des retards simples et des dysphasies n'est pas toujours facile. Pour certains auteurs, "*il existe probablement un continuum entre ces deux types de troubles (27) et hormis le temps, il n'existe pas actuellement de test décisif permettant de distinguer précocement un simple retard transitoire du langage d'un trouble qui va persister*" (15).

Cependant, il ne faut pas attendre pour entreprendre une rééducation du langage.

Et selon CHEVRIÉ (12), des éléments permettent de penser, dès la période préscolaire, qu'il existe un risque de se trouver en présence d'une dysphasie :

- La persistance de troubles notables au-delà de 5 ans et demi, autres que des troubles d'articulation ou des troubles phonologiques encore "acceptables" à cet âge.
- L'absence de progression lors d'examens successifs, au cours de la période préscolaire.
- Un trouble portant sur l'expression dans son ensemble (et pas seulement sur la réalisation articulatoire ou phonologique).
- Une atteinte de la compréhension.
- Un déficit de la mémoire à court terme.
- Une dysnomie (trouble d'évocation du mot).
- Des troubles sémantiques pragmatiques (quand ce sont des enfants qui parlent facilement, mais dont les propos sont peu informatifs et inadéquats. Leur compréhension du langage est très mauvaise. Le langage semble vidé de son sens. Les enfants parlent plus pour maintenir le contact que pour rechercher ou donner de l'information).
- L'association avec des déficits d'ordre cognitif (un Quotient Intellectuel [Q.I.] performance limite), des troubles de l'attention et du comportement, des insuffisances d'ordre affectif, familial, social, culturel, ...

LIVET (27) constate que certaines "déviances" du langage comme les complexifications ("*alimi*" pour "ami" par exemple) caractérisent les dysphasies et ne s'observent pas dans les retards simples.

DEONNA (15) observe que les retards de langage sont souvent associés à un retard de la motricité générale ou fine (se traduisant par une maladresse manuelle). Les enfants dont les capacités à réaliser des tâches fines progressent rapidement, sont ceux qui rattrapent leur retard de langage, alors que les enfants dysphasiques conservent une immaturité manuelle à l'entrée au cours préparatoire.

La classification des dysphasies est complexe (12) mais nécessaire, car de leurs formes dépendent les méthodes de rééducation, l'évolution et le pronostic.

On différencie deux grands types de dysphasies :

- Les formes réceptives sont classiquement caractérisées par un trouble majeur du décodage du langage, expliquant l'atteinte massive de la compréhension.

- Les formes touchant l'expression, plus fréquentes et de meilleur pronostic.

Pour DEONNA (15), les trois principaux *facteurs de bon pronostic* pour les dysphasies sont : une bonne compréhension du langage, un comportement actif de communication et un jeu symbolique élaboré (faire semblant, inventer des scénarios ...).

Dans les dysphasies, la *rééducation du langage* doit être précoce, intensive, prolongée, adaptée au déficit linguistique de l'enfant, régulièrement réévaluée et intimement liée à l'apprentissage du langage écrit. Cet apprentissage de l'écrit aide à l'évolution du langage oral. Il ne doit pas être retardé (12). Le passage au Cours Préparatoire est donc préférable dans ce cas à un maintien en Grande Section de maternelle, même si par la suite, le rythme d'apprentissage de l'écrit pourra être plus lent que normalement.

2.4. Les troubles spécifiques d'apprentissage de la lecture : les dyslexies :

▪ 2.4.1. Définition :

La dyslexie est un trouble durable et persistant de l'acquisition de la lecture qui se manifeste chez des enfants :

- ayant un niveau intellectuel normal,
- ne présentant pas de trouble sensoriel (visuel ou auditif),
- ayant suivi une scolarisation adéquate,
- issus d'un milieu normalement stimulant,
- ne présentant pas de trouble affectif grave ni de trouble neurologique.

Il est convenu de ne parler de dyslexie que lorsque l'âge de lecture, mesuré par des tests de lecture standardisés, a un retard sur l'âge réel supérieur à 18 mois ou deux ans (suivant les auteurs) (10)(28). On ne peut donc poser un diagnostic de dyslexie vraie qu'après l'âge de 8 ans au mieux ; avant, il est impossible de savoir s'il s'agit d'un retard simple de lecture ou de difficultés spécifiques de la dyslexie.

La dyslexie est une entité médicale contestée par certains auteurs (10)(19) : la dyslexie ne serait qu'un terme générique pour caractériser les mauvaises performances des 5 % plus mauvais lecteurs d'une classe d'âge.

Toutefois, depuis 1992, la dyslexie est une entité médicale reconnue par l'O.M.S.

Depuis 1998, l'A.N.D.E.M. (Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale) la reconnaît dans ses recommandations et références médicales, comme une pathologie nécessitant une prise en charge orthophonique précise après un diagnostic précis (2).

L'Éducation Nationale la reconnaît comme une pathologie responsable d'une déficience légère à sévère et permet désormais un aménagement particulier aux examens tels qu'un tiers temps supplémentaire.

▪ 2.4.2. Les facteurs prédictifs des troubles d'apprentissage de la lecture :

Pour permettre un dépistage précoce des troubles d'apprentissage de la lecture, il est nécessaire de déterminer quels sont les facteurs les plus prédictifs de difficultés ultérieures :

Les troubles du langage oral :

Plusieurs études (20)(44) ont montré que la présence précoce d'un trouble du langage est associée à un risque de troubles du langage écrit.

Ainsi, la prévalence des retards dans l'apprentissage du langage écrit serait de 40 % à 8 ans chez les enfants repérés à 3 ans comme ayant un trouble du langage oral (44).

Mais ce risque n'est pas le même pour tous les troubles du langage oral :

- Les enfants ayant récupéré un langage normal à 5 ans n'ont pas un risque particulier pour les troubles du langage écrit (44).
- Les atteintes phonologiques pures (retard de parole) sont de moins bons prédicteurs de risque que les retards de langage (déficit syntaxique).
- Les dysphasies entraîneront deux fois sur trois des troubles d'apprentissage du langage écrit.

Même en l'absence de troubles apparents du langage oral, certaines épreuves semblent prédictives des capacités ultérieures en lecture.

C'est le cas de l'épreuve de dénomination automatisée rapide qui consiste à "demander à l'enfant de dénommer le plus vite possible des dessins figurant sur une planche : par exemple, 5 dessins d'animaux répétés dix fois chacun et rangés de manière aléatoire sur une planche. L'enfant doit prononcer le nom des dessins le plus vite possible, de gauche à droite et de haut en bas, comme s'il lisait un texte. Cette épreuve explore la dextérité des enfants à accéder de manière automatique à la forme orale de mots simples." (20)

Cette épreuve pourrait être facilement réalisée en pratique, mais son pouvoir prédictif serait moindre que celui des capacités métaphonologiques (25).

Des troubles de la compréhension du langage oral peuvent être recherchés par des épreuves de désignation d'images représentant des actions ou des relations spatiales ("le petit pousse le grand sur la chaise", "le crayon qui est sur le livre est blanc")

Les troubles de la conscience phonologique :

La conscience phonologique peut être définie par la conscience de la structure sonore des mots. Elle s'évalue par l'habileté à manipuler les segments sonores (phonèmes ou syllabes) perçus dans les mots.

Plusieurs études longitudinales (44) ont montré la valeur prédictive d'un bon niveau de conscience phonologique sur l'apprentissage de la lecture chez l'enfant de 5-6 ans.

La prédictivité des diverses épreuves évaluant la conscience phonologique (comptage syllabique, détections de rimes, détections de phonèmes, suppressions de syllabes et de phonèmes) varie selon l'âge de l'enfant et les auteurs.

Il a été aussi montré qu'un entraînement phonologique mené avant tout apprentissage paraît efficace à long terme sur les capacités en lecture (44)(45).

Les troubles visuo-spatiaux et les troubles de la perception visuelle :

Les troubles visuo-spatiaux peuvent être définis comme une difficulté à discriminer et se représenter des figures géométriques bi ou tridimensionnelles et mis en évidence par des tests de reproduction de formes géométriques.

Ils furent très tôt incriminés comme responsables de dyslexie.

Mais après une revue des études parues jusqu'en 1980, Van.Hout.(44) concluait que l'hypothèse d'un déficit dans le traitement visuo-spatial devait être abandonnée : au contraire, certains dyslexiques auraient une supériorité dans ce domaine.

Des études récentes (20) montrent qu'il existe un déficit du traitement élémentaire de certains stimuli visuels, notamment les stimuli brefs et à changement rapide, qui seraient spécifiquement acheminés, depuis la rétine jusqu'au cerveau par la voie magno-cellulaire. L'autre voie, la voie parvo-cellulaire est, elle, spécialisée dans le traitement d'informations plus lentes et plus durables.

Chez le dyslexique, des travaux ont ainsi montré l'existence d'une persistance visuelle anormale pouvant être responsable d'un "brouillage" d'image lors de la succession de saccades oculaires pendant la lecture. D'autres travaux ont montré un défaut de perception des contrastes, lorsque les stimuli sont de très brève durée.

Ces troubles de la perception visuelle ne peuvent être recherchés en pratique lors d'un examen de dépistage. Ils sont toutefois intéressants car, rapprochés des troubles de la discrimination temporelle des sons mis en évidence par TALLAL, ils sont à l'origine de la théorie selon laquelle la dyslexie serait due à un trouble du traitement temporel des stimuli, qu'ils soient visuels ou auditifs.

Les troubles de la latéralité :

Dès les toutes premières descriptions de la dyslexie, l'accent a été mis sur les troubles de la latéralité : en particulier la gaucherie, l'ambidextrie, et aussi une latéralité qui met du temps à se déterminer, tous ces phénomènes étant rassemblés sous le terme de "dyslatéralité".

En fait, les travaux statistiques ne retrouvent qu'une proportion modérée de gauchers ou ambidextres parmi les dyslexiques (11,2 % contre 5,8 % chez les témoins dans une

étude portant sur 1800 dyslexiques) (20), alors que l'impression clinique est celle d'une proportion beaucoup plus importante.

