

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin de l'Éducation nationale

Date du jury : juin 2001

**VERS UN NOUVEAU BILAN MEDICAL DE
LA SIXIÈME ANNÉE :
Pour une approche partenariale des
troubles d'apprentissage**

Pascale DAURELLE

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
1.1. LE CADRE INSTITUTIONNEL : LES PRIORITÉS FIXÉES PAR LES POLITIQUES NATIONALES	2
1.2. LES MISSIONS DU MEDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE	3
1.3. LE NOUVEAU BILAN DE SIX ANS	5
2. PREMIERE PARTIE	6
2.1. DE LA LECTURE A LA NEURO PSYCHOLOGIE COGNITIVE	7
2.1.1. BREVE HISTOIRE DE L'ECRITURE.....	7
2.1.2. LA LECTURE EN TANT QUE PROBLEME SOCIAL	8
2.1.3. APPORT DE LA NEURO PSYCHOLOGIE ET DE LA PSYCHOLOGIE COGNITIVE	9
2.2. APPROCHE COGNITIVE DE L'APPRENTISSAGE DE LA LECTURE	10
2.2.1. LA QUESTION DE L'INTELLIGENCE.....	10
2.2.2. L = R X C.....	11
2.2.3. LE MODELE DE LA DOUBLE VOIE.....	12
2.2.4. LES DIFFERENTS STADES D'ACQUISITION DE LA LECTURE.....	13
2.2.5. LA CONSCIENCE PHONOLOGIQUE	16
2.2.6. AUTRES FACTEURS MIS EN JEU DANS L'APPRENTISSAGE DE LA LECTURE	18
2.3. LES TROUBLES SPÉCIFIQUES D'APPRENTISSAGE : DYSPHASIE ET DYSLEXIE, AUTRES	18
2.3.1. LES DYSPHASIES.....	20
2.3.2. LES DYSLEXIES.....	21
2.3.3. LES TROUBLES ATTENTIONNELS ET LE SYNDROME D'HYPERACTIVITÉ .	23
2.3.4. LES DYSPRAXIES.....	24
2.4. LE BILAN MÉDICAL DE LA GRANDE SECTION DE MATERNELLE : LE BSEDS 5/6 ANS	25
3. DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE DES MODIFICATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES LIEES A LA MISE EN PLACE DU BSEDS EN HAUTE-SAVOIE	30
3.1. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE	30

3.2. METHODE.....	32
3.2.1. ETUDE PAR QUESTIONNAIRE AUPRÈS DES MÉDECINS DE L'ÉDUCATION NATIONALE DE HAUTE SAVOIE	32
3.2.2. ÉTUDE PAR ENTRETIENS AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE L' ÉDUCATION NATIONALE CONCERNES PAR LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT EN GRANDE SECTION DE MATERNELLE.....	33
3.3. RÉSULTATS	35
3.3.1. DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE.....	35
3.3.2. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PAR ENTRETIENS.....	39
3.4. DISCUSSION ET PROPOSITIONS	54
3.4.1. DISCUSSION	54
3.4.2. PROPOSITIONS	59
4. CONCLUSION.....	63
BIBLIOGRAPHIE	64
ANNEXES	67

LISTE DES ABREVIATIONS

BSEDS: bilan de santé et d'évaluation du développement pour la scolarité

CP : cours préparatoire

IEN: inspecteur de l'éducation nationale

IUFM: institut universitaire de formation des maîtres

men: médecin de l'éducation nationale

OMS: organisation mondiale de la santé

QI: quotient intellectuel

RASED: réseau d'aide et de soutien aux élèves en difficulté

REP: réseau d'éducation prioritaire

VA : visites d'admission au CP, qui correspond au bilan médical de la sixième année

1. INTRODUCTION

Les troubles des apprentissages scolaires, révélés par une forte prévalence de l'échec scolaire sont au cœur de nombreux débats depuis une trentaine d'années et suscitent l'intérêt des professionnels en particulier ceux de l'éducation nationale et dans le domaine de la santé. L'échec scolaire et ses conséquences sur le plan comportemental (dépression, conflits) se traduisent en terme de handicaps social et professionnel qui exposent individu au chômage, à la précarité et à l'exclusion.

Selon les évaluations nationales en classe de 6^e: 14.9% des élèves à l'entrée en 6^e sont en difficulté de lecture (28, 39), dont 5 à 8% en grande difficulté scolaire ne maîtrisant pas les bases de la lecture et du calcul (40), c'est à dire ne lisant pas assez bien pour exercer leurs compétences sociales de citoyen. Ce chiffre est probablement sous estimé car de nombreux auteurs avancent des chiffres supérieurs dont A. BENTOLILA qui y associe les lecteurs médiocres (soit environ 10% de plus) (3).

L'illettrisme est défini par l'UNESCO comme : "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 la vie quotidienne".

Le nombre d'illettrés est difficile à évaluer ; selon une enquête de l'INSEE en 1993-1994, 355000 adultes en France estiment ne pas savoir très bien lire et ne le font presque jamais (24).

L'illettrisme reconnaît des causes médicales; un lien a été établi entre illettrisme et dyslexie développementale(12).

Le concept Français d'échec scolaire tend à se généraliser dans les pays anglo-saxons sous le nom de : "besoins éducatifs spéciaux" (*special educational needs*).

Il peut être décliné en trois catégories relevant soit :

- d'une déficience avérée, qu'elle soit sensorielle, motrice ou mentale
- de facteurs extrinsèques non spécifiques plutôt liés à un contexte environnemental (origine culturelle, sociale...)
- de facteurs intrinsèques identifiés comme troubles spécifiques des apprentissages du langage oral (dysphasie), du langage écrit (dyslexie, dysorthographe), du calcul (dyscalculie) d'origine supposée développementale.

Cette dernière catégorie représenterait environ un quart des enfants en échec scolaire et c'est celle qui a retenu notre attention pour ce mémoire.

En France, la prévalence des troubles spécifiques des apprentissages est comprise entre 2% et 10% selon les auteurs. En définitive il est admis les chiffres de 1% pour les dysphasiques, de 4 à 5% pour les dyslexiques (39, 40).

Ces différentes constatations sont l'objet d'une préoccupation commune du secrétariat d'état à la santé et du ministère de l'éducation nationale.

1.1. LE CADRE INSTITUTIONNEL : LES PRIORITES FIXEES PAR LES POLITIQUES NATIONALES.

Depuis une dizaine d'années les ministères de la santé et de l'éducation nationale sont préoccupés par les troubles des apprentissages. Le concept de dyslexie en particulier est objet de réflexions et de propositions pratiques.

l°) Relevant du ministère de l'éducation nationale

- Reconnaissance de la dyslexie comme trouble spécifique des apprentissages par les commissions de l'éducation nationale qui ouvrent des droits à l'allocation éducation spéciale: l'A.E.S, et accordent des conditions spéciales de scolarité en particulier au moment des examens (tiers-temps supplémentaire etc...) Bulletin Officiel du 9 janvier 1989 (40).
- Création en 1996 de l'Observatoire National de la Lecture, organe consultatif et pluri disciplinaire
- Les états généraux de la lecture en 1999 avec création d'ateliers d'écriture et de lecture
- Le rapport de Monsieur Ringard du 02 février 2000 sur commande de Madame la Ministre déléguée à l'enseignement scolaire, à propos de "l'enfant dysphasique, l'enfant dyslexique"
- Le discours du ministre de l'éducation nationale, Monsieur Jack Lang en juillet 2000 qui engage un plan d'action conjoint entre les deux ministères sur ce sujet.

2°) Relevant du secrétariat d'état à la santé

- Le rapport de la Conférence Nationale de Santé Publique en 1997 propose une définition des troubles spécifiques du langage écrit et des recommandations sur l'importance du dépistage précoce, entre autre (18).
- L'accès à la prévention et aux soins est défini depuis 1998 dans le cadre des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (P R A P S). Il est notamment crée un Groupe Inter Ministériel Permanent de Lutte contre l'Illettrisme
- Le Haut Comité de Santé Publique reconnaît en Mars 1999 les troubles des apprentissages comme un vrai problème de santé publique
- L'A.N.A.E.S. (Agence Nationale Accréditation et d'Evaluation pour les Soins) établit des recommandations et des références médicales dans le cadre de la prise en charge orthophonique des troubles du langage écrit chez l'enfant (1).
- Enfin le rapport du groupe de travail santé diffusé en octobre 2000 engage des plans d'action (ministère de l'emploi et de la solidarité et secrétariat d'état à la santé et aux handicapés).

“L'effort actuel doit porter sur les enfants porteurs de troubles développementaux et spécifiques d'apprentissage du langage écrit et oral”. “ Le dépistage et le diagnostic qui relèvent du domaine des professionnels de la santé impliquent trois types de compétences médicales, orthophoniques et psychologiques, la prise en charge globale implique en plus une collaboration avec l'équipe pédagogique.

Ce rapport propose la création de centres de références dans le cadre hospitalier dont le rôle sera d'établir un diagnostic précis et un projet thérapeutique. En attendant ces créations *“ le médecin scolaire nous semble le plus à même de réaliser cette interface entre les professionnels de la santé et l'équipe pédagogique ”.*

La place ainsi attribuée au médecin de l'éducation nationale est importante.

1.2. LES MISSIONS DU MEDECIN DE L'EDUCATION NATIONALE

En janvier 1991, le service de santé scolaire passait du ministère de la santé à celui de l'éducation nationale et devenait le Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves. Il s'est agi là d'une véritable réorientation affirmée par la circulaire du 24 juin 1991 relative aux missions et aux fonctions, recentrées sur les objectifs de l'école. dont la lutte contre l'échec scolaire est une priorité (30).

Le Nouveau Contrat pour l'école en 1994 (29) réaffirme : *“ La prévention de la difficulté scolaire est une mission fondamentale de l'école. Enseignants, médecins, infirmières de l'éducation nationale, psychologues scolaires, rééducateurs en liaison avec les assistants sociaux ont pour mission d'assurer la détection précoce, le dépistage et le suivi des enfants en difficulté. ”*

Enfin, la circulaire du 12 janvier 2001 parue au Bulletin Officiel du 25 janvier 2001 qui annule et abroge la circulaire du 24 juin 1991 est relative aux nouvelles orientations pour la politique de santé en faveur des élèves. Le Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves devient la Mission de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves (31).

Le rôle à jouer par le médecin de l'éducation nationale pour le thème qui intéresse ici ce mémoire y est clairement identifié.