D'autres travaux retrouvent cette proportion plus élevée de gauchers ou d'ambidextres parmi les dyslexiques de type phonologique, mais pas dans les dyslexies visuelles(20).

Les troubles de la mémoire immédiate :

Un déficit en mémoire peut être à l'origine de difficultés d'apprentissage de la lecture : au début de cet apprentissage, quand le lexique orthographique n'est pas encore en place, les enfants lisent en utilisant quasi uniquement les correspondances entre graphèmes et phonèmes. Ils doivent donc garder en mémoire le résultat des conversions graphème-phonème, afin de pouvoir, en assemblant ces unités, accéder aux mots. Plus les mots sont longs, plus la charge de mémoire est grande.

Pourtant plusieurs études (25, 44) montrent que la mémoire à court terme est un prédicteur faible du niveau de lecture. Le déficit mnésique pourrait être secondaire à l'apprentissage de la lecture.

Et quand un lien est observé entre difficultés de lecture et mémoire, c'est la mémoire à court terme phonologique et non la mémoire visuelle qui est impliquée (20).

Les antécédents familiaux de dyslexie (concernant la fratrie ou les parents) :

Des études longitudinales d'enfants de parents dyslexiques ont montré que jusqu'à 65 % d'entre eux ont des difficultés d'apprentissage de la lecture, contre 2 % seulement dans un groupe témoin (44). L'origine génétique de la dyslexie est maintenant établie.

Des études sur des jumeaux homozygotes comparés à des jumeaux dizygotes ont montré que les performances en lecture et surtout les compétences phonologiques sont des aptitudes hérissables alors que les aptitudes lexicales sont liées à l'environnement.

Et par des études moléculaires, des gènes situés sur les chromosomes 15 et 1 ; et plus récemment sur le chromosome 6, ont été incriminés (20).

Cette origine génétique n'exclut cependant pas l'intervention de facteurs liés à l'environnement prénatal (20).

▪ 2.4.3. La prévalence des dyslexies :

Elle est variable :

- selon les pays : la dyslexie est plus fréquente dans les langues française ou anglaise, que italienne (où la correspondance entre signes écrits et sons est plus directe) (28)
- selon les auteurs, les dyslexies de développement toucheraient 2 à 10 % de la population d'âge scolaire (6).

2.5. La dysorthographe :

Elle correspond à la difficulté à coder le langage oral en symboles graphiques.

Le plus souvent, elle accompagne une dyslexie et persiste souvent après l'amélioration des aptitudes en lecture.

Mais elle peut aussi, plus rarement, exister de façon isolée, sans qu'il y ait eu de passé de dyslexie (6, 40).

Comme pour les dyslexies, des travaux montrent que la capacité d'analyse phonologique à 6 ans permet de prédire la performance orthographique à 7 ans (12).

2.6. La dyscalculie :

Elle se définit comme un développement défectueux des habiletés arithmétiques chez des enfants d'intelligence normale (41). Les symptômes peuvent être :

- des troubles dans l'acquisition du nombre (dénomination et écriture des nombres),
- des difficultés au niveau des opérations,
- un mauvais raisonnement mathématique face à un énoncé.

Malgré sa reconnaissance par le D.S.M. IV et la C.I.M. 10, la dyscalculie est une entité souvent contestée.

GERARD (19), constatant qu'il est difficile d'isoler une population souffrant spécifiquement d'un trouble d'apprentissage dans le domaine de l'arithmétique, pense que le terme "dyscalculie" relève du "*mythe*" ou de "*l'abus de langage*".

Pour HABIB (20), la dyscalculie développementale peut s'observer dans trois circonstances différentes :

- lors des dyslexies sévères en particulier phonologiques, où le trouble de la mémoire immédiate et la difficulté à apprendre les tables, jouent un rôle déterminant.
- isolé ou associé à une agraphie, une désorientation droite/gauche et une agnosie digitale (difficulté de représentation des doigts de la main mise en évidence par une méconnaissance de la position des doigts). C'est le syndrome de GERSTMANN (évoquant une dysfonction du gyrus angulaire gauche).
- associé à des troubles visuo-spatiaux, ce qui témoignerait alors d'une dysfonction de l'hémisphère droit.

CHEVRIE (12) retrouve d'ailleurs comme troubles prédictifs de la dyscalculie, des troubles visuo-spatiaux et de la perception visuelle, de la motricité fine, de la latéralité et des gnosies digitales.

La prévalence de la dyscalculie isolée serait de 1% des enfants d'âge scolaire.

2.7. Les troubles de l'acquisition de la coordination, et les troubles psychomoteurs:

Ils sont rarement isolés, mais le plus souvent associés à des troubles du langage oral ou écrit, du calcul, ou associés à un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Les troubles de l'acquisition de la coordination sont les dyspraxies. Les troubles de l'orientation temporo-spatiale, du schéma corporel, et de la latéralisation sont d'autres troubles du développement psychomoteur.

Leur prévalence est de 6 à 7 % des enfants âgés de 5 à 11 ans (43)

2.8. Les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité :

Ils peuvent être associés :

- aux troubles d'apprentissage (dans 50 % des cas),
- à des troubles de la mémoire à court terme,
- à des troubles du comportement et des conduites.

Leur prévalence est de 3 à 5 % de la population prépubertaire (43).

3. CONSEQUENCES DES DIFFICULTES D'APPRENTISSAGE

3.1. Illettrisme :

Les troubles d'apprentissage et l'échec scolaire qu'ils entraînent sont responsables d'une partie de l'illettrisme.

L'UNESCO appelle "illettrés" les adultes et jeunes qui ont été scolarisés et qui n'ont pas acquis la lecture ou en ont perdu la pratique au point de ne plus pouvoir comprendre un texte simple en rapport avec leur vie quotidienne.

Il est très difficile de mesurer l'illettrisme, tant peuvent en varier les définitions :

- Un peu plus de 2 % des adultes de langue maternelle française et de moins de 65 ans seraient concernés.
- En 1996, 10,5 % des jeunes appelés ont un problème de base en lecture.(7)
- Selon certains, il toucherait jusqu'à 20 % de la population adulte française(17).

L'illettrisme entraîne des difficultés d'insertion sociale et professionnelle. Il expose l'individu au chômage, à la précarisation et à l'exclusion.

Ainsi, dans une étude (14), réalisée en 1996-1997 sur des jeunes de 16 à 25 ans, tous en situations de précarité, fréquentant des organismes de réinsertion, 64 % étaient des jeunes en difficulté de lecture, contre 36 % de lecteurs habiles. Cette étude a par ailleurs montré par les résultats aux tests de lecture et aux épreuves phonologiques que plus de la moitié (56 %) des lecteurs en difficulté présentaient une dyslexie de développement.

3.2. Retentissement sur la santé :

La performance scolaire agit comme un facteur de protection ou de vulnérabilité pour la santé immédiate et future.

Les difficultés scolaires retentissent

- 3.2.1. Sur la santé physique de l'enfant et de l'adolescent : l'école peut avoir des responsabilités dans certains troubles somatiques : douleurs abdominales, céphalées, fréquence et intensité des crises d'asthme, d'eczéma, de migraine (29).

- 3.2.2. Sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent :

Le Professeur Ph. MAZET (psychiatre au C.H.U. de BOBIGNY) tente de définir la santé mentale comme l'état de celui qui prend plaisir au fonctionnement de sa vie psychique, qu'il tire ce plaisir du jeu, de l'apprentissage ou de ses relations (29).

A un enfant qui ne retire pas de plaisir de ses apprentissages, il manque un élément important favorisant cette bonne santé mentale.

De plus, les difficultés scolaires entraînent un sentiment d'incompétence et nuisent à l'estime de soi.

Les difficultés scolaires ne retentissent pas que sur l'élève lui-même, mais bien souvent aussi sur l'équilibre de sa famille.

- 3.2.3. Le niveau scolaire est aussi un déterminant de la santé future de l'individu :

Le Haut Comité de la Santé Publique dans son rapport sur la précarité et la santé (22) écrit : *“le passage à l'école induit de façon forte la vie ultérieure : les performances scolaires influencent le degré d'insertion sociale, le revenu économique par l'accès à l'emploi, la santé et l'espérance de vie”*.

Chez les jeunes adultes, des études ont montré une forte corrélation entre le niveau de lecture et l'état de santé (4).

Les difficultés d'accès aux soins quand la lecture et l'écriture font défaut peuvent expliquer cette corrélation.

D'autres études (22) montrent des comportements différents en matière de consommation de soins ; les personnes avec un faible niveau d'instruction ne semblent se soigner que dans l'urgence, ce qui entraîne une dégradation de leur état de santé.

Les différences d'état de santé selon le niveau d'éducation et la place dans la hiérarchie sociale peuvent encore s'expliquer par l'importance de l'image de soi, valorisée ou non, que renvoie la société. Le sentiment d'autonomie, la conscience d'avoir une maîtrise sur les événements, le sentiment d'utilité sociale, l'impression d'utiliser son potentiel de compétences sont aussi des facteurs de protection vis à vis de la santé.

DEUXIÈME PARTIE

Afin de mieux orienter l'action des MEN du département des Vosges dans le domaine des troubles d'apprentissage, il nous a semblé nécessaire de compléter l'état des connaissances présenté dans la partie précédente par une enquête sur le terrain.

Dans un premier temps nous exposerons le contexte de cette étude, à savoir un état des lieux socio-démographique et sanitaire à l'échelle du département. Puis les objectifs, la méthodologie de l'enquête, les résultats et la discussion seront présentés.

1. CONTEXTE (23)

Le département des Vosges est peu peuplé : 380 000 habitants dont le tiers habite en zone rurale.

La ville d'Epinal (60000 habitants) en est la préfecture.

Sur le plan économique, les industries textiles déclinent depuis 35 ans. La filière bois (et papier) représente l'essentiel des ressources. Le secteur tertiaire est peu développé hormis l'activité touristique liée à la montagne et au thermalisme.

Dans les Vosges, le revenu moyen par foyer est en dessous de la moyenne nationale. La proportion d'ouvriers est plus élevée que dans le reste de la France et les professions intermédiaires et supérieures sont sous-représentées.

Le taux de chômage est cependant plus faible (10,5 % de la population) que dans le reste de la France (12,5 %).

La part des étrangers dans la population totale est plus faible que dans le reste de la France.

La population vosgienne décroît légèrement sauf à Epinal. Elle vieillit : la part des plus de 65 ans est supérieure au reste de la France.

Le département compte 4500 naissances par an.

Le taux de mortalité infantile (en 1995 : 6 pour 1000 naissances vivantes) est nettement supérieur au reste de la France (4,9 pour 1000).

Le département se caractérise aussi par une surmortalité, surtout masculine. Entre les Vosges et la France, la différence d'espérance de vie à la naissance était de 1,5 ans pour les hommes en 1990 ; de 0,5 an pour les femmes.

Il y a un excès de décès par maladies endocriniennes, maladies de l'appareil circulatoire, respiratoire et digestif, et un excès de décès par accidents de la circulation. Par contre, les décès par suicide sont un peu moins nombreux que dans le reste de la France.

La densité médicale est plus faible que la moyenne nationale. Ce sont surtout les médecins spécialistes qui sont peu représentés.

Pour un bilan neuro-psychologique approfondi, les enfants sont adressés à Besançon (à 150 km d'Epinal).

Cinquante orthophonistes exercent en libéral ou salarié dans les Vosges, pour 80 000 enfants.

En ce qui concerne l'enseignement, 82 000 élèves sont scolarisés de la maternelle jusqu'à la fin du second degré.

- 11 % des élèves sont scolarisés dans le privé.
- Les scores moyens de réussite aux évaluations de 6^o sont comparables aux chiffres nationaux.
- Dans les collèges, le pourcentage d'élèves en retard (de un et surtout de deux ans) est un peu plus faible que la moyenne nationale. Il semble que ces élèves soient plus rapidement orientés vers l'enseignement spécialisé :
- En primaire, 550 élèves sont scolarisés dans l'enseignement spécialisé, soit 2,1 %.
- En sixième, 3,8% des élèves sont scolarisés en 6^o SEGPA ou 6^o d'EREA. Ce pourcentage est nettement supérieur au taux national (2,1%).
- Le pourcentage de non-diplômés est plus élevé dans les Vosges (30,3 % de la population des 15-29 ans non-scolarisés) que dans le reste de la France (23,6 %). Et le niveau de diplôme obtenu y est plus bas.

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif général est de contribuer à l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des élèves atteints de troubles d'apprentissage, pour éviter l'évolution vers l'échec scolaire.

Pour y parvenir, les objectifs spécifiques sont de :

- décrire les caractéristiques socio-économiques, familiales et scolaires d'élèves considérés comme étant en échec scolaire ;
- cerner les facteurs susceptibles d'être à l'origine de l'échec ;
- repérer les dysfonctionnements dans le repérage et la prise en charge de ces élèves.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. Population étudiée

Pour choisir la population concernée par l'étude, une définition opérationnelle de l'échec scolaire a été fixée : nous avons considéré comme élèves en échec scolaire les élèves de 6° orientés en classe SEGPA (ou classe atelier dans l'enseignement privé) et ceux ayant moins de 40/100 de score de réussite aux évaluations de 6° en Français.

Ces élèves représentent grossièrement les 10% d'élèves (11, 3% exactement) qui ont le moins bien réussi (35).

Ont donc été retenus tous les élèves en 6° SEGPA d'Epinal et de Remiremont (ville située à 30 km au sud d'Epinal – 20000 habitants), au cours de l'année scolaire 1999/2000.

Ces élèves appartenaient à :

- la classe de 6° SEGPA d'un collège public d'Epinal
- la classe de 6° de l'EREA. d' Epinal. C'est un établissement n'accueillant que des garçons et préparant à un C.A.P. de menuiserie, maçon, peintre ou métallerie.
- la classe de 6° atelier du collège privé d'Epinal

- la classe de 6° SEGPA d'un établissement public de Remiremont, dont le recrutement est plutôt rural.

Dans tous ces établissements ont aussi été retenus les élèves de 6° "ordinaire" ayant un score de réussite inférieur à 40/100 aux évaluations nationales.

Cela représentait au total soixante-quinze élèves.

3.2. Nature de l'étude :

Il s'agit d'une enquête rétrospective sur dossiers :

Ce sont les dossiers médico-scolaires des élèves définis plus haut qui ont été étudiés.

En fait, sur ce total de 75 élèves, sept dossiers médicaux n'étaient pas encore arrivés au mois de mars dans leur nouvel établissement d'accueil et trois autres dossiers étaient tellement incomplets qu'ils n'ont pu être exploités.

En définitive, 65 dossiers ont été étudiés.

3.3. Les dossiers médico-scolaires

Il s'agit de dossiers médicaux, confidentiels, qui suivent les enfants de la maternelle jusqu'à leur sortie du système scolaire. Ces dossiers sont d'abord remplis par le médecin et la puéricultrice de protection maternelle et infantile (P.M.I.) qui normalement, assurent une visite systématique en moyenne section de maternelle. Puis, à partir de la grande section, ce sont les médecins et infirmières du SPSFE qui prennent le relais. Ils réalisent le bilan systématique, prévu par la loi, de la sixième année.

Ensuite les enfants sont revus par l'infirmière en CE2, CM2, 5° et 3°. Ils ne sont revus par le médecin qu'en cas de problèmes, s'il le juge utile, ou à la demande des parents, des enseignants, de l'infirmière, et plus tard pour l'autorisation de travail sur machines dangereuses.

3.4. La grille de recueil de données (cf. annexe)

Après examen d'une dizaine de dossiers, nous avons construit une grille de recueil de données élaborée dans le but de répondre aux objectifs que nous avons formulés.

Les variables suivantes ont été ainsi retenues :

- les antécédents néonataux : ont été retenus comme tel toute pathologie ayant pu entraîner une souffrance fœtale ou néonatale précoce (par exemple : prématurité, hospitalisation pour difficultés d'adaptation néonatale...)
- des données fournies par le bilan de la P.M.I.
- des données fournies par le bilan de la 6^e année
- l'existence ou non d'un suivi médical en plus de ces bilans
- la mesure du quotient intellectuel : cette mesure est réalisée par les psychologues scolaires, à l'occasion d'un signalement de l'enfant pour des difficultés et s'ils le jugent nécessaire, avant une orientation en éducation spécialisée ou à la demande du médecin. Le Q.I. global est la combinaison de la note obtenue aux épreuves faisant appel au langage (Q.I. verbal) et de la note aux épreuves dites "de performance" ne faisant pas appel au langage (Q.I. performance).
- des données concernant une éventuelle prise en charge orthophonique
- l'existence ou non de difficultés spécifiques en lecture et /ou écriture permettant d'imputer l'échec à un trouble d'apprentissage
- des éléments permettant de retracer le parcours scolaire des enfants (âge de début de la scolarité, signalement de difficultés par l'enseignant, soutiens, redoublements...)
- et des éléments décrivant le milieu socio-économique et familial.

Nous avons inclus dans

- les C.S.P. (catégories socioprofessionnelles) défavorisées : les situations où un seul parent travaille et gagne le S.M.I.C. ou moins.
- les C.S.P. intermédiaires : les situations où les deux parents travaillent régulièrement et gagnent au moins le SMIC, mais où le niveau d'études correspondant à leur profession est inférieur au baccalauréat.
- les C.S.P. supérieures : les situations où la profession d'un des deux parents correspond à un niveau d'études supérieur au baccalauréat.

Un score, de 0 à 3, de difficultés sociales et familiales a été construit à partir, d'une part des difficultés signalées dans les items précédents (C.S.P., milieu familial), d'autre part de l'impression générale subjective issue de la lecture du dossier. Il est destiné à donner une impression globale sur le milieu familial de l'enfant. Ainsi, un score de 0 correspond à un milieu sans difficulté apparente, un score de 3 à un milieu avec des difficultés maximales.

Afin de garantir l'homogénéité du recueil de données à partir des dossiers, nous avons effectué seule ce travail.

L'analyse d'un dossier et le remplissage de la grille de recueil a pris en moyenne quinze minutes par dossier, sans compter la saisie sur ordinateur.

3.5. Exploitation sur EPI INFO :

Les informations ont été saisies et analysées par le logiciel EPI INFO Version 6.04.c.FR.

Les tests utilisés pour comparer les pourcentages sont le test du Khi 2, le test de Yates corrigé et le test de Fischer lorsque les effectifs sont insuffisants.

Le risque d'erreur alpha consenti est, pour l'ensemble de l'étude, de 5 %.

4. RESULTATS

4.1 Contexte socio-familial

- Sexe : Sur les 65 dossiers étudiés, 65 % sont des garçons, 35 % des filles.

- Catégorie socioprofessionnelle des parents :
60 % des élèves sont issus de parents de milieu défavorisé.
40 % des élèves sont issus de parents de situation intermédiaire.
Aucun élève n'a de parents de catégorie socioprofessionnelle supérieure.

- Difficultés familiales :
14 % des élèves ont une famille en difficulté, pour laquelle l'intervention d'une assistante sociale ou d'un éducateur a été nécessaire.
20 % des élèves vivent dans une famille monoparentale.
35 % des élèves appartiennent à une famille nombreuse de plus de trois enfants.

- Score de difficultés sociales et familiales de la famille :
29 % des élèves sont issus de famille qui n'ont à priori pas de difficultés socio-familiales particulières (score égal à 0).
29 % des élèves sont issus de familles ayant un score égal à 1.
29 % des élèves sont issus de familles ayant un score égal à 2.
13 % des élèves sont issus de familles ayant un score égal à 3.