“ Le médecin de l'éducation nationale est le spécialiste du bilan médical spécifique permettant de poser le diagnostic médical devant les difficultés d'apprentissage scolaire, de prescrire les aides adéquates et d'assurer le suivi.

Une attention sera portée au repérage précoce dès le début de grande section de maternelle des signes pouvant entraîner des difficultés ultérieures d'apprentissage.

La position stratégique du médecin de l'éducation nationale est bien établie :

“ Ils assurent un lien entre le système éducatif et le système de prévention et de soins...Parce qu'il peut examiner l'ensemble des jeunes scolarisés d'une même cohorte, mais aussi parce qu'il suit le même élève pendant sa scolarité il recueille des informations importantes dans le domaine de la santé publique”.

Ainsi “ de l'hygiène à la notion de santé définie par l'O.M.S. (bien être physique, mental et social), l'approche des problèmes de santé à l'école s'est modifiée ”(6).

Institué à l'origine dans le but de dépister des handicaps et des pathologies (comme la tuberculose), le bilan médical de la sixième année est en train d'évoluer et de se centrer sur l'évaluation du développement des capacités qui vont être attendues pour les différents apprentissages en particulier celui de la lecture et de la vie relationnelle dans la collectivité scolaire.

1.3. LE NOUVEAU BILAN DE SIX ANS

Depuis une dizaine d'années une équipe de médecins de l'éducation nationale et de professionnels de l'éducation nationale, sous l'impulsion du médecin conseiller technique du recteur , a créé au sein de l'académie de Grenoble le centre " COGNI – SCIENCES " qui mène des activités de recherche et de formation sur le développement cognitif de l'enfant . Une grande partie des efforts a porté sur les troubles des apprentissages, en lien avec d'autres chercheurs.

Un nouveau bilan de la 6^e année a pu être élaboré : le Bilan de Santé et d'Evaluation pour le Développement de la Scolarité = B S E D S 5 / 6 ans et ce au moyen d'outils testés et validés.

Ce bilan ainsi que toute les recherches qui l'accompagnent tendent à être diffusés dans toutes les académies dans la formation initiale et continue des médecins de l'éducation nationale offrant ainsi à ces derniers l'occasion de recouvrir un champ professionnel innovant dans le dépistage et la prise en charge des enfants porteurs de troubles spécifiques des apprentissages. Car il n'est pas inutile de rappeler que les médecins sont peu formés dans le domaine des troubles du langage et de l'écriture , hormis quelques trop rares spécialistes en neuro pédiatrie, pédiatres et généralistes voient une part importante de leurs consultations croître pour des motifs d'échec scolaire à laquelle ils ont bien du mal à répondre.

C'est l'une des raisons pour lesquelles l'A.N.A.E.S. citée plus haut a établi des recommandations pour la prise en charge orthophonique de ces enfants. Mais les médecins ne sont pas les seuls à avoir des difficultés à répondre et à devoir acquérir des connaissances dans ce nouveau champ ; en effet, il s'avère que pour les professionnels de l'éducation nationale il est également urgent de s'approprier les nouvelles connaissances en particulier en neuro psychologie cognitive, comme le préconisent tous les rapports récents (14).

Les médecins et infirmières de l'éducation nationale en Haute Savoie, académie de Grenoble ont aidé dans l'étalonnage du BSEDS et la majorité le pratique depuis environ deux ans.

Ainsi, l'objectif de notre travail de mémoire sera d'étudier l'appropriation par les professionnels du nouveau bilan de la sixième année dans le département de la Haute-Savoie, ceci pouvant s'avérer être utile pour la généralisation de cette pratique dans les autres académies, dans une préoccupation commune de lutte contre l'échec scolaire.

Les objectifs spécifiques vont explorer en particulier :

1° les pratiques des médecins de l'éducation nationale autour du bilan de six ans, et les changements éventuels de pratique

2°La dynamique partenariale au sein de l'éducation nationale et ce dans deux secteurs géographiques ciblés.

La première partie du mémoire permettra au lecteur de se documenter et de se familiariser sur les théories d'apprentissage de la lecture, les connaissances neuropsychologiques essentielles qui sous tendent cet apprentissage, les différents stades décrits.

Nous aborderons les "pathologies" afin de mieux faire comprendre que le rôle d'un médecin dans un domaine qui peut apparaître à certains comme relevant essentiellement du champ de la pédagogie est avant tout d'être capable de faire un diagnostic différentiel (entre un trouble psychologique, un déficit de l'attention, une inhibition majeure, etc. et un trouble spécifique des apprentissages du langage oral et écrit).

Le bilan de la 6^e année sera détaillé, en particulier au niveau des outils nouveaux qu'il offre aux médecins de l'éducation nationale vers une exploration fine des troubles des apprentissages.

La deuxième partie portera sur une étude de terrain menée dans le département de Haute Savoie afin de répondre aux objectifs cités ci-dessus. Nous étudierons:

- d'une part les pratiques et changements de pratique des médecins de l'éducation nationale du département, après diffusion du nouveau bilan de la sixième année
- d'autre part la dynamique partenariale au sein de l'éducation nationale, à travers les représentations, qu'ont les autres professionnels de l'éducation nationale impliqués dans la prise en charge de l'enfant en difficulté à l'école, du rôle à jouer par le médecin de l'éducation nationale.

Cette étude sera réalisée au moyen d'une enquête par entretiens auprès des membres de l'éducation nationale impliqués, et par questionnaire auprès des médecins éducation nationale du département.

2. PREMIERE PARTIE

2.1. DE LA LECTURE A LA NEURO PSYCHOLOGIE COGNITIVE

CE QUE LA NEUROPSYCHOLOGIE COGNITIVE A APPORTE A LA COMPREHENSION DES MECANISMES QUI SOUS TENDENT L APPRENTISSAGE DE LA LECTURE.

2.1.1. BREVE HISTOIRE DE L'ECRITURE

“ Je ne sais comment j'appris à lire ; Je ne me souviens que de mes premières lectures ” a écrit Rousseau.

“ L'art de lire et l'art d'écrire sont comme l'art de parler et celui de percevoir, des arts méconnus ” écrit Jean Morais.

Phylogénétiquement, l'homme ne préexiste pas au langage(42).

Si le langage oral est ce qui différencie le mieux l'homme des espèces animales en tant que processus génétiquement déterminé apparu il y a environ 30 000 ans entre l'homo habilis et l'homo sapiens, le langage écrit lui est une acquisition très récente.

Les premières traces d'écritures font appel au système dit *pictographique* et ont été retrouvées il y a environ 4000 ans dans les ruines d'URUK, cité de Mésopotamie sur des tablettes d'argile. C'est également celle de l'homme dit des cavernes sous une forme encore plus primitive.

Ce sont essentiellement des fonctions comptables et commerciales qui fondent ce système, auxquelles vont s'associer des préoccupations d'ordre administratives et politiques pour faire évoluer l'écriture vers un système plus complexe : le système *logographique* ou *idéographique* puis ensuite vers les écritures syllabiques puis alphabétiques.

Le pictogramme : un dessin représente un objet

L'idéogramme : un signe représente le sens d'un mot, une idée

On peut penser (42) que l'écriture a permis à l'esprit humain de franchir une nouvelle étape dans son évolution : “**L'écriture : un tremplin pour la pensée**”.

Si l'écriture établit la frontière entre PréHistoire et Histoire, il semble raisonnable de ne pas trop dichotomiser les relations entre langage oral et langage écrit, même si “ l'écriture engendre un surplus de sens inépuisable et contribue à la modélisation du réel.”

Cette évolution de l'écriture est contemporaine de l'apparition de sociétés complexes, des grands empires.

L'alphabet est apparu avec les phéniciens un millénaire avant Jésus Christ et s'est vraiment imposé avec l'alphabet grec qui est la source des alphabets occidentaux. Aujourd'hui, on pense que l'écriture fut un des éléments clé à l'origine de la philosophie grecque. Cette découverte du principe alphabétique est une des plus importantes de l'humanité.

L'invention de l'alphabet entraîne la découverte de ce qu'il représente : le phonème. Les sons de la langue (plutôt que les idées ou les choses) sont transcrites. Ceci permet une réduction considérable du nombre de signes : 26 lettres pour l'alphabet latin (contre quelques 50 000 signes qu'utilise encore de nos jours l'écriture chinoise, idéographique)

Elle implique la notion de phonème, notion qui sera reprise tout au long de ce mémoire comme un des éléments clés dans l'analyse des mécanismes de l'apprentissage de la lecture et des modèles cognitivistes qui visent à expliquer des modèles de lecture compétente. L'autre élément clé est la notion du sens, du "signifié".

" Il faut attendre le XVI^e siècle en occident avec l'invention de l'imprimerie et la laïcisation du savoir pour que s'impose vraiment une civilisation de l'écrit ".

La cognition a donc une histoire et l'écrit y a joué un rôle fondamental.

C'est ce que nous allons tenté de comprendre.

2.1.2. LA LECTURE EN TANT QUE PROBLEME SOCIAL

Il faut attendre Jules Ferry en 1882 pour que s'établisse une scolarité normale obligatoire pour que la lecture soit affaire de tous et pas seulement d'une minorité politique ou savante (référence aux scribes de l'antiquité égyptienne).

Dans l'introduction de ce mémoire les difficultés actuelles ont été identifiées en terme d'échec scolaire ; pourtant il faut savoir qu'en occident, "*jamais autant d'individus n'ont été capables de lire et d'écrire*"(34).

Le problème actuel vient du fait que lecture et écriture sont devenus indispensables dans la vie quotidienne (banque, bus, SNCF, grands magasins, etc.), mais aussi dans la vie professionnelle (diminution des postes de travail non qualifiés etc.). La révolution

informatique, le travail sur écran, la consommation d'images, Internet ont renforcé l'importance de l'écriture, n'ont fait qu'accroître les exigences pour le traitement rapide de l'information vers une mise en jeu de compétences cognitives de haut niveau.

Le rôle du médecin sera bien là, d'aider le sujet à s'adapter à son environnement et celui du médecin de l'éducation nationale sera de dépister le plus précocement possible des handicaps qui concerneraient l'apprentissage de la lecture et d'établir un diagnostic différentiel à l'aide des connaissances récentes qui sont diffusées depuis une dizaine d'années dans le domaine de la neuropsychologie et des sciences cognitives, et ce en vue et avec l'aide des membres enseignants d'établir des parcours individualisés selon les difficultés de chaque enfant.