4.2. Caractéristiques de l'enfant :

- De nombreux éléments sont mal connus du médecin de l'Éducation Nationale :

Informations recherchées	Pourcentage de dossiers où cet élément n'est pas précisé
Âge de début de scolarité	68 %
Quotient intellectuel	65 %
Cursus scolaire	28 %
Latéralité	9%

Tableau I : Proportion de dossiers pour lesquels l'information à recueillir n'est pas précisée (sur 65 dossiers)

Les difficultés spécifiques en lecture et/ou écriture, le soutien scolaire sont aussi des données mal connues du médecin. Leur manque de signalement dans le dossier est fréquente, sans que l'on sache si cela est dû à leur méconnaissance ou à leur absence.

- Antécédents médicaux :
 - 3 élèves sur 65 (soit environ 5 %) ont des antécédents néo-nataux qui ont pu être responsables de souffrance cérébrale.
 - 3 élèves sur 65 ont une pathologie intercurrente associée qui peut être responsable d'échec scolaire :

Pour 2 élèves, il s'agit d'une épilepsie. Pour le troisième, ce n'est pas une pathologie, mais un évènement grave vécu à l'âge de 6 ans : un incendie dans lequel ont péri 7 de ses 15 frères et sœurs (famille d'origine africaine).

- Latéralité :

80 % des élèves sont droitiers.

20 % des élèves sont gauchers ou ambidextres (17 % - 3 %).

- L'âge de début de scolarité et le nombre d'années de maternelle :

Ils ne sont connus que pour 21 élèves : 6 enfants sont entrés à la maternelle à 2 ans, 10 à 3 ans, 3 à 4 ans, 1 à 5 ans et 1 à 6 ans.

- La mesure des quotients intellectuels (Q.I.) :

Le Q.I. total :

La mesure du Q.I. total figurait dans 23 dossiers.

Quotients intellectuels	Effectifs
Q.I. ≤ 70 (Défiance mentale légère)	3
70 < Q.I. ≤ 85 (Q.I. limite)	16
85 < Q.I. ≤ 105 (efficace intellectuelle normale)	4
Q.I. > 105	0

Tableau II : Répartition des Quotients Intellectuels totaux

Les Q.I. performances et verbaux :

Ils sont connus pour 16 élèves.

Parmi les élèves étudiés, les Q.I. performances sont presque toujours supérieurs aux Q.I. verbaux : 11 élèves sur 16 ont un Q.I. performance supérieur à 85 ; 2 élèves sur 16, seulement, ont un Q.I. verbal supérieur à 85.

Les difficultés de langage sont donc prépondérantes chez beaucoup de ces élèves.

- Prévalence des troubles d'apprentissage de la lecture parmi ces élèves en échec scolaire :

Dans 21,5% des dossiers (soit 14 élèves), des difficultés notables et spécifiques en lecture et/ou écriture sont signalées.

11 d'entre eux, soit un peu plus des trois quarts cumulent en plus un milieu social défavorisé et des difficultés familiales.

Les trois élèves qui n'ont *a priori* pas de difficultés socio-familiales ont un Q.I. total "limite".

4.3. Visites médicales de la P.M.I. à 4 ans et du S.P.S.F.E. lors du bilan des 6 ans :

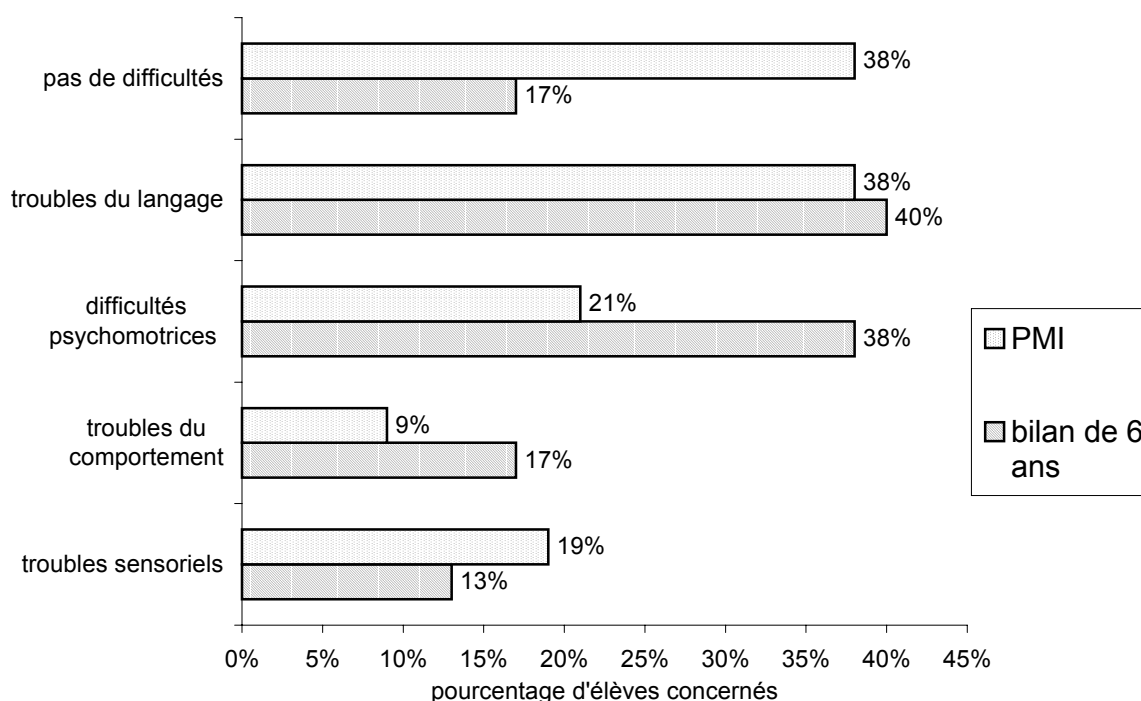
- Enfants non examinés :

11 % des enfants n'ont pas eu de visite de P.M.I.

et 8 % des enfants n'ont pas eu de bilan de 6 ans, mais aucun enfant n'a échappé aux deux visites.

- Parmi les élèves examinés, l'absence de difficultés ou certains signes ont été plus ou moins repérés par la P.M.I. ou par le S.P.S.F.E.

Figure 1: Résultats du dépistage de la PMI pour 58 dossiers renseignés et du SPSFE pour 60 dossiers renseignés



22 élèves sur 58 examinés par la PMI avaient un trouble du langage, mais pour 7 d'entre eux, cela ne justifiait pas une recommandation de bilan ou prise en charge orthophonique. Il s'agissait de troubles isolés de l'articulation.

Certains enfants cumulent l'une ou l'autre de ces difficultés.

- Enfants non repérés :
 - 22 enfants ne présentaient pas de difficultés lors de la visite de P.M.I.
 - 10 enfants ne présentaient pas de difficultés lors du bilan des 6 ans
 - et 8 n'avaient pas de difficultés, ni à la visite de P.M.I., ni au bilan de 6 ans.

4.4. Les prises en charge :

- 4.4.1. La prise en charge orthophonique :

La proportion d'élèves pris en charge :

- 27 des 65 élèves étudiés (soit 29 %) ont été pris en charge en orthophonie.

Là encore, de nombreux éléments concernant la prise en charge en orthophonie ne sont pas retrouvés dans le dossier médico-scolaire :

Informations recherchées	Nombre de dossiers mal renseignés
Les bilans ou compte-rendus d'orthophoniste	23
Le motif du recours à l'orthophoniste	11
La durée de prise en charge en orthophonie	9
L'âge de début de la rééducation	4

Tableau III : nombres de dossiers où un élément de la prise en charge orthophonique n'est pas connu (sur 27 dossiers)

Âge de début de la prise en charge

Le plus souvent à 5 et 6 ans.

Durée de la prise en charge :

Durée	Nombre d'enfants
Moins de 1 an	7
1 à 2 ans	2
2 à 3 ans	4
Plus de 3 ans	5
inconnue	9

Tableau IV : Durées des prises en charge orthophoniques (pour 27 enfants)

Les prises en charge de plus de trois ans ne concernent pas que les élèves en difficulté de lecture.

Deux élèves sont encore suivis en sixième.

Les élèves atteints de trouble d'apprentissage de la lecture ont autant de prises en charge courtes (moins de un an) que de prises en charge longues (plus de trois ans).

Motif du recours à l'orthophoniste

Motif du recours à l'orthophoniste	Nombre d'enfants concernés
Trouble isolé de l'articulation	7
Retard de parole	1
Retard de langage	7
Difficulté de lecture	2
Motif inconnu	11

Tableau V : Motifs du recours à l'orthophoniste (pour 27 enfants)

Un enfant cumule des difficultés de lecture et un trouble de l'articulation.

Origine de la demande de prise en charge :

Origine de la demande	Nombre d'enfants concernés
Conseil du médecin de P.M.I.	12
Conseil du médecin du S.P.S.F.E	12
Autre conseil : médecin traitant, enseignant, famille ?	3

Tableau VI : Origine de la demande de prise en charge orthophonique (pour 27 enfants)

Les facteurs déterminants de la prise en charge orthophonique :

Le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, le type d'établissement (public ou privé, urbain ou rural), la présence des parents au bilan de 6 ans ne se révèlent pas être des facteurs déterminants de la prise en charge orthophonique dans cette étude.

▪ 4.4.2. Autres prises en charge :

- 14 élèves ont eu la recommandation (par la P.M.I. ou par le S.P.S.F.E.) d'aller au C.M.P. ou C.M.P.P. ; 5 ne l'ont pas suivie ; 9 élèves (soit 14 % du total des 65 élèves étudiés) ont été pris en charge.
- 3 élèves sur 8 qui avaient un déficit sensoriel signalé lors de la visite de P.M.I. ne sont pas allés consulter l'ophtalmologiste ou l' O.R.L. l'année suivante.
- Et 3 élèves sur 11 qui avaient un déficit sensoriel signalé au bilan de 6 ans ne sont pas allés voir d'ophtalmologiste ou d' O.R.L. l'année suivante.

4.5. La scolarité :

- Les redoublements :

5 % des élèves ont fait deux années de grande section de maternelle,

45 % ont redoublé le CP,

11 % ont redoublé le CE1,

3 % ont redoublé le CE2, 1,5 % a redoublé le CM1, 3 % ont redoublé le CM2,

1,5 % a redoublé la sixième ; ce chiffre curieusement bas s'explique par le fait que l'on ne redouble pas en sixième S.E.G.P.A.

- Le retard scolaire :

Parmi tous ces sixièmes en échec :

12 % sont à "l'heure",

84 % ont un an de retard,

2 % ont deux ans de retard : cela ne veut pas dire que seulement 2 % des élèves ont redoublé deux fois. Ils sont beaucoup plus nombreux, mais intègrent la sixième S.E.G.P.A. à 12 ans, même si leur scolarité de primaire n'est pas complète.

- Le soutien scolaire :

Quand il est signalé, il débute :

- dans 32 % des cas dès la grande section,

- dans 55 % des cas dès le CP,

- et beaucoup plus rarement dans les classes suivantes.

- Le signalement à la C.C.P.E. (Commission de Circonscription de l'enseignement préscolaire et Élémentaire, qui a pour mission d'orienter les enfants handicapés ou déficients vers les établissements ou services dispensant l'éducation spéciale correspondant à leurs besoins) :

Il est un peu plus fréquent au cours du CE1 et du CM2 que dans les autres classes de maternelle et primaire.

Dans 21 % des cas, l'enfant passera deux fois en C.C.P.E. avant orientation.

Dans 8 % des cas il passera trois fois en C.C.P.E..

Dans ces cas, le soutien en milieu ordinaire a pu différer - mais pas éviter - l'orientation en éducation spécialisée.

- Refus d'orientation :

Les propositions d'orientation en éducation spécialisée faites par la C.C.P.E. n'ont été refusées par les parents que dans 10 % des cas.

Ce taux est difficile à interpréter car l'inscription en sixième-atelier dans le privé (fréquente en cas de refus par les parents de la décision d'orientation) correspond tout de même à une sixième S.E.G.P.A..

- L'orientation en classe spécialisée :

Elle se fait essentiellement à partir de la sixième (41 % des cas) mais aussi du CP au CM2, avec un léger maximum en CE2 (20 % des enfants).

15 % des enfants ont bénéficié d'un CP d'adaptation.

5. DISCUSSION

5.1. Discussion de la méthode :

- 5.1.1. La population

Elle a été choisie pour approcher au mieux la diversité de la population vosgienne (établissements urbains et rural, publics et privé). Cependant, dans la mesure où il n'y a pas eu tirage au sort d'un échantillon représentatif, les résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble du département. Ils sont tout de même intéressants au plan local pour permettre au MEN du secteur de mieux connaître la population des élèves en difficultés et mieux adapter ses actions.

Sur le plan statistique, en raison de la faiblesse des effectifs lors de certains croisements de variables, nous n'avons pu mettre en évidence de facteurs déterminants

de la prise en charge ; et on peut se demander si le nombre de dossiers avait été plus important si des différences n'auraient pas été mises en évidence.

- 5.1.2. L'enquête rétrospective sur dossier :

Comme toute enquête rétrospective, ce travail a présenté des difficultés liées à l'exploitabilité des dossiers.

En plus des dossiers manquants ou trop incomplets déjà signalés, certains sont écrits de manière illisible. Et suivant les médecins, suivant les secteurs, les éléments recherchés et signalés ne sont pas les mêmes.

L'accès aux renseignements d'ordre administratif (soutien, résultats aux évaluations) a été difficile.

- 5.1.3. La grille de recueil des données :

Bien que cette grille ait été testée sur dix dossiers, de multiples imperfections ont été découvertes au fur et à mesure du recueil des données :

Le défaut le plus important est sans doute la présence d'items dont la réponse est subjective (questions 24 et 49). Cependant le fait qu'une personne seule a assuré l'analyse et le recueil des données est garant d'une certaine homogénéité et qualité du recueil d'informations

Les critères choisis pour définir les C.S.P. étaient certes limités pour permettre un classement précis, mais ils ont tout de même permis d'identifier trois grandes catégories avec peut-être moins d'erreurs de classement que lorsque les catégories sont plus nombreuses.

La diversité des situations familiales, qui évoluent de plus au cours des années de scolarité de l'enfant, est impossible à décrire en quelques questions. Mais le score de difficultés sociales et familiales a permis d'intégrer cette multiplicité de situations.

Enfin, cette grille ne permet pas de retrouver une caractéristique fréquente de la prise en charge de ces enfants : une prise en charge chaotique, souvent interrompue.

Par ailleurs, il aurait été intéressant d'étudier certaines données :

- Les antécédents familiaux de troubles d'apprentissage (chez les parents, les frères et sœurs), mais ils ne sont que rarement recherchés et signalés dans le dossier médical ; les enfants avec de tels antécédents méritent d'avoir un bilan de dépistage en grande section.
- Les résultats aux évaluations nationales de CM2 et de sixième des élèves de S.E.G.P.A., mais ils ne figurent jamais dans les dossiers médicaux.

5.2.Discussion des résultats

Elle met en évidence certains éléments qui permettent de répondre en partie aux trois objectifs spécifiques :

- Elle relève quelques caractéristiques de ces élèves en échec scolaire :
 - ✓ une forte proportion de garçons. Même si, dans notre étude, ce résultat est biaisé par le fait que l'ÉREA d'Épinal n'accueille que des garçons, cette sur-représentation masculine parmi les élèves en échec scolaire est retrouvée dans toute les études;
 - ✓ une forte proportion d'élèves de milieux défavorisés (60 %). Même si les catégories utilisées pour la classification ne sont pas les mêmes, cette proportion est vraisemblablement supérieure à celle d'autres établissements ou du département;
 - ✓ pour la majorité de ces élèves, les difficultés scolaires ont commencé tôt (Grande Section de Maternelle, CP et CE1). Cependant, à 4 ans, lors de la visite de P.M.I., beaucoup de ces enfants ne présentaient pas de signe d'appel;
 - ✓ une proportion importante de ces enfants présentaient des troubles du langage à 4 ou 6 ans (environ 40 %). Mais on peut se demander quelle définition des troubles du langage a été retenue par les médecins qui ont remplis les dossiers ; la prévalence des troubles du langage chez l'enfant de cet âge, varie de 5 à 30 % selon les études et les définitions (9) (12) (17).

▪ 5.2.2. Facteurs à l'origine de l'échec

Comme facteurs à l'origine de l'échec, cette étude retrouve certes des difficultés spécifiques en lecture dans un peu plus de 20 % des cas mais surtout un milieu socio-économique défavorisé et des difficultés familiales.

Les difficultés en lecture ne sont jamais, parmi les élèves étudiés, le seul facteur retrouvé pouvant expliquer l'échec. Il s'y associe, soit des difficultés socio-familiales, soit un Q.I. "limite".

Un tel Q.I. est cependant difficile à interpréter : la faible efficience intellectuelle qu'il sous entend n'est pas forcément la cause de l'échec ; elle peut être la conséquence d'un trouble sévère du langage avec Q.I. verbal inférieur au Q.I. performance. Les difficultés de lecture entraînent elles aussi une baisse du Q.I. verbal (par atteinte du niveau de vocabulaire) puis du Q.I. global (25).

Il semble donc que ce soit le cumul de difficultés spécifiques en lecture et de difficultés socio-économiques et familiales qui conduise à l'échec.

Bien que ces éléments soient déjà connus, il était important de les identifier à un niveau local, pour orienter les actions de prévention surtout vers ces enfants, mais sans pour autant les stigmatiser.

▪ 5.2.3. Dysfonctionnements dans le dépistage, la prise en charge et le suivi des élèves en difficulté

L'analyse des résultats met en évidence des dysfonctionnements dans le dépistage, la prise en charge, et le suivi de ces élèves en difficulté.

5.2.3.1. Dysfonctionnements du S.P.S.F.E.

-Les dossiers médicaux :

Le fait qu'ils soient souvent incomplets et qu'ils reflètent mal le parcours scolaire de l'élève et les difficultés rencontrées peut être à l'origine de difficultés pour le suivi.

Parmi les dossiers étudiés, l'âge de début de la scolarité est rarement connu. Actuellement, dans le département des Vosges, cet élément est systématiquement renseigné lors du bilan de 6 ans.

Le soutien scolaire est rarement signalé dans le dossier médical. Ces données existent dans le dossier administratif de l'élève mais ne sont pas habituellement transmises au

médecin. Est-ce par manque de communication entre les enseignants et les médecins ?

Quand une recommandation de prise en charge est émise auprès de parents, on ne sait pas toujours quelle suite lui a été donnée.

Le Q.I. est rarement connu (35 % des cas seulement) alors qu'il est demandé systématiquement avant toute orientation vers l'éducation spécialisée. Ce n'est certes pas une donnée "médicale" car mesurée par les psychologues, mais cela témoigne d'un défaut de communication entre médecins et psychologues scolaires.

Les caractéristiques de la prise en charge par l'orthophoniste (âge de début - durée - motif - résultats), sont souvent inconnues. Les bilans et compte-rendus ne sont connus que dans 15 % des cas.

Les troubles spécifiques de la lecture et de l'écriture ne sont pas recherchés systématiquement et certains restent sûrement méconnus.

-Insuffisances des visites médicales :

Insuffisances d'ordre quantitatif :

11 % des élèves étudiés n'ont pas eu de visite de P.M.I.

8 % n'ont pas eu de bilan de 6 ans, alors que d'après la loi, ce bilan est obligatoire. Ou bien ces enfants étaient absents le jour de la visite médicale, ou bien le médecin a manqué de temps pour faire tous les bilans de 6 ans. Faut-il remettre en question la politique qui consiste à voir tous les enfants et s'attacher surtout à ceux en difficulté ? Le débat est en cours actuellement.

Seulement 23 % des élèves en difficulté sont suivis par une visite médicale annuelle.(Et ce sont les élèves de CLIS qui le sont systématiquement, les autres ne le sont presque jamais).