2.1.3. APPORT DE LA NEURO PSYCHOLOGIE ET DE LA PSYCHOLOGIE COGNITIVE

Ces disciplines sont à l'origine d'une nouvelle modélisation des troubles des apprentissages. La neuropsychologie est une science qui cherche à définir de façon analytique les relations entre les capacités mentales d'une part et un fonctionnement cérébral correspondant d'autre part .

Les fonctions cognitives (dénommées auparavant fonctions mentales supérieures) ont d'abord fait l'objet de recherches passionnées des neurologues (le langage, la mémoire, les fonctions spatiales en font partie...). Il s'agissait à partir d'observations chez des individus cérébrolésés d'établir une relation entre un trouble et la lésion observée anatomiquement parlant puis d'interférer ce que pourrait être chez l'individu neurologiquement normal la relation entre une fonction mentale et une région du système nerveux central (17). L'aphasie dite de BROCA en est la meilleure illustration.

Chez des patients présentant suite à un accident cérébral une impossibilité quasi totale de parler, (il s'agit d'une aphasie), alors que leur niveau de compréhension était bon, (c'est à dire le même qu'avant l'accident), ce neurologue a découvert qu'une petite lésion du lobe frontal gauche était endommagée, aujourd'hui appelée "aire de Broca".

"C'est l'observation répétée de cas de patients ayant présenté de leur vivant un tel trouble de l'expression orale et dont le cerveau après la mort portait invariablement la même lésion qui a conduit Paul Broca à suggérer l'importance de l'aire pariétale qui porte son nom"(17).

Depuis les modèles s'appuient sur les techniques d'imagerie récentes : IRM fonctionnelle (Imagerie par Résonance Magnétique), TEP (Tomographie Emissions de Positrons) et ont apporté des éléments considérables pour comprendre le fonctionnement cérébral et appuyer les théories des différents modèles visant à comprendre le fonctionnement dit cognitiviste.

Les modèles des neurosciences sur le fonctionnement du système nerveux central ne seront pas développés ici, (se référer à l'ouvrage de Michel HABIB " Dyslexie , le cerveau singulier", référence 17).

La neuropsychologie moderne est pluridisciplinaire et réunit des neurologues cliniciens, des psychiatres, psychologues et des spécialistes de la psychologie cognitive.

L'approche du système cognitif par la psychologie cognitive est une approche analytique qui vise à décomposer et à décrire les fonctions cognitives en : perception, reconnaissance, traitement de l'information puis sa mémorisation, la planification etc....

La capacité de lecture est justement l'une des capacités qui a fait l'objet d'un grand nombre d'études depuis un siècle.

2.2. APPROCHE COGNITIVE DE L'APPRENTISSAGE DE LA LECTURE

L'approche cognitive vise à déterminer quelles connaissances sont les préalables indispensables et quelles procédures sont mises en jeu lors de la lecture chez les sujets adultes en phase d'apprentissage.

2.2.1. LA QUESTION DE L'INTELLIGENCE

L'intelligence ne semble pas être une condition nécessaire lors de l'apprentissage de la lecture : "Les enfants qui ont un Q.I. (Quotient Intellectuel) de 80 obtiennent d'aussi bons (ou d'aussi mauvais) scores de lecture de mots ou de pseudo-mots que les enfants qui ont un QI de 110 (34, 36).

On peut considérer avec MORAIS que : "C'est l'exercice de la lecture, dépendant lui même du niveau d'habileté atteint en lecture qui rend "intelligent" au sens des tests d'intelligence.

C'est pourquoi les adultes illettrés ont tous un Q.I. très faible à ce type d'épreuve".

Il existe cependant une relation entre Q.I. et capacité de lecture : un enfant en difficulté de lecture qui dispose d'un Q.I. élevé pourra lire pratiquement comme les enfants de son âge en mettant en œuvre des processus de compensation fatigants et instables dans le temps.

2.2.2. $L = R \times C$

On peut admettre que la lecture est la résultante de deux capacités :

-d'une part la reconnaissance : "R" des mots écrits (ou identification)

-d'autre part, la compréhension : " C " du langage parlé (intégration syntaxique, évocation du sens).

GOUGH et TURNER (1986) soutiennent que la performance en Lecture "L " résulte de la combinaison de ces deux variables : " R " et " C ", variant de 0 à 1 pour chaque individu.

Soit : $L = R \times C$

Une personne analphabète ou encore un enfant de 5 / 6 ans ne sachant pas encore lire disposent de la moitié des compétences nécessaires. Dans leur cas : $R = 0$ et, quelques soient leurs compétences cognitives et linguistiques $L = 0$.

A l'inverse un lecteur francophone peut lire un texte dans une autre écriture alphabétique, mais il ne peut le comprendre s'il ne maîtrise pas cette langue. Dans ce cas $C = 0$. C'est la même chose quand un bon lecteur lit un texte dans un domaine spécialisé où il n'a pas de connaissances minimales nécessaires à sa compréhension.

En début d'apprentissage de la lecture, ce sont les différences individuelles en décodage (donc R) qui rendent le mieux compte des différences en compréhension de texte, alors qu'au niveau collège, la grande majorité des élèves maîtrise (plus ou rapidement et efficacement) le décodage, et, c'est la composante C qui devient discriminative.

C'est bien entendu d'une manière générale, une déficience sous-jacente dans la reconnaissance des mots écrits qui rend compte de l'infériorité de compréhension du

langage écrit et parlé. D'où la notion déjà citée que la lecture rend "intelligent", par l'accès à la culture et au sens.

En effet, comme il a été décrit dans l'introduction, l'écriture (le matériel écrit est plus complexe que le matériel parlé) est un "tremplin pour la pensée". Il est nécessaire dans nos sociétés contemporaines de faire l'économie d'une allocation dite de bas niveau cognitif pour laisser le champ mental au haut niveau cognitif. Il paraît par conséquent indispensable de pouvoir évaluer ces deux compétences chez l'enfant qui présente des difficultés d'apprentissage de la lecture (soit la reconnaissance des mots et la compréhension du langage oral).

On peut en effet distinguer deux types de mauvais lecteurs :

- les sujets qui présentent un trouble au niveau de la compréhension du langage oral.
- les sujets dont la composante "R" est atteinte, chez qui les difficultés de compréhension seront secondaires. Ces sujets présentent bien à priori un *trouble spécifique du langage écrit*. Ce constat a conduit les chercheurs à développer des modèles de lecture de mots isolés, issus des modèles de lecture adulte. La neuropsychologie cognitive s'est d'abord penchée sur les troubles acquis de la lecture suite à une lésion cérébrale ou à une aphasie pour réfléchir sur l'organisation mise en jeu pour la lecture afin de spécifier les opérations cognitives qui permettent la reconnaissance et l'identification des mots.

2.2.3. LE MODELE DE LA DOUBLE VOIE

Les performances en lecture de mots isolés reposent sur deux procédures :

- l'une globale, synthétique donnant accès au lexique, ou lexicale, dite directe
- l'autre analytique, dite indirecte, non lexicale, ou voie phonologique

La première voie est également appelée voie d'adressage. Elle utilise des représentations orthographiques d'un mot pour retrouver la forme phonologique associée contenue dans le lexique mental. Le mot écrit est alors directement apparié à une entrée lexicale stockée en mémoire. Pour l'écriture, l'orthographe d'un mot connu est récupérée à partir d'une représentation orthographique stockée en mémoire (lexique orthographique).

La deuxième voie est également appelée voie d'assemblage ; C'est la voie de la phonologie. Elle fait appel à la conversion phonème- graphème pour la lecture et inversement pour l'écriture. Elle consiste à segmenter le mot en unités de son reconnaissables (syllabe / phonème) ; exemple : maison : m → /m/ ; ai → /e/ ; s → /z/ ; on → /ô/ .

On suppose en général que la lecture compétente met essentiellement en jeu la procédure globale qui assure une lecture fluente et un accès direct au sens. Cependant un bon lecteur adulte utilise quotidiennement sa voie analytique pour le décodage des mots non encore rencontrés (ex : annuaire téléphonique) ou mots inventés (appelés non mots) tels que : cravila, sertapi etc ..

2.2.4. LES DIFFERENTS STADES D'ACQUISITION DE LA LECTURE

Ce modèle d'UTA FRITH (psychologue anglaise) considère trois étapes successives correspondant à trois stratégies différentes d'identification des mots écrits dont la maturation serait à l'origine de la formation d'un système de lecture experte.

1. L'étape logographique

Entre 4 et 6 ans, soit avant tout apprentissage, l'enfant serait capable de reconnaître certains mots pour accéder à leur sens prenant en compte les traits visuels saillants du mot écrit ainsi qu'un *indication contextuelle*, ceci pour un nombre limité de mots, comme par exemple : Stop ; Coca-cola ; Métro ; Mac'DO . Le risque de confusion s'accroît avec le nombre de mots appris et des erreurs d'identification existent pour des mots visuellement proches, ex. : cola cola. En effet cette procédure ne prend pas en compte l'ordre visuel des lettres ni les facteurs phonologiques. La méthode d'apprentissage dite globale s'appuie sur cette procédure dont l'un des inconvénients est l'impossibilité de déchiffrer des mots nouveaux. En privilégiant l'accès direct au sens, le code alphabétique est négligé (15).

2. Le stade alphabétique

Au cours de cette phase une procédure analytique du langage écrit se met en place. Elle développe des compétences dites *métaphonologiques* qui se définissent comme l'aptitude à

identifier les composants phonologiques des unités linguistiques et les *manipuler* de façon délibérée. Ce stade n'existe que grâce à l'enseignement du code alphabétique.

La représentation phonologique issue de l'analyse visuelle est segmentée en unités graphémiques auxquelles sont successivement appliquées les règles de conversion graphème phonème. Ainsi, l'enfant apprend peu à peu à reconnaître les graphèmes qui composent les mots écrits (an, t, r, ch, eau...) et prend conscience des unités phonémiques qui composent les mots parlés. Les phonèmes seront assemblés en syllabes puis en mots. On parle de *médiation phonologique*. Ce stade correspond à la procédure analytique précédemment décrite dans les modèles adultes.

La méthode d'apprentissage dite syllabique utilise cette procédure. Certains enfants développent précocement cette approche en repérant des éléments grapho-phonémiques, caractérisant ainsi le premier travail cognitif de l'enfant sur l'écrit (stade dit préalphabétique).

La procédure analytique (et le traitement phonologique des mots) est pour de nombreux auteurs la première à se mettre en place lors de l'apprentissage de la lecture au CP. L'observatoire national de la lecture dans une synthèse des recherches menées actuellement établit le caractère incontournable de la reconnaissance de la forme phonologique des mots lors de l'apprentissage de la lecture (36).

“ L’habileté à analyser la parole en phonèmes et à les fusionner est parmi toutes les habiletés examinées celle qui est la plus fortement corrélée avec l’habileté de lecture. ”

Cette prise de conscience d'unités sublexicales et de correspondance entre unités sublexicales correspond au développement de ce qu'on appelle : *"la conscience phonologique"*.

Cette notion apparaît majeure dans le processus d'apprentissage de la lecture et pour le sujet de ce mémoire. Elle sera développée plus loin.

Au fur et à mesure que la procédure alphabétique se met en place, et pour certaines équipes de façon rapide au cours des premiers mois de CP, il se développe chez l'enfant des représentations orthographiques des mots qui vont constituer un lexique orthographique de plus en plus étendu. La constitution et le développement de ce lexique incitera le lecteur à modifier ses stratégies initiales de lecture pour adopter une procédure plus automatisée et rapide, moins centrée sur la procédure de conversion graphème-phonème, qui lui permette de plus l'identification des mots dits irréguliers (ne se lisent pas comme ils se prononcent : femme, tabac, printemps etc.).

3. L'étape orthographique

Ce dernier processus va permettre de diminuer la charge attentionnelle nécessaire au décodage pour consacrer le maximum de ressources cognitives aux aspects sémantiques contenus dans la structure syntaxique et pragmatique du texte.

En lecture l'enfant peut identifier les mots connus et évoquer immédiatement la forme phonologique globale correspondante. La lecture devient rapide et permet directement l'accès au sens. Pour UTA FRITH l'unité de segmentation caractéristique de cette phase est le morphème, soit l'unité minimale de sens (chant-eur). La forme phonologique est obtenue par adressage. Cette étape permet l'identification de mots connus, qu'ils soient réguliers (se lisent comme ils s'écrivent), ou irréguliers (ne se lisent pas comme ils s'écrivent). Le fonctionnement de cette voie est généralement évalué par la lecture ou l'écriture de mots irréguliers comme femme, car du fait de l'irrégularité de certaines correspondances graphème-phonème, de tels mots ne peuvent être lus par la voie phonologique. Cette voie s'enrichit au fil des lectures de l'enfant permettant par là même une automatisation de la lecture.

Cette procédure se distingue de la procédure logographique par le fait qu'elle repose sur des éléments linguistiques et non visuels, et de la procédure alphabétique car elle traite des unités de taille supérieure au phonème. Ce n'est pas une procédure phonologique. Les unités orthographiques correspondraient aux morphèmes. La procédure orthographique ne semble pouvoir se mettre en place qu'après une étape phonologique préalable, le lien étroit entre les deux se manifestant dans le concept de "conscience phonologique".

En définitive on comprend que toute perturbation des systèmes d'assemblage phonologique aura des répercussions négatives sur la formation du lexique orthographique, un constat dont nous verrons l'importance chez les sujets dyslexiques.

La plupart des auteurs aujourd'hui adoptent une conception selon laquelle les trois stades successifs ne seraient plus aussi tranchés mais évolueraient selon "une hiérarchie de conditions minimales et plus simultanée". SEYNOUR en 1996 propose un modèle où interagissent les trois phases décrites (développement simultané des phases logographiques et alphabétiques, rétroaction de la procédure orthographique sur les aptitudes de segmentation phonologiques). La condition minimale admise étant un bon niveau de conscience phonologique. La succession des conditions minimales et des processus est

tellement rapide que les différents processus peuvent probablement coexister après quelques semaines d'apprentissage de la lecture.

2.2.5. LA CONSCIENCE PHONOLOGIQUE

Qu'est ce que la conscience phonologique ? :

- Une aptitude spécifique consistant à segmenter les mots en unités sonores plus petites : syllabe puis phonème (la plus petite étant le phonème)
- Une aptitude à manipuler les sons : rimes, attaques, suppression syllabique, suppression de la consonne initiale

Elles relèvent de capacités dites "métaphonologiques".

L'évaluation de la conscience phonologique se fait à partir d'épreuves de détection de rimes, de segmentation de syllabes, d'identification phonémique, de segmentation, fusion, inversion phonémiques. La capacité à identifier les syllabes étant la première à se mettre en place vers l'âge de 4 ans, la dernière compétence étant le niveau d'identification phonémique et paraît liée à l'apprentissage du principe alphabétique, donc au moment de l'apprentissage de la lecture.

La question qui nous apparaît centrale de la conscience phonologique peut être illustrée de plusieurs manières :

- "La lecture courante utilise les oreilles et pas seulement les yeux" dit Morais.

Dans le cas de déficiences sensorielles importantes, les déficients visuels, lecteurs de braille, ne se distinguent des lecteurs dits visuels que par une moins grande rapidité liée aux conditions séquentielles (caractère par caractère) de la prise d'information en braille.

En revanche les sourds profonds atteignent difficilement l'habileté d'un bon lecteur ; la raison en est l'impossibilité à développer des représentations phonologiques.

- Une autre illustration est fournie par les adultes illettrés qui pour des raisons socioculturelles n'ont jamais appris à lire et à écrire. Ces adultes s'avèrent avoir une mauvaise conscience phonologique et échouent lorsqu'on leur demande par exemple de supprimer le phonème initial (34). Exemple : avec pomme : si je retire le premier bruit, il reste : ome. Lorsqu'il s'agit de soustraire non pas un phonème mais une syllabe, la majorité des illettrés sont capables de le faire.

L'idée que l'habileté à analyser la parole en phonèmes dépend d'un système alphabétique d'écriture a été confirmée par une étude réalisée en Chine, qui montre que les lettrés analphabètes chinois sont incapables de faire des manipulations de phonèmes (ils ne connaissent que l'écriture logographique chinoise) alors que les chinois alphabétisés peuvent le faire.

Il a été démontré à plusieurs reprises que les enfants ayant une bonne conscience phonologique avant l'apprentissage de la lecture apprennent rapidement à lire. A l'inverse, tous ceux qui éprouvent des difficultés dans l'apprentissage de la lecture avaient une conscience phonologique déficitaire avant cet apprentissage.

Mais une mauvaise conscience phonologique n'est pas prédictive absolument de difficultés ultérieures d'apprentissage, comme nous allons le voir dans le chapitre visant à expliquer le bilan BSEDS.

- L'une des façons de démontrer l'importance de la conscience phonologique a été de réaliser des études longitudinales d'enfants (cohortes) dont la conscience phonologique a été entraînée de manière spécifique.

Une étude a en particulier été conduite dans l'académie de Grenoble sous l'égide du laboratoire Cogni-Sciences qui a la particularité d'avoir été menée en situation ordinaire de classe et mise en œuvre par des enseignants.

Une méta analyse américaine Le " National Reading Panel " effectue une analyse de la littérature sur ce sujet, environ 52 articles ont été étudiés ; chacun des articles incluait un groupe d'enfants ayant reçu un entraînement phonologique versus un groupe témoin. Le but de cette méta analyse était d'évaluer scientifiquement le bénéfice de l'entraînement phonologique sur les capacités de lecture (35). Les résultats montrent :

- Cet entraînement apporte des bénéfices en lecture en orthographe quelque soit le niveau de langage et de conscience phonologique au départ. (sauf pour l'orthographe chez les mauvais lecteurs où aucune corrélation n'est démontrée). Le bénéfice de l'entraînement phonologique sur la compréhension en lecture est également montré.
- La manipulation simultanée des phonèmes et des lettres est plus efficace que le seul entraînement oral.
- La connaissance des lettres (maîtrise du code alphabétique) aide à l'apprentissage de la lecture.
- Le temps d'entraînement optimum se situe entre 5 et 18 heures
- L'entraînement en petit groupe (5/7) est plus efficace qu'en individuel ou en classe entière.
- C'est en grande section de maternelle qu'il est le plus efficace versus CP ou CE1.

- Il améliore l'apprentissage de la lecture dans toutes les langues alphabétiques (l'anglais est la langue la plus irrégulière, l'espagnol la plus régulière).

“ La conscience phonologique n'est pas un programme d'apprentissage de la lecture, c'est une clef qui améliore et facilite cet apprentissage ”.

Quand l'enfant comprend le but de l'entraînement, c'est plus efficace.

De même, la prédictivité de la conscience phonologique a été évaluée au sein de l'étude faite au laboratoire Cogni-Sciences pour la lecture de mots, la compréhension et l'orthographe. Ceci pour les tests utilisés dans le bilan de six ans BSEDS. La sensibilité du test est meilleure que sa spécificité. (cohorte de 2265 élèves suivis depuis la grande section de maternelle jusque en CM2) (40).

2.2.6. AUTRES FACTEURS MIS EN JEU DANS L'APPRENTISSAGE DE LA LECTURE

Tous ces facteurs seront explorés dans la partie qui vise à expliciter dans le bilan médical l'ensemble des fonctions cognitives et des processus impliqués dans les apprentissages.

Le développement du langage oral

La concentration

L'orientation temporo-spatiale

La mémoire à court terme, (empan visuel, empan auditif), la mémoire de travail

La reconnaissance visuelle et les stratégies visuelles et visuospatiales

Et enfin, la motivation de l'enfant pour laquelle les parents sont les partenaires indispensables par leur contribution à l'investissement affectif de la lecture.

2.3. LES TROUBLES SPECIFIQUES D'APPRENTISSAGE : DYSPHASIE ET DYSLEXIE, AUTRES

Nous ne parlerons que des troubles dits développementaux des apprentissages contrairement aux troubles acquis de l'adulte cérébro lésé en particulier qui sert souvent de modèle à l'interprétation des troubles chez l'enfant.

Le trouble d'apprentissage doit être distingué de la simple difficulté (phénomène transitoire dans la vie de l'enfant) et de difficultés scolaires liées à un contexte socio-économique ou socio-culturel particulier.

La définition du National Joint Comitee of Learning Diseabilities est la plus communément admise : *“ Les troubles d'apprentissage définissent 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 ”.*

Il s'agit d'une définition par exclusion, d'un trouble apparaissant comme intrinsèque, qui s'inscrit dans la durabilité.