Même les élèves qui sont signalés lors du bilan de 6 ans comme à suivre ou à soutenir sont à peine plus nombreux à être revus en visite médicale chaque année.

Mais le fait de les voir chaque année améliorerait-il leur prise en charge ? Cela n'est pas démontré.

Insuffisances d'ordre qualitatif :

38 % des élèves ne présentaient pas de difficultés lors de la visite de PMI.

Chez 17 % des élèves, aucune difficulté n'a été signalée lors du bilan de 6 ans.

9 % des élèves qui ont présenté des difficultés d'apprentissage de la lecture n'avaient aucune difficulté au moment du bilan de 6 ans .

Le bilan tel qu'il est pratiqué actuellement dépiste-t-il suffisamment les enfants à risque de difficultés ? Recherche-t-on les bons facteurs de risque ?

5.2.3.2. Certains dysfonctionnements sont plutôt le fait de la famille :

(Quelquefois cependant, un défaut de communication entre le S.P.S.F.E. et la famille ne peut être exclu).

Les parents n'assistent pas au bilan de 6 ans dans 16 % des cas (alors que cela le leur est demandé). Est-ce que cela montre le désintérêt des parents envers leur enfant ou envers cette visite qu'ils ne jugent pas utile ? Cela témoigne en tout cas des difficultés des relations entre l'école et les parents de milieux défavorisés.

Nous avons vu aussi que :

- Plus d'un tiers des enfants qui ont eu une recommandation de prise en charge en orthophonie ne l'ont pas suivie.
- 1/4 des élèves qui ont eu une recommandation de prise en charge par les C.M.P. , C.M.P.P. ou psychologue ne l'ont pas suivie
- 1/3 des élèves chez qui a été dépisté un déficit sensoriel lors du bilan de 6 ans ne l'a pas corrigé au cours de l'année suivante.

5.2.3.3. Dysfonctionnements liés à l'institution scolaire

- les enseignants ne signalent pas systématiquement au MEN les élèves en difficulté (par méconnaissance du médecin scolaire et de son rôle ?)
- trop souvent, les élèves ne bénéficient pas de soutien scolaire, même pour les élèves signalés au bilan de 6 ans comme "à suivre" (62 % des cas),
- le nombre de passage en C.C.P.E. avant l'orientation témoigne de l'inefficacité du soutien "ordinaire" à éviter l'orientation,
- les signalements à la C.C.P.E. sont répartis sur toutes les années de grande section de maternelle et primaire, avec un léger maximum en CE1 et CM2. Peut-être est-ce trop tardif ?

TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS

De cette étude, nous retiendrons deux idées principales :

- Les dossiers médico-scolaires, dans leur forme actuelle, ne sont pas adaptés au suivi d'enfants en difficulté ni à la réalisation d'études épidémiologiques sur les troubles d'apprentissage et les difficultés scolaires.
- La prise en charge et le suivi des élèves atteints de troubles d'apprentissage semblent aléatoires et ne semblent pas s'inscrire dans un schéma bien précis.

Les propositions suivantes en découlent :

1. Concevoir de nouveaux dossiers médico-scolaires.

La forme actuelle des dossiers médico-scolaire date de 1992.

Elle est la même dans tous les départements , mais chaque S.P.S.F.E. a ses habitudes et y ajoute généralement quelques pages pour le bilan de la sixième année .

L'étude que nous avons réalisée met en évidence, à travers les difficultés rencontrées, la nécessité de compléter le dossier par une fiche de suivi des prises en charge de l'enfant. Une réflexion sera engagée l'année prochaine avec tous les MEN du département pour la concevoir. Cette participation de chacun demande du temps, mais ce temps est nécessaire pour l'appropriation de l'outil par ceux qui s'en serviront.

L'idéal serait d' informatiser ces dossiers, en réalisant un modèle unique pour toute la France qui permette de suivre facilement le cursus scolaire de l'élève, d'y situer les difficultés, la nature des prises en charge effectuées.

Ainsi, le suivi des élèves serait plus rigoureux.

Lors des changements d'établissements, ou de départements, la transmission des dossiers serait plus rapide.

L'informatisation des dossiers permettrait aussi une exploitation statistique pour améliorer les connaissances, entre autres, sur l'échec scolaire et les troubles d'apprentissage.

Pour concevoir ce nouveau dossier "informatisé", il faut constituer des groupes de travail réunissant informaticiens, épidémiologistes, médecins et infirmières de l'Éducation Nationale de différents départements, notamment ceux où ont déjà été expérimentés certains logiciels.

Cela permettrait de

2. Développer les missions de recherche des MEN, en partenariat avec d'autres structures.

Ces missions de recherche sont définies dans la circulaire n° 91-148 du 24/06/91 relative aux missions du S.P.S.F.E.(31).

Et le Haut Comité de la Santé Publique recommande (21) *"d'améliorer les connaissances sur l'état de santé des enfants par la production de données nationales et standardisées issues des bilans de santé en école maternelle, en réalisant des études longitudinales dès la petite enfance, visant à dépister les troubles des acquisitions essentielles, ..., à évaluer l'impact des actions entreprises"*.

Mais les MEN ont-ils assez de temps pour répondre à cette mission ? Doit-elle devenir une mission prioritaire ? La réponse à ces deux questions est vraisemblablement non ; mais on pourrait proposer que dans chaque département un MEN soit plus particulièrement chargé de cette mission.

Les MEN ne doivent pas mener seuls ces études, mais s'associer à d'autres organismes qui se préoccupent aussi des troubles d'apprentissage :

- L'institut National de la Recherche Pédagogique et deux structures qui lui sont rattachées : l'Observatoire National de la Lecture (O.N.L.) et le Centre de Recherche de l'Éducation Spécialisée et de l'Adaptation Scolaire (CRESAS).
- L'O.N.L. a été créé en 1996 suite à la proposition n° 5 du "Nouveau Contrat pour l'École". Il suscite des recherches sur la lecture, ses difficultés et les pratiques pédagogiques(39).

- Le CRESAS : ses chercheurs, d'origines professionnelles diverses étudient depuis 1969 les problèmes posés par l'échec scolaire massif que connaissent les enfants des milieux populaires.
- Le Groupe Permanent de Lutte contre l'Illettrisme (G.P.L.I.) : cette mission interministérielle créée en 1984, a une volonté affirmée de prévention, d'impulsion, de coordination de lutte contre l'illettrisme.
- Le Centre National d'Études et de Formation pour l'Enfance Inadaptée (CNEFEI) : il s'est attaché entre autres aux élèves en grande difficulté d'apprentissage. Il coordonne actuellement des projets européens dont un sur les dyslexies.
- La Fédération Nationale des Orthophonistes (F.N.O.) se préoccupe aussi des troubles de l'apprentissage (17). Dans certains départements, l'Éducation Nationale a passé des contrats avec des orthophonistes pour effectuer en milieu scolaire un dépistage des troubles de l'apprentissage. Ces expériences méritent d'être évaluées.
- Les Caisses d'Assurance Maladie s'intéressent aussi aux troubles de l'apprentissage, car elles ont à prendre en charge les dépenses de rééducation orthophonique. Elles ont réalisé une étude (10) dressant un état des lieux des pratiques orthophoniques en matière de prise en charge des troubles d'apprentissage et montrant des désaccords diagnostiques fréquents entre le médecin-conseil et l'orthophoniste. Cette étude conclut à la nécessité de définir des critères précis de prise en charge de l'orthophonie chez les moins de 20 ans, de « remédicaliser » l'acte de prescription d'orthophonie et d'envisager la possibilité de création de postes d'orthophonistes salariés au sein de l'Éducation Nationale.

3. Créer dans chaque département un dispositif de prise en charge des difficultés d'apprentissage et dégager un schéma d'utilisation cohérente de ce dispositif.

Certaines structures de diagnostic et de soins sont à développer :

- Chaque département devrait disposer d'un service capable de préciser un diagnostic difficile en réalisant un bilan neuro-psychologique de qualité.
- Des SESSAD propres aux troubles d'apprentissage, avec des orthophonistes intervenant en milieu scolaire dans le cadre d'un contrat d'intégration devraient être

créés. Cela éviterait bien des arrêts de rééducation liés à l'épuisement de la famille par les trajets et le temps demandé. Cela éviterait aussi une surcharge de l'emploi du temps de l'enfant.

- Chaque département devrait disposer de classes ou même de centres médico-éducatifs pour les enfants dysphasiques ou dyslexiques sévères.

Sans compter ces structures, il existe déjà actuellement une pluralité de réponses éducatives, sociales, médico-psychologiques, pouvant intervenir soit successivement, soit simultanément, mais selon des critères d'orientation mal définis (8).

Il semble donc important de dégager un schéma d'utilisation cohérente du dispositif de prise en charge. Les MEN, médecins de santé publique, pourraient y contribuer ; ils devraient participer à la réflexion sur le partage de la prise en charge des difficultés d'apprentissage par l'Éducation Nationale et par les structures de soins.

Quelles doivent être les limites des RASED (Réseaux d'Aide et de Soutien aux Élèves en Difficulté) ? Quand et comment doit être pris le relais par les structures de soins ?

4. Les MEN devraient alors s'inscrire dans ce dispositif de prise en charge à plusieurs niveaux :

- Dans la prévention primaire, pour éviter l'apparition des difficultés,
- à un premier niveau de diagnostic au sein de l'école,
- dans l'orientation vers les services spécialisés de diagnostic, si nécessaire,
- dans l'orientation vers les structures de prise en charge les mieux adaptées,
- dans le suivi, en tant que coordinateur des partenaires s'occupant de l'enfant.

A chacun de ces niveaux, son rôle doit être renforcé :

- Dans la prévention primaire des difficultés scolaires :

En relais du service de P.M.I., avec lequel le partenariat doit être développé, dès la Grande Section de Maternelle, le Médecin de l'Éducation Nationale doit dépister les enfants à risque de difficultés ultérieures et le bilan systématique de six ans doit être adapté à cet objectif et rechercher les facteurs les plus prédictifs de difficulté.