Il existe plusieurs classifications :

- L'OMS dans la CIM10 (classification internationale des maladies, 10^e révision) classe les troubles spécifiques de la parole et du langage en F80, les troubles hyperkinétiques en F90.
- Selon le DSM IV, (classification anglo-saxonne des troubles mentaux) : les troubles des apprentissages sont classés en :

Trouble spécifique de développement du langage oral

Trouble spécifique d'apprentissage de la lecture (= trouble spécifique du langage écrit), de l'orthographe et du calcul

Troubles associés que sont les déficits de l'attention avec ou sans hyper activité, les troubles de la coordination et autres troubles psychomoteurs.

- Enfin la nomenclature française reconnaît ces troubles comme affection neurologique et adopte également une classification qui lui est propre.

Remarquons qu'aucune classification n'emploie les mots dyslexie ni dysphasie mais parle de troubles spécifiques du langage oral et écrit.

Devant la constatation d'un trouble d'apprentissage, il apparaît important de pouvoir distinguer le retard simple du (ou des) trouble(s) intrinsèque(s). Ceci peut être d'autant plus difficile que les troubles sont souvent associés.

Face à un enfant en échec scolaire, le médecin de l'éducation nationale peut assurer un rôle de coordination en demandant différents bilans, ORL, visuel, neurologique, psychiatrique, neuropsychiatrique, orthophonique, psychomoteur, afin d'étayer son diagnostic.

2.3.1. LES DYSPHASIES

Les dysphasies de développement constituent un trouble structurel, c'est à dire touchent la partie innée, biologique de l'équipement linguistique. Ce sont des troubles graves et durables du langage oral chez l'enfant qui ne présente par ailleurs ni surdité ni trouble majeur de la personnalité et dont le potentiel intellectuel non verbal (QI performance) est proche de la normale et est supérieur de plus de 20 points par rapport au potentiel verbal (QI verbal). Ils se distinguent des troubles articulatoires, des retards de paroles et des retards de langage qui sont des troubles fonctionnels dont l'évolution est en règle générale spontanément favorable.

- Le trouble articulatoire porte sur un déficit des praxies buccales ; différents troubles sont identifiés comme la voix " zozot e "qui est liée à un sigmatisme inter-dental ; le schlintement, etc.
- Le retard de parole : l'anomalie se situe au niveau du mot dans le sens d'une simplification : train / crin, couteau / tuto, arbre /ab. Les altérations de phonèmes ne sont pas systématiques, un même mot peut être d'une fois à l'autre altéré différemment : lavabo / lalabo / valado.
- Le retard de langage : la syntaxe n'est pas respectée, la grammaire mal utilisée, le vocabulaire est réduit et l'enfant n'utilise pas de phrases complexes, ne respecte pas l'ordre des mots, utilise la troisième personne au lieu du " je ". Ex. : " papa parti à maison ".

Les troubles spécifiques de développement du langage oral ont eux fait l'objet de plusieurs classifications, plus moins complexes.

Les caractéristiques communes sont :

- La présence de troubles phonologiques
- La compréhension altérée
- L'agrammatisme
- Le manque du mot
- Le déficit de la mémoire à court terme
- L'absence de progression en période préscolaire.

Deux formes remarquables sont à distinguer :

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

Les dysphasies expressives plus fréquentes et de meilleur pronostic, portant donc sur le versant expressif du langage.

Des troubles cognitifs praxiques, orientation temporo-spatiale et du comportement à type de dépression, repli, instabilité sont souvent associés.

L'importance des troubles psychologiques peut constituer un tableau clinique proche de l'autisme dont il convient de faire le diagnostic différentiel, la prise en charge des troubles du langage permettant de résoudre les troubles psychologiques.

Les troubles spécifiques du langage oral sont prédictifs des troubles du langage écrit (40). Des recherches actuelles visant à établir les liens avec la dyslexie, notamment dans le domaine de la neurologie sont en cours.

2.3.2. LES DYSLEXIES

Les troubles spécifiques du développement du langage écrit, sont également dénommés dyslexies. Il s'agit d'un *"trouble durable et persistant dans l'acquisition de la lecture en dépit de capacités intellectuelles normales, d'un milieu socioculturel stimulant et d'une scolarisation adéquate. Ce trouble relève d'inaptitudes cognitives fondamentales qui ont fréquemment une origine constitutionnelle."* CRITCHLEY, 1974.

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 2 ans.

La dyslexie est révélée par une lenteur excessive dans la lecture, l'enfant prend du retard et ses résultats ne sont pas à la hauteur des efforts fournis.

On distingue trois types essentiels de dyslexie :

- Les dyslexies phonologiques

Il s'agit d'un trouble portant sur la voie de l'assemblage, dite voie phonologique ; l'enfant ne

parvient pas à maîtriser les règles du code alphabétique et la conversion graphème-phonème. Le trouble porte de façon sélective sur la lecture de mots nouveaux. La lecture produit des erreurs de lexicalisation, c'est à dire que les mots nouveaux ou non mots peuvent être lus comme des mots proches. L'enfant essaie de deviner le mot à partir de quelques indices et il accède au sens en s'appuyant sur ce décodage partiel.

Parmi les troubles associés on retrouve des troubles du langage et de la mémoire à court terme.

- Les dyslexies de surface ou dyslexies dyséidétiques

L'origine cognitive est ici portée par un trouble sur la voie dite d'adressage ou voie directe lexicale. L'enfant ne parvient pas à constituer un lexique orthographique et à encoder la forme orthographique des mots. La lecture des mots irréguliers est perturbée. Une grosse dysorthographe est constamment présente. La lecture produit des erreurs dites de régularisation, c'est à dire que les mots en particulier irréguliers sont lus comme des mots proches réguliers.

Cette forme de dyslexie serait due à un déficit portant sur le système visuo-attentionnel. C'est la forme de dyslexie la moins fréquente (20 %des cas).

- Les dyslexies mixtes

Certains enfants vont présenter des erreurs portant sur les deux voies (phonologique et lexicale). Les difficultés de lecture seront alors majeures.

Quelque soit la typologie, les dyslexiques présentent souvent un trouble modéré du langage oral, en particulier au niveau du manque du mot lors d'épreuves de dénomination, et parfois au niveau syntaxique et ou sémantique lors des épreuves d'évocation lexicale (il faut dire en 1 minute le plus grand nombre de mots appartenant à une catégorie donnée, par exemple les animaux, les fruits).

D'autres déficits cognitifs sont volontiers associés chez les dyslexiques:

- Trouble de la mémoire immédiate

Il est fréquent que les dyslexiques ne puissent répéter une série de chiffres ou de mots au delà de 4 ou 5 (empan). Nous verrons que dans les épreuves de segmentation syllabique utilisées dans le BSEDS, le mécanisme cognitif impliqué traduit tout autant le déficit mnésique que le trouble métaphonologique.

- Les erreurs visuelles chez les dyslexiques

Au niveau des tâches de discrimination visuelles on assiste à des erreurs d'inversion de lettres symétriques p/q, d/b, à des confusions de lettres visuellement proches h/k, i/l, de même de petits mots grammaticaux comme " de " sont souvent volontiers omis.

Différentes explications sous tendent ces erreurs visuelles.

- Effet de masquage latéral absent

Chez le normo-lecteur, l'empan de lecture est de 7 lettres; par défaut d'inhibition des lettres périphériques, le dyslexique verrait son empan visuel réduit à 3 lettres au delà desquelles le mot n'est plus lisible et le reste du mot est alors lu avec des erreurs, ou inventé. La décroissance visuelle aux dépens des positions latérales est globalement moins marquée que chez le normo-lecteur.

- Effet dit de " brouillage "

Divers travaux ont montré chez le dyslexique l'existence d'une perception visuelle anormale pouvant être responsable d'un brouillard lors de la succession des saccades oculaires.

- Déficit de l'attention visuelle avec ou sans hyper activité

C'est un trouble de l'attention sélective ; la personne ne peut en même temps appréhender le détail (attention locale) et percevoir le tout (attention globale).

Nous verrons l'importance d'analyser ces dysfonctionnements en clinique, car l'analyse implique des rééducations spécifiques. Plusieurs études ont montré le bénéfice sur la lecture d'un entraînement visuel (17).

2.3.3. LES TROUBLES ATTENTIONNELS ET LE SYNDROME D'HYPERACTIVITE

Ils sont aussi dénommés troubles hyperkinétiques avec déficit de l'attention (Thada ou ADHD), selon l'appellation anglo-saxonne.

Le DSM IV distingue trois composantes :

Les troubles de l'attention, l'hyperactivité, l'impulsivité.

Ce syndrome est reconnu comme trouble neurologique à part entière aux USA, il est lié à un dysfonctionnement des lobes frontaux, ou, hypothèse plus récente à un dysfonctionnement hémisphérique droit. Il connaît un traitement spécifique : le méthylphénidate, plus connu sous le nom de ritaline.

Une dyslexie dysorthographe est associée dans environ 50 % des cas.

2.3.4. LES DYSPRAXIES

Elles se situent au niveau de la programmation du geste moteur, intégrant les données spatio-temporelles. Ainsi le mouvement est qualifié de maladroit, peu précis, lent. On distingue classiquement 4 types de dyspraxies : idéomotrice, idéatoire, de l'habillage, visuo spatiale ou constructive.

La dysgraphie sévère peut être probablement responsable d'une dysorthographe isolée, c'est à dire sans atteinte de la conscience phonologique.

En ce qui concerne les troubles visuo-spatiaux, que l'on teste en faisant dessiner la figure de Rey, ou à l'échelle de Wechsler dans l'épreuve des cubes, l'origine neurologique des troubles se situe selon M. HABIB au niveau hémisphérique droit.

Dans ces épreuves, le dyslexique phonologique obtient des performances normales. Dans certains cas, en particulier dans les dyslexies mixtes, la performance aux cubes est insuffisante et constitue un facteur de mauvais pronostic quand aux possibilités générales d'apprentissage, dans la mesure où les possibilités de compensation sont compromises par la multiplicité des systèmes atteints. En outre, c'est dans ces cas que l'on rencontre les dyscalculies les plus sévères.

2.4. LE BILAN MEDICAL DE LA GRANDE SECTION DE MATERNELLE : LE BSEDES 5/6 ANS

Le laboratoire Cogni-Sciences à l'IUFM de Grenoble travaille sur le thème des troubles d'apprentissage depuis une douzaine d'années, impulsé par des médecins de l'éducation nationale: le Docteur Zorman, le Docteur Jacquier-roux et le Docteur Lepaul qui se sont interrogés sur ces cas d'enfants intelligents pour lesquels ni l'enseignant ni le médecin ne comprennent pourquoi ils n'arrivent pas à apprendre à lire.

Un travail d'appropriation et de concertation avec la recherche fondamentale a été réalisé. Les équipes de l'académie de Grenoble ont d'abord beaucoup travaillé la notion de conscience phonologique et les fonctions visuelles impliquées dans l'apprentissage de la lecture.

Le suivi d'une cohorte de 2265 élèves répartis dans les 5 départements de l'académie a permis de constater que la conscience phonologique augmente avec l'âge et qu'il existe une relation significative entre le niveau de conscience phonologique et le vocabulaire de l'enfant avec le niveau de diplôme de la mère (plus qu'avec la catégorie socio professionnelle du père). Un des résultats essentiel de ce travail concerne les liens entre les performances en lecture (évaluées au bout de 3 ans en CE1) et le niveau de conscience phonologique évalué durant la visite médicale en grande section de maternelle, celui-ci expliquant plus de 20 % du niveau de performance (40).

Le BSEDS

Impulsé par les équipes de Grenoble, le bilan médical de santé de la sixième année évolue vers une approche globale du développement de l'enfant et propose une approche pragmatique et fonctionnelle des troubles des apprentissages aux professionnels de santé de l'éducation nationale, leur permettant de remplir l'une de leurs principales missions qui est la lutte contre l'échec scolaire.

Une des particularité pratique et fonctionnelle du BSEDS est qu'il ne peut être conduit qu'avec la participation de l'enseignant, ceci en amont et en aval de la visite médicale.

En amont, l'enseignant renseigne le médecin en remplissant pour chaque enfant une fiche de recueil de données : comportement scolaire, langage, motricité globale et fine, développement spatio-temporel, perception visuelle.

En aval, à travers la restitution faite avec le médecin suite aux visites médicales.

Il s'agit bien d'un échange de deux visions, l'une portant un regard continu et global sur l'enfant, l'autre un regard analytique et ponctuel ; c'est bien cette confrontation qui est présentée comme essentielle.

L'autre particularité est l'approche analytique du BSEDS à travers les subtests du bilan cognitif.(cf. infra)

Le bilan de santé de la sixième année réalisé par les médecins et infirmières de l'éducation nationale comporte 5 axes d'évaluation :

- les conditions de vie
- le développement somatique
- le développement cognitif
- le développement psychomoteur
- le développement social

Les conditions de vie

Fratrie, profession des parents, mode de garde, fréquentation de la cantine, rythmes de vie...

Le développement somatique

Etablissement de la courbe de poids, de la taille, de l'indice de masse corporel, examen clinique de l'enfant.

Le développement psychomoteur

La motricité globale et fine est évaluée par l'enseignant, l'orientation temporo-spatiale et la latéralisation sont évaluées de façon conjointe.

Le développement social

Il est évalué par l'enseignant par rapport au comportement en classe, lors de la visite médicale, par la pratique ou non d'activités extrascolaires. Ceci en vue de repérer d'éventuels signes d'alerte qui concerneraient soit des causes sociales et/ou éducatives, soit des troubles du comportement d'origine psychologique.

Le développement cognitif

"Les résultats des recherches menées depuis une vingtaine d'années ont permis de déterminer quelles sont les connaissances et procédures grâce auxquelles un sujet adulte est capable de lire un texte, d'en comprendre le sens et d'explicitier la façon dont les

connaissances et procédure se développent lors de l'apprentissage".

Le BSDES évalue donc les compétences nécessaires au développement du langage oral et des pré-requis à l'apprentissage de la lecture. Ceci à la différence du bilan habituellement réalisé qui ne comporte pas d'évaluation aussi fine des compétences cognitives, et surtout sans aucun étalonnage ni score auquel se référer pour l'interprétation.

Il comporte un axe visuel

- Mesure de l'acuité visuelle en vision de près et de loin , bilan orthoptique par mesure de la vision binoculaire, de l'hétérophorie, des capacités de poursuite oculaire, et enfin un test de vision des couleurs (ISHIARA) qui dépiste les dyschromatopsies
- Evaluation de la perception visuelle par la reproduction du losange et des reproductions de figures
- Evaluation de la discrimination visuelle par l'épreuve de reconnaissance de lettres : note sur 20, épreuve chronométrée, où l'enfant doit reconnaître des lettres visuellement proches, groupées, en les retrouvant une à une sur un tableau qu'on lui propose; cette épreuve explore la coordination oculomotrice, le système visuo-attentionnel, teste les confusions entre lettres visuellement proches (p/q, b/d) et les espaces inter lettres.
- Evaluation du traitement de l'information visuelle et du système visuo-attentionnel par l'épreuve des cloches qui indique entre autre la stratégie de balayage visuel employée : l'enfant doit barrer des cloches sur un dessin comportant d'autres distracteurs visuels. On note le nombre de cloches barrées en 1 minute.

Il comporte un axe auditif

- Mesure de l'acuité auditive par audiométrie
- Epreuve de discrimination phonémique de type CV (consonne-voyelle); les syllabes ne diffèrent que par le phonème consonne(noté sur 14).

Il comporte un axe d'évaluation de la conscience phonologique avec 3 épreuves

(note sur 23)

- Epreuves de rimes (l'enfant doit trouver les mots qui riment) (noté sur 8)
- Epreuve de comptage syllabique (l'enfant découpe le mot en unités syllabiques) (noté sur 5)
- Epreuve de segmentation syllabique (à partir d'un mot à 2 syllabes , l'enfant doit supprimer l'une des 2 syllabes et nommer celle qui reste) (noté sur 10)

Il comporte un axe d'évaluation du langage oral

- Répétition de non mots (logatomes). Un trouble permet de repérer une anomalie de décodage ou de programmation phonologique (liste de 10 mots à 2 ou 3 syllabes).
- Discrimination de phonèmes (cf supra).
- Test de vocabulaire passif (TVAP). C'est une épreuve de dénomination d'images qui est déjà étalonnée ; elle permet une évaluation rapide du stock lexical (noté sur 30).
- L'expression orale, la prosodie, l'articulation, la syntaxe sont évaluées dans le discours spontané de l'enfant par le médecin et par l'enseignant, éventuellement à l'aide du test de Chevrier Muller " la boue ".

D'autres processus cognitifs sont également évalués :

- La mémoire à court terme (empan) par répétition de 3 ou 4 chiffres ou mots.
- Le système visuo attentionnel par l'épreuve de cloches.

Le bilan cognitif explore donc les deux facteurs que sont la compréhension du langage (**C**) et la reconnaissance des mots écrits (**R**).

$$L = R \times C$$

Soit les deux compétences nécessaires à la lecture (**L**) comme il a été expliqué au chapitre précédent.

- Les compétences sous-jacentes à la reconnaissance des mots (**R**) sont la conscience phonologique et les compétences visuelles. (se référer à la description des subtests décrivant l'exploration de l'axe visuel)

L'importance de la conscience phonologique a été justifiée au chapitre précédent. Les tests décrits ci-dessus pour l'évaluer seront ceux qui devront retenir toute l'attention des médecins.

- Les compétences impliquées dans la compréhension du langage écrit (**C**) sont les mêmes que celles sous-jacentes à la compréhension du langage oral.

Pour le lecteur intéressé par la description des tests du bilan et leur contenu plus explicite, il convient de se référer aux documents édités par le laboratoire Cogni-Sciences (9, 10).

Le médecin ne peut faire l'économie de l'analyse d'un trouble du comportement qu'il soit du type inhibé et dépressif ou de type instabilité psychomotrice, il demandera le cas échéant des avis spécialisés.

Il est recommandé de commencer par un bilan réduit qui doit comporter une évaluation de la conscience

phonologique et du traitement de l'information visuelle, et d'approfondir le bilan selon le schéma décrit, lorsque l'enfant présente des difficultés.

Le BSEDS 5/6 a été étalonné auprès d'un échantillon de 1076 enfants de grande section de maternelle, représentatif des enfants scolarisés en France métropolitaine. Les enfants ayant un retard scolaire (n=13) et ceux qui avaient une déficience mentale identifiée (n=9) ont été exclus.

Ce travail a été réalisé par les médecins et infirmières des 5 départements de l'académie de Grenoble.

L'étalonnage des tests permet de comparer le score d'un enfant par rapport à la moyenne et l'éventuel écart-type à la moyenne.

L'identification d'un trouble et de l'écart à la moyenne va conduire le médecin en collaboration avec l'enseignant et la famille à proposer des prises en charges adaptées au trouble identifié et à sa gravité.

L'interprétation des subtests est quantitative et qualitative; les épreuves qui font partie du bilan ne remplacent pas le raisonnement clinique. Il est recommandé en cas d'échec de vérifier que l'enfant a bien compris la consigne, afin que cet échec ne soit pas dû à la réticence de l'enfant ou à un état de fatigue ponctuel.

Le BSEDS est un outil en cours de validation.

Il a été évalué quant à sa reproductibilité à trois mois d'intervalle ; des modifications dans le sens d'une augmentation spontanée ont été montrées, en ce qui concerne la conscience phonologique, le vocabulaire et ce pour les enfants ayant des performances en dessous de la moyenne au premier bilan (d'autant plus qu'ils étaient faibles). D'autres études sont en cours, visant notamment à évaluer la sensibilité et la spécificité. Il semble que les tests soient sensibles mais moins spécifiques.

3. DEUXIEME PARTIE : ETUDE DES MODIFICATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES LIEES A LA MISE EN PLACE DU BSEDS EN HAUTE-SAVOIE

3.1. PRESENTATION DE L'ETUDE

Il nous a semblé intéressant de compléter l'état des connaissances actuelles sur le langage oral et écrit, mises à la disposition des médecins de l'éducation nationale notamment par l'outil élaboré par l'académie de Grenoble : le BSEDS, par une étude sur le terrain, donc à l'échelon local.

Notre objectif général est de savoir comment les professionnels se sont approprié cet outil afin d'apporter aux enfants en difficulté les aides spécifiques dont ils ont besoin et de leur permettre une bonne intégration scolaire.