La recherche de tels facteurs, comme la conscience phonologique est une tâche bien plus spécifique du Médecin de l'Éducation Nationale que la recherche d'une hypertension artérielle ou d'un souffle cardiaque qui peuvent être réalisés par le généraliste de l'enfant.

La recherche d'antécédents familiaux (chez les parents ou dans la fratrie) de troubles d'apprentissage devrait être systématique aussi lors de ce bilan.

Le Médecin de l'Éducation Nationale devrait donc grâce à ce bilan systématique, définir un groupe d'enfants à risque de difficultés d'apprentissage, à qui il proposerait un programme d'entraînement et des activités, menés par l'enseignant, préalablement formé.

- Dans le diagnostic des troubles d'apprentissage :

Pour être plus performants dans le diagnostic des difficultés d'un élève, tous les Médecins de l'Éducation Nationale doivent recevoir une formation sur les troubles d'apprentissage.

Cette formation devrait leur permettre - d'évoquer une dysphasie devant un déficit phonologico-syntaxique et ne pas se contenter du diagnostic de "retard de langage".

- de différencier les simples difficultés d'apprentissage qui nécessitent des ajustements pédagogiques, des troubles spécifiques d'apprentissage de la lecture, de l'orthographe ou du calcul qui nécessitent une rééducation particulière.

Le Médecin de l'Éducation Nationale devrait pouvoir diagnostiquer les troubles de l'attention et autres troubles du comportement qui nécessitent une prise en charge médicale et psychologique.

Pour établir ces diagnostics, encore faut-il que les élèves en difficulté lui soient signalés. Pour cela, les Médecins de l'Éducation Nationale devraient demander aux enseignants qu'ils leur signalent :

- les élèves de CP qui ont des difficultés d'apprentissage de la lecture à la fin du second trimestre
- les élèves de CE2 et sixième qui ont de mauvais résultats (score de réussite inférieur à 40/100 aux Évaluations Nationales).

Le Médecin de l'Éducation Nationale devrait être pour l'enseignant le recours de première intention devant un élève en difficulté plutôt que le psychologue ou l'enseignant spécialisé du RASED : c'est au médecin de faire le diagnostic précis de la nature de la difficulté, en s'aidant si besoin du psychologue scolaire, de la mesure du Q.I., d'un bilan orthophonique ou en conseillant des bilans plus poussés auprès de spécialistes (neuropsychologue , pédopsychiatre, pédiatre hospitalier,...)

Le Médecin de l'Éducation Nationale devrait pouvoir prescrire le bilan orthophonique directement, en en avisant le médecin traitant. Cela lui permettrait de recevoir systématiquement le compte-rendu.

- Dans la prise en charge et le suivi de l'enfant :

Une fois le diagnostic précis établi, c'est au Médecin de l'Éducation Nationale de conseiller la prise en charge la mieux adaptée.

Il doit connaître pour cela, comment travaillent sur son secteur les membres du RASED, les orthophonistes, les équipes des C.M.P., C.M.P.P., etc...

Un projet de soutien cohérent de l'élève doit être réalisé en partenariat avec toutes les personnes qui vont avoir à suivre l'élève, réunies dans le cadre d'une "équipe éducative".

Le Médecin de l'Éducation Nationale doit recevoir les comptes-rendus des prises en charge, des méthodes de rééducation utilisées et de leurs résultats, tout en respectant le secret professionnel nécessaire à certains suivis.

- La connaissance de tous ces éléments doit lui permettre de coordonner les divers acteurs intervenant dans le développement, l'épanouissement et la réussite scolaire de l'enfant.

A chacun de ces trois niveaux, le MEN a un rôle à jouer :

- auprès des enseignants :

Le Médecin de l'Éducation Nationale doit contribuer à la formation des enseignants sur les difficultés et troubles d'apprentissage.

Il doit participer à leur formation initiale au sein de l'Institut Universitaire de Formation des Maîtres (I.U.F.M.). Ainsi il fera connaître son rôle et se fera connaître des futurs enseignants comme référent dans ce domaine.

Il doit aussi nouer des relations avec chaque enseignant et faire le lien entre leur pratique professionnelle et les recherches médicales et pédagogiques.

Il doit expliquer l'existence et le fondement des programmes d'entraînement de la conscience phonologique et d'entraînement visuel, pour prévenir les difficultés d'apprentissage de la lecture (45)(46).

Pour chaque enfant en difficulté et suivant le type de difficulté, le Médecin de l'Éducation Nationale doit pouvoir conseiller l'enseignant sur les aménagements pédagogiques à apporter.

- auprès des familles :

Dès la Grande Section de Maternelle, en relais du service de P.M.I., le Médecin de l'Éducation Nationale doit développer des actions auprès des familles, surtout celles de milieux défavorisés. Il doit les rencontrer pour les sensibiliser à l'enjeu que représente l'apprentissage de la lecture, les convaincre de l'importance du langage oral, des comptines et autres jeux de langage, des histoires lues ensemble et aussi des livres d'images à décrire, des jeux qui développent la perception visuelle.

Pour les enfants atteints de troubles de l'apprentissage, le Médecin de l'Éducation Nationale devra conseiller les parents sur le soutien à apporter à l'enfant.

CONCLUSION

L'Education Nationale réaffirme sans cesse sa volonté de lutter contre l'échec scolaire et prévenir les troubles d'apprentissage.

De nombreuses structures se préoccupent aussi de ces problèmes.

De multiples études ont été réalisées sur ce sujet. Certaines ont mis en évidence des facteurs précoces prédictifs de difficultés.

Malgré tout cela, les troubles d'apprentissage conduisent encore souvent à l'échec scolaire, surtout si des difficultés socioéconomiques et familiales s'y surajoutent.

Notre étude sur des élèves des Vosges en échec scolaire a mis en évidence que le repérage puis le suivi de ces élèves sont souvent défailants.

Ce travail va déboucher concrètement, dans le département, sur l'élaboration d'une fiche de suivi des élèves en difficulté, complétant le dossier médico-scolaire.

Ce travail précise aussi quelle devrait être la place du MEN dans le dispositif de repérage et prise en charge des troubles d'apprentissage.

Le MEN, à l'interface de l'univers scolaire et de l'univers médical, doit faire le lien entre ces deux mondes, pour qu'ils puissent travailler ensemble en se complétant, et pour optimiser les conditions d'apprentissage sans toutefois les médicaliser à l'excès...

BIBLIOGRAPHIE

- (1) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, "*Troubles des apprentissages (troubles des acquisitions scolaires)*", in D.S.M. IV : *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*", Paris, Masson, 1996, pp 54-63
- (2) A.N.A.E.S., "*Indications de l'orthophonie dans les troubles du langage écrit chez l'enfant*", *service des références médicales*, septembre 1997
- (3) BAUMIER - KLARSFELD A., "*Dyslexie : le handicap invisible*", *Le monde de l'éducation*, n° 280, avril 2000
- (4) BENTOLILA A., "*De l'illettrisme en général et de l'école en particulier*", Plon, Paris, 1996
- (5) BEST Francine - *L'échec scolaire* - Paris, Presses Universitaires de France, Que sais-je, 1997
- (6) BILLARD C., BONELLE M., LOISEL M.-L. et al. , "*Les dyslexies de développement - Comment s'y retrouver*", *Le Concours Médical*, septembre 1995, n° 117-28, pp 2146-2150
- (7) BODIER M., "*En 1996, plus d'un jeune homme adulte sur dix a des problèmes en lecture*", *INSEE Première*, Paris, INSEE, n° 541, septembre 1997, pp 1-4
- (8) BOUDART Y., FAVRÉ P., MEYRIEUX - DREVET C., MANIN S., "*Les troubles d'apprentissage de la lecture*", *L'information psychiatrique*, n° 1, 1997, pp 38-49
- (9) BOUKADIDA N., "*Premier bilan de santé en école maternelle et prévention précoce de l'échec scolaire*", Mémoire, Ecole de Santé Publique, NANCY, 1999

- (10) CHARVIER M., NEDELCOUX A., BLANCHON B., "Rééducation orthophonique chez les moins de 20 ans. Indications, justification de la prise en charge médicale des troubles des apprentissages.", *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, février 1999, pp 3-14
- (11) CHAUVEAU G., ROGOAS - CHAUVEAU E., "L'échec scolaire existe-t-il ?" in *Échec et Réussite scolaires*, revue Migrants - Formation, mars 1996, n° 104, pp 6-21
- (12) CHEVRIÉ - MULLER C., NARBONA J., "Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques", Paris, Masson, 1996
- (13) CURCI P., CIOTTI F., RUGGERINI C., PAPPERINI R., "Le traitement pédagogique d'enfants dyslexiques : étude longitudinale.", *Enfance*, 1992, 46, pp 51-62
- (14) DELAHAIE M., BILLARD C., CALVET C. et al. , "Un exemple de mesure du lien entre dyslexie développementale et illettrisme", *Revue de santé publique*, 4, 1998, pp 369-383
- (15) DEONNA T., "Aspects neurobiologiques du retard de langage", *Médecine et Enfance*, mars 2000, pp 169-171
- (16) DOMEJEAN S., "Le Médecin de l'Education Nationale et la prévention des difficultés d'apprentissage de la lecture : une approche cognitive", Mémoire, ENSP, Rennes, 1996
- (17) FÉDÉRATION NATIONALE DES ORTHOPHONISTES, "L'orthophonie, la prévention et la lutte contre l'illettrisme et l'exclusion sociale", *IIIème colloque National de la prévention en orthophonie*, Paris, L'Orthoédition, 1998
- (18) GERARD Ch-L, "Mauvais lecteurs ou dyslexiques", *A.N.A.E.*, 1997, 42, p 60
- (19) GERARD Ch-L, "Vocabulaire neuro-psychologique et difficultés scolaires.", *A.N.A.E.*, 1996, 39-40, pp 123-126