Cette étude professionnelle doit permettre de répondre aux objectifs spécifiques qui sont :

- d'appréhender les modifications des pratiques professionnelles liées à la mise en place du BSEDS en Haute-Savoie depuis maintenant deux ans
- d'étudier la dynamique partenariale au sein de l'éducation nationale

Pour y parvenir nous essaierons de cerner les points de vue des médecins du département concernant leur pratique du bilan, en tant qu'outil spécifique, et de comprendre la dynamique partenariale au sein de l'éducation nationale autour du bilan des enfants en grande section de maternelle au sein d'une école primaire, à travers les représentations qu'ont les autres professionnels de l'éducation nationale du rôle à jouer par le médecin de l'éducation nationale. Ceci sera réalisé d'une part par une enquête par questionnaire court auprès de l'ensemble des médecins éducation nationale du département, et d'autre part par une enquête par entretiens auprès des professionnels de l'éducation nationale concernés par le bilan médical de la sixième année.

Présentation du département de Haute-Savoie.

Le département de Haute-Savoie appartient à la région Rhône-Alpes et à l'académie de Grenoble. C'est le département de Rhône-Alpes qui a connu le plus fort taux de croissance démographique ces dix dernières années (soit 11 % de plus), car d'une part la Haute-Savoie reste un département relativement jeune malgré un vieillissement de la population, d'autre part elle reste très attractive avec un haut savoyard sur cinq installé depuis 1990.

En mars 1999, le taux de chômage est de 9 %, donc inférieur à la moyenne nationale qui est de 11.8 %.

Quelques particularités du département :

- Zone frontalière avec la Suisse : le nombre de travailleurs frontaliers est stable aux environs de 36000 personnes, soit 13% des actifs ayant un emploi (temps de transport augmenté pour les parents pouvant poser des problèmes pour les gardes d'enfants).
- Zone de tourisme : un logement sur quatre est une résidence secondaire dans les massifs montagneux du Mont-Blanc, des Aravis, du Faucigny, du Chablais et autour des lacs d'Annecy et du lac Lemman près de Genève.
- Zone industrielle dans un des secteurs géographiques qui intéresse ici ce mémoire, soit dans la vallée de l'Arve allant d'Annemasse et La Roche sur Foron vers Chamonix. Industrie du décolletage qui accueille une part importante d'ouvriers et de population d'origine étrangère.

Le service de Promotion de la Santé en Faveur des Élèves est situé au sein de l'Inspection Académique à Annecy. Il compte outre un médecin conseiller technique et une infirmière conseiller technique auprès de Monsieur l'Inspecteur d'Académie 25 médecins sur 18.3 équivalents temps plein et 85 infirmières sur 57.5 équivalents temps plein.

3.2. METHODE

3.2.1. ETUDE PAR QUESTIONNAIRE AUPRES DES MEDECINS DE L'EDUCATION NATIONALE DE HAUTE SAVOIE

Cette étude doit permettre d'étudier les pratiques professionnelles autour du bilan de 6 ans, les modifications éventuelles de pratique, et pour une part l'intérêt que les médecins accordent au BSEDS.

Nous avons choisi de faire une enquête par questionnaire, car cela permettait un recueil global de données objectivables. Il s'agit d'un questionnaire court principalement à questions fermées, sauf 2 questions où il était possible de faire un autre choix.(cf. annexe)

Le questionnaire explore :

- la formation reçue pour le bilan, ainsi que le besoin de formation ressentie
- la fréquence avec laquelle les médecins utilisent les différents subtests du bilan, ceci dans le but de connaître si les pratiques sont uniformes ou non
- la modification ressentie des pratiques
- la mise en place par le médecin d'un partenariat ou non avec l'enseignant en amont et en aval de la visite médicale, à travers la distribution du questionnaire enseignant et la restitution des résultats après la visite du médecin
- et enfin l'acceptabilité du bilan pour l'enfant, pour l'enseignant et pour les parents.

La remise des questionnaires s'est faite pour la grande majorité des médecins du département le jour d'une réunion départementale à l'initiative du médecin conseiller technique sur une mise au point des pratiques du bilan de 6 ans dans le département.

17 médecins sur 25 étaient présents et ont rempli le questionnaire en début de séance; pour les questionnaires manquants, ils ont été adressés aux autres médecins soit par fax, soit par courrier postal. 6 médecins ont renvoyé leur questionnaire ; au total, 2 médecins n'ont pas répondu.

En raison du petit nombre de questionnaires et de la simplicité de l'analyse manuelle, il n'a pas été nécessaire d'utiliser un logiciel de traitement statistique des données.

3.2.2. ETUDE PAR ENTRETIENS AUPRES DES PROFESSIONNELS DE L' EDUCATION NATIONALE CONCERNES PAR LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT EN GRANDE SECTION DE MATERNELLE

Cette étude doit permettre de compléter l'approche des pratiques des médecins par un recueil d'opinion sur leurs pratiques, et l'approche de la compréhension d'une dynamique partenariale au sein de l'éducation nationale ; La technique de l'enquête par entretiens semi-directifs nous a paru la plus adaptée pour les renseignements que l'on souhaitait obtenir.

Concernant les entretiens, il nous a semblé important de savoir dans un secteur particulier comment les professionnels se sont appropriés l'outil. En choisissant deux écoles maternelles sur les secteurs géographiques de deux confrères médecins de l'éducation nationale, le choix a été fait d'étudier la dynamique partenariale correspondant à deux équipes, impulsée par un médecin de l'éducation nationale au sein d'une école à travers:

- l'institutrice de grande section, concernée par les bilans médicaux(3)
- l'instituteur(trice) spécialisé(e) du RASED(2)
- le psychologue scolaire(2)
- le médecin de l'éducation nationale(2)
- l'inspecteur de l'éducation nationale chargé de la circonscription(2).

Soit au total 11 entretiens.

La justification du choix des secteurs réside dans les contrastes.

- les deux secteurs sont contrastés. L'un en zone rurale ou semi rurale dans le village de Perrignier, l'autre en zone urbaine, classée REP dans l'environnement d'une vallée industrielle, la vallée de l'Arve, soit la ville de Scionzier qui jouxte la ville de Cluses.
- les médecins ont été choisis pour leur recul dans la pratique du bilan de la sixième année. L'une a une expérience pratique des visites médicales scolaires, a reçu la formation initiale pour le BSEDS mais n'a pas d'autre formation dans le champ des troubles du langage, contrairement à sa collègue. L'autre fait partie du groupe de travail et de recherche sur le bilan BSEDES et les troubles du langage et de la lecture, elle a acquis des compétences propres dans ces champs, elle intervient notamment dans les formations des maîtres à l'I.U.F.M. de Bonneville.
- enfin le choix a été motivé par des critères de proximité géographique.

S'il nous a semblé important de rencontrer des personnes pouvant avoir des discours différents, liés à des positionnements professionnels distincts, le choix de ne rencontrer que des professionnels de l'éducation nationale n'est justifiable que pour des raisons pratiques de temps laissé à la réalisation du mémoire. En effet, il aurait été également intéressant d'avoir le point de vue d'autres professionnels comme les médecins de Protection Maternelle et Infantile avec qui nous sommes en lien au niveau des dossiers des enfants puisqu'ils sont amenés à voir tous les enfants de petite section de maternelle et nous transmettent ensuite les dossiers médicaux, comme les orthophonistes, comme les médecins généralistes et pédiatres.

Cependant plutôt que de recueillir les points de vue de tous ces professionnels séparés géographiquement, il nous a paru intéressant de recueillir des informations sur la dynamique partenariale sur le terrain, dans la réalité quotidienne, d'où le choix de deux secteurs géographiques distincts autour de deux expériences.

En effet, au delà d'un recueil de point de vue, il s'agit de comprendre la dynamique partenariale qui nous paraît indispensable dans l'aide à apporter aux élèves en difficulté sur le terrain.

Un guide d'entretien a été réalisé, dont un exemplaire est joint en annexe.

Le guide a été le même pour tous les entretiens avec cependant quelques variantes selon qu'il s'agissait du médecin ou de l'instituteur ou de l'inspecteur.

La première démarche a été d'en parler avec l'inspecteur et de fixer un rendez-vous. Les autres rendez vous ont été pris par téléphone également, ainsi qu'auprès des directrices des écoles concernées.

L'entretien débutait par une présentation justifiant le sujet. La consigne initiale était : " Dans votre expérience professionnelle pouvez-vous me raconter comment le bilan médical de la sixième année est organisé ici, concrètement ? "

Les entretiens se sont déroulés sur les lieux de travail des personnes interrogées, c'est à dire soit dans les écoles, soit dans les bureaux de l'inspection de l'éducation nationale.

Le guide d'entretien thématique explorait :

- la connaissance du nouveau bilan, avantages, inconvénients, freins, faisabilité
- les troubles du langage et de la lecture ; par qui sont ils identifiés ? Quelles notions derrière les mots repérage et dépistage, sens, différence ? Place du médecin ?
- les pratiques partenariales autour du bilan, échanges, évolution des échanges, propositions autour du suivi
- les réactions des parents

Quelques consignes de relance étaient prévues.

L'entretien se terminait par des remerciements.

La durée des entretiens a été d'environ 45 minutes avec des entretiens les plus courts de 35 minutes et les plus longs de 55 minutes.

La méthode d'analyse des entretiens se fera selon une analyse par thème.

3.3. RESULTATS

3.3.1. DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE

Sur les 25 médecins du département, 23 ont répondu au questionnaire. Les deux médecins qui n'ont pas renvoyé leur questionnaire sont deux médecins vacataires.

Parmi ces 23 médecins :

→Concernant la formation

- 20/22, soit 87% ont reçu une formation pour le bilan BSEDS.
- 21/22, soit 91% souhaiteraient une formation supplémentaire. sur cette question dont font partie les médecins qui n'ont pas reçu la formation initiale.
2 médecins sur 23 ne souhaitent pas de formation supplémentaire, malgré le fait qu'elles aient répondu qu'elles ne sentaient pas à l'aise dans l'interprétation du bilan.
- 22 médecins sur 23, c'est à dire 96% affirment que le bilan a modifié leur pratique professionnelle.

La quasi totalité des médecins du département a reçu une formation, et la quasi totalité souhaite une formation complémentaire sur ce thème.

Pour l'ensemble des médecins, il s'agit d'un changement professionnel.

- Cependant, moins de la majorité se disent à l'aise dans l'interprétation du bilan : 8/23, soit 35%.

15 médecins sur 23 disent ne pas se sentir à l'aise dans l'interprétation du bilan.