- (20) HABIB M., "*Dyslexie : le cerveau singulier*", Marseille, Solal, 1999
- (21) HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, "*Santé des enfants, santé des jeunes*", rapport adressé à la conférence nationale de santé 1997 et au Parlement, Paris, H.C.S.P., coll. Avis et Rapport, 1997
- (22) HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, "*La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*", Rapport au Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris, 1998
- (23) INSEE LORRAINE, "*Tableau de l'économie lorraine 98/99*", NANCY, 1998
- (24) KERBOUCI N., "*Du langage oral ou langage écrit*", in : FARRIAUX JP., RAPOPORT D., *Troubles de l'apprentissage scolaire*, Doin Ed., Paris, 1995, pp 17-45
- (25) LACERT P., SPRENGER - CHAROLLES L., "*Spécificité des troubles phonologiques et métaphonologiques dans la dyslexie de développement*", A.N.A.E., 1997, 42, pp 73-83
- (26) LANGOUET G., "*L'état de l'enfance en France. Réalités*", Observatoire de l'enfance en France. Fédération des pupilles de l'enseignement public, 1997
- (27) LIVET M-O., "*Développement du langage normal : données actuelles*", *Médecine et Enfance*, mars 2000, pp 165-169
- (28) MANCINI J., LIVET M-O., "*Dyslexies, aspects fondamentaux.*", A.N.A.E., 1997, 43, pp 140-142
- (29) MAZET P., DEJARDIN D., CHOQUET M., "*Santé et apprentissage*", Paris, La Documentation française, 1996
- (30) MESSERSCHMITT P., "*Les troubles du développement du langage. La dyslexie.*", Paris, Flohic, 1994

(31) MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, Circulaire N° 91-148 du 24 juin 1991, "*Missions et fonctionnement du Service de Promotion de la Santé en Faveur des élèves*", *B.O.E.N.*, 26, 4 juillet 1991

(32) MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, "*Nouveau contrat pour l'école*", *B.O.E.N.*, 25, 23 juin 1994

(33) MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, Circulaire N° 98-229 du 18 novembre 1998, "*Utilisation des évaluations nationales CE2-6° : mise en place du programme personnalisé d'aide et de progrès à la maîtrise des langues*", *B.O.E.N.*, 44, 26 novembre 1998

(34) MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, "*L'état de l'école*", Direction de la programmation et du développement, n° 9, 1999

(35) MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, "*Note d'information 99-34 : Profil des élèves en début de 6^o*"- Direction de la programmation et du développement, septembre 1999

(36) MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, "*Note d'information 99-48 : Étude spécifique relative aux élèves en difficulté en lecture à l'entrée en sixième*", Direction de la programmation et du développement, décembre 1999

(37) MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, "*Repères, références, statistiques*", Direction de la Programmation et du Développement, 1999

(38) MISES R., QUEMADA N., "*Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent.*", 3^{ème} Edition, C.T.N.E.R.H.I., P.U.F., 1993

(39) OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA LECTURE, "*Apprendre à lire*", C.N.D.P., Ed. Odile Jacob, 1998

(40) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, "*Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage*", in : *Classification Internationale des*

Maladies. Chapitre V : troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche. Dixième révision. C.I.M.-10., Paris, Masson, 1994, p 209-222

(41) PECH J., "*Dyslexies, dysorthographe; dyscalculie. Evaluations et prises en charge.*" *A.N.A.E.*, 1997, n° 43, pp 143–144

(42) SPINEL W., "*Intérêt et valeur prédictive d'un test de discrimination phonémique pour les capacités d'apprentissage de la lecture*", Mémoire, E.N.S.P., Rennes, 1999

(43) VAIVRE-DOURET L., TURSZ A., "*Les troubles d'apprentissage chez l'enfant, un problème de santé publique*", *Actualités et Dossiers en Santé Publique*, 26, mars 1999, pp 23-65

(44) VAN HOUT A., ESTIENNE F., "*Les dyslexies : décrire , évaluer, expliquer, traiter*", Paris, Masson, 1994

(45) ZORMAN M., "*Evaluation de la conscience phonologique et entraînement des capacités phonologiques en grande section de maternelle*", *Revue Rééducation orthophonique*, 1999, 197, pp 139-157

(46) ZORMAN M., JACQUIER-ROUX M., "*Evaluation d'un entraînement visuel sur l'apprentissage de la lecture chez les enfants de C.P.*", *Education et Formation*, D.E.P., 1994, 38, pp 43-58

ANNEXE

FICHE DE RECUEIL DE DONNEES

N°

(1) Etablissement 1 = Clémenceau ; 2 = Charlet ; 3 = EREA ; 4 = Notre-Dame

(2) Classe S (6° SEGPA) ou N (6° "normale")

(3) Sexe: M ou F

(4) Né(e) le

(5) Antécédents néonataux : oui (O) , non (N) ou inconnu (9)

(souffrance néonatale, prématurité,...)

(6) Age du début de la scolarité: (2.3.4.5 ou 9 (inconnu))

(7) Nombre d'années de maternelle: (2.3.4 ou 9 (inconnu))

(8) **Visite PMI:** oui (O) ou non (N)

Si oui: question 9, si non: passez à la question 12.

(9) Signalement de difficultés par la PMI oui (O) ou non (N)

Si oui: question 10, si non: passez à la question 12

(10) Difficultés concernant

a = trouble du langage

b = développement psychomoteur

c = trouble du comportement

d = déficit sensoriel

e = autre pathologie pouvant

retentir sur la scolarité

(11) Si trouble du langage :

a = trouble de l'articulation

b = retard de parole

c = retard de langage

d = non précisé

(12) Recommandations de la PMI concernant une prise en charge par

Respect de la recommandation au cours de l'année suivante :

a = orthophoniste (13-a) oui (O) ou non (N)

b = CMP ou CMPP ou psychologue (13-b) ou non précisé (Z)

c = ophtalmologiste ou ORL (13-c)

d = autre bilan (13-d)

e = pas de recommandation

- (14) **Visite de la 6^o année** effectuée : oui (O) ou non(N)
- (15) Parents présents oui (O) ou non(N) ou non précisé (Z)
- (16) Enfant droitier (D) ou gaucher (G) ambidextre(A) non précisé(Z)
- (17) Difficultés repérées par le médecin : oui (O) ou non (N) .Si oui :
- (18) Difficultés concernant a = trouble du langage
 b = développement psychomoteur (rythme, graphisme, OTS)
 c = trouble du comportement
 d = déficit sensoriel
 e = autre pathologie
- (19) Recommandations faites lors du bilan de la 6^o année : Respect de la recommandation au cours de l'année suivante
- a = orthophoniste (20-a) oui (O) ou non (N)
- b = CMP ou CMPP ou psychologue (20-b) ou non précisé (Z)
- c = ophtalmologiste ou ORL (20-c)
- d = autre bilan (20-d)
- e = à suivre ou à soutenir (20-e)
- f = pas de recommandation
- (21) Visite médicale effectuée chaque année après la découverte de difficultés oui (O) ou non (N)
- (22) Pathologie intercurrente pendant la scolarité (pouvant expliquer difficultés scolaire) oui ou non
- Mesure du QI total : (23-a) si inconnu :999
- QI performance (23-b)
- QI verbal (23-c)
- (24) Difficultés spécifiques en lecture et/ou en écriture signalées dans le dossier médical O = oui ou N =non ou non signalées

Prise en charge orthophonique au cours de la scolarité

- (25) oui (O) ou non (N)
- (26) Age de début de la prise en charge
- (27) Durée de la prise en charge 1 = moins de 1 an ; 2 = de 1 à 2 ans ; 3 = de 2 à 3 ans ;
4 = plus de 3 ans ; 9 = inconnu
- (28) Bilan ou compte rendu d'orthophoniste dans le dossier : Oui ou Non
- (29) Enfant adressé au départ pour : a = trouble d'articulation
 b = trouble de parole
 c = retard de langage
 d = difficultés de lecture et/ou écriture
 e = motif inconnu
- (30) Prise en charge interrompue a = après amélioration, b =du seul fait de la famille, c = raison inconnue

Scolarité :

- (31) Classe où ont été signalées les premières difficultés par l'enseignant
 (a) maternelle PS ou MS; (b) maternelle GS; (c) CP;(d) CE1; (e) CE2 ; (f)CM1 ;(g) CM2; (h) 6° ;(i) non précisé
- (32) Classe où l'enfant à été signalé pour la première fois à la CCPE
 (a) maternelle PS ou MS; (b) maternelle GS; (c) CP;(d) CE1; (e) CE2 ; (f) CM1 ; (g) CM2; (h) 6°; (i) jamais signalé à la CCPE.
- (33) Nombre de passages en CCPE avant orientation
- (34) La CCPE a t-elle fait des propositions refusées par les parents ? Oui ou Non
- (35) L'orientation en éducation spécialisée s'est faite à partir de la classe
 (b) maternelle GS; (c) CP;(d) CE1; (e) CE2; (f) CM1; (g) CM2; (h) 6°;(i) pas d'orientation en éducation spécialisée
- (36) Le soutien scolaire (au sein de l'école) a commencé pendant l'année de
 (b) maternelle GS; (c) CP;(d) CE1; (e) CE2; (f) CM1; (g) CM2; (h) 6°;(i) pas de soutien scolaire avant orientation en CLIS ou SEGPA (ou non signalé)

Redoublement(s) (si oui, préciser 1 ou 2)

- (37) GS ; (38) CP ; (39) CE1 ; (40) CE2 ; (41) CM1 ; (42) CM2 ; (43) 6°
- (44) oui mais classe inconnue
- (45) a bénéficié d'un CP d'adaptation
- (46) nombre d'années de retard (lors de l'examen du dossier) 0 ,1 ou 2

Milieu familial et socioculturel :

- (47) CSP 1 = défavorisée ; 2 = intermédiaire ; 3 = supérieure ; 9 = inconnue
- (48) Famille : a = en difficulté (intervention assistante sociale, éducateur ...)
 b = famille monoparentale
 c = nombreuse (> 3 enfants)
- (49) Score subjectif de difficultés sociales et familiales 0 (pas de difficultés), 1 ,2 ou 3(beaucoup de difficultés)