→Concernant le partenariat avec l'enseignant

- La feuille enseignant est distribuée dans 17 cas sur 23, soit 74 % et dans 16 cas avant la visite médicale comme il est recommandé de la faire.
- Lorsque la feuille enseignant n'est pas distribuée, les raisons invoquées sur une question ouverte sont :
 - enseignant réticent : 3 fois
 - manque de temps : 3 fois
 - difficulté d'accès géographique de l'école : 1 fois
 - l'habitude n'en a pas été prise : 1 fois
 - liée à une modification de l'équipe de santé scolaire : 1 fois
- Après le bilan, une réflexion commune avec l'enseignant est engagée pour 19 médecins, soit dans 83% des cas de façon constante. Parmi l'ensemble des médecins, aucun n'engage jamais de réflexion avec l'enseignant. Les 4 médecins restant le font dans plus de la moitié des cas.
- Dans tous les cas l'échange avec l'enseignant est en général bien accepté, d'après le médecin.

→Concernant l'acceptabilité

Pour tous les médecins sans exception, le bilan apparaît dans tous les cas bien supporté par les enfants et bien accepté par les parents.

→Concernant la remédiation

La remédiation est une prise en charge proposée à l'enseignant, à travers principalement un entraînement phonologique pour lequel le laboratoire Cogni-Sciences a édité une mallette qui sert de support pédagogique (voir dans la première partie le chapitre sur la conscience phonologique). En effet quand le médecin détecte un trouble, il se doit d'orienter l'enfant vers une prise en charge ou un avis spécialisé selon les cas.

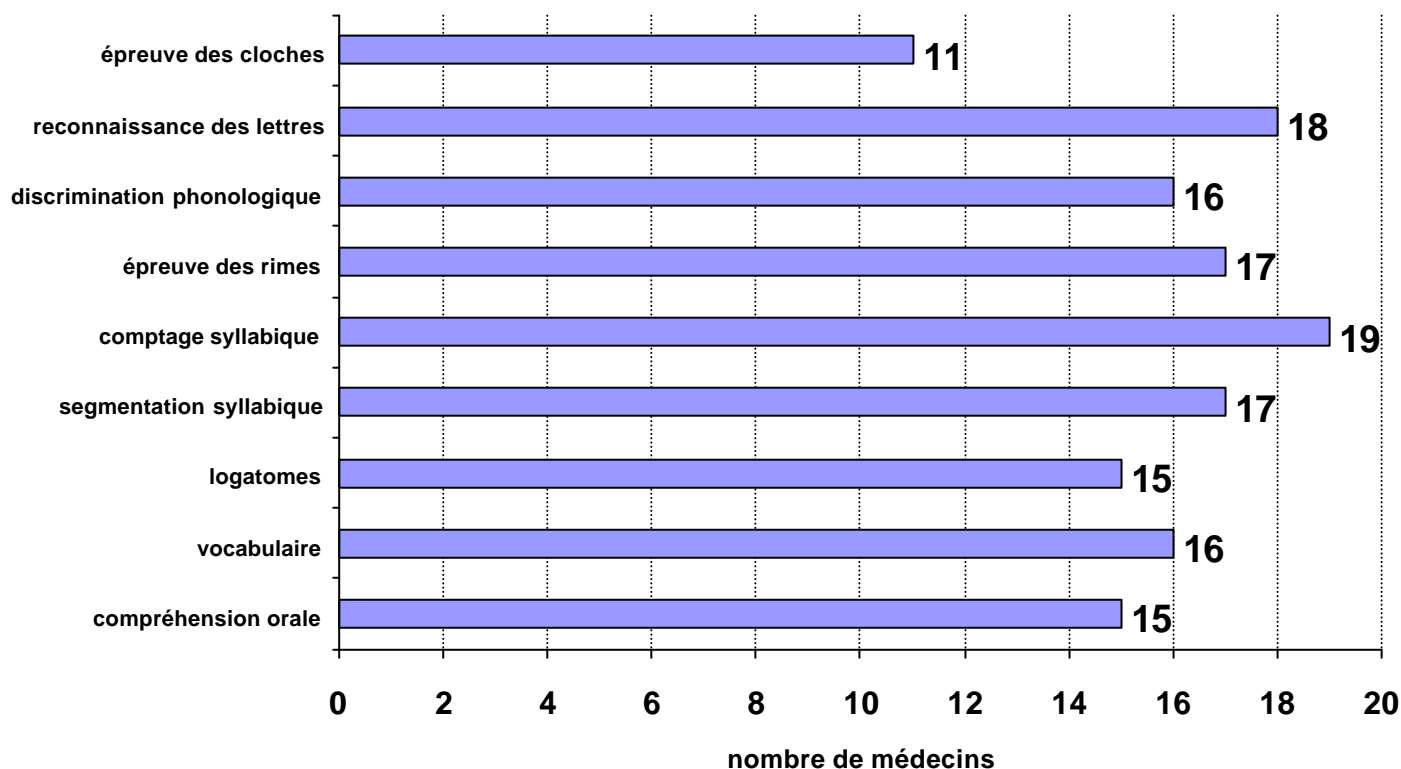
Dans notre étude, la mallette d'entraînement phonologique est proposée dans la moitié des cas.

→ Concernant la fréquence des subtests du bilan cognitif utilisés par les médecins

- Aucun médecin n'a répondu " jamais " à l'ensemble des items du bilan : *le bilan est utilisé par tous les médecins.*
- 4 médecins, soit 17 % utilisent la totalité des tests moins un qui varie en fonction des personnes. Pour 19 médecins les subtests utilisés varient.

C'est ce que nous allons détailler. sur la figure suivante.

*Figure : Effectifs des médecins utilisant les subtest suivants
(dans plus de la moitié des cas)*



Lorsque les médecins ont répondu par une fréquence inférieure à 50 %, ils évoquent les raisons suivantes:

- manque de temps: 11 fois
- enfant très performant: 9 fois
- enfant trop en difficulté: 1 fois (étranger parlant mal le français)

- pas d'intérêt: 1 fois

Tous les médecins disent approfondir leur bilan si l'enfant présente des difficultés.

→SYNTHESE :

1°) A propos des pratiques des médecins

- Tous les médecins utilisent les subtests du BSEDS, aucun n'utilise aucun subtest. Ils n'utilisent pas tous tous les subtests.
- Dans 65 à 83% des cas les médecins utilisent pour plus de 50% les subtests.
- Il existe une diversité des pratiques dans l'utilisation du bilan cognitif qui est cependant relativement homogène dans l'intérêt porté aux tests puisque les plus utilisés sont ceux évaluant la conscience phonologique : soit l'épreuve des rimes, le comptage syllabique, la suppression syllabique, et celui évaluant la discrimination visuelle. La conscience phonologique est la plus souvent explorée ainsi que la reconnaissance visuelle montrant là tout leur l'intérêt.
- La plupart des médecins ne sentent pas à l'aise dans l'interprétation du bilan qu'ils font passer.
- 91% souhaiteraient une formation complémentaire sur ce thème.
- Tous les médecins disent avoir modifié leur pratique professionnelle grâce à la nouvelle approche du bilan de six ans fournie par le BSEDS.

2°) A propos du partenariat

- Toutes les personnes interrogées pensent que le bilan est bien accepté, par les enseignants, les enfants et les parents.
- Il existe un partenariat avec les enseignants de grande section de maternelle dans 22 cas après la visite par le biais d'un échange.
- Le partenariat avant la visite établi par le biais de la feuille distribuée aux enseignants est effectif dans seulement 16 cas sur 22.

Tous les médecins du département semblent s'être approprié le BSEDS, dans la mesure où ils le disent, mais surtout parce qu'ils utilisent certains des items du bilan cognitif ; or, dans le bilan médical traditionnel, nous n'avons pas à notre disposition ce genre de tests. Il n'existe pas un seul médecin dans le département qui ne prennent en compte au moins certains des items, reste à étudier l'uniformisation des pratiques. Le désir de formation exprimée très nettement dans cette étude traduit également l'intérêt porté au sujet.

3.3.2. RESULTATS DE L'ENQUETE PAR ENTRETIENS

Les entretiens se sont tous bien déroulés, l'accueil réservé a toujours été bon. Particulièrement dans les écoles où les directrices se sont proposées spontanément pour décrire leur établissement.

Description des écoles en fonction de renseignements fournis lors de rencontres avec les directrices :

- La première école concernée par notre travail, dans le village de Perrignier, situé à une dizaine de kilomètres de Thonon les Bains, sous préfecture en bordure du lac Lemman. Cette école est donc en zone semi-rurale, elle est inter communale regroupant trois communes à moins de trois kilomètres, soit Perrignier, Draillant et Servens. Une navette de transport assure un ramassage scolaire et pour les enfants mangeant à la cantine, les institutrices ne rencontrent pas facilement les parents. Même si la commune est située en zone rurale, seules une ou deux familles sont des agriculteurs, la majorité des parents étant frontaliers c'est à dire qu'ils travaillent en Suisse et habitent en France (cf. supra, parents difficiles à rencontrer). Il s'agit d'une commune sans difficultés particulières, au passé tranquille. Une petite cité HLM a été créée et quelques familles peuvent être qualifiées par la directrice de l'école comme défavorisées.
L'école compte 133 enfants inscrits en maternelle sur 5 classes dont deux classes de grande section.

- La deuxième école rencontrée est l'école du Crozet, située dans la REP de la ville de Cluses, soit à Scionzier qui possède deux écoles maternelles, un collège et une école élémentaire qui est le plus gros groupe du département avec environ 450 élèves répartis sur 20 classes. Dans le département, l'école maternelle de Scionzier est l'une des 13 écoles maternelles classées en REP ; il y a également 14 écoles élémentaires et 8 établissements du second degré classés en REP dans le département de Haute-Savoie.

Parmi les écoles maternelles situées dans la REP, trois écoles dont deux sur Cluses ont des profils d'élèves identiques avec des forts taux d'étrangers chiffrés à 65 % pour la

directrice de l'école maternelle; la quatrième école de la REP est située au centre ville de Scionzier et possède un profil de recrutement d'élèves où sur 129 enfants seulement 11 sont d'origine étrangère.

L'école qui nous intéresse a 125 élèves inscrits dont une population d'origine étrangère à majorité turque et maghrébine.

Il s'agit pour une grande part d'enfants nés en France mais qui pose toujours le problème de la langue avec les familles, les mères en particulier pour lesquelles des groupes langage ont été mis en place à destination des parents autour du développement de l'enfant.

Cette année deux classes de moyenne section et de grande section de maternelle existent et 24 élèves ont eu le bilan par le médecin scolaire dont 10 d'origine étrangère. L'école voit ses effectifs décroître un peu au fil des ans par non respect de la carte scolaire nous dit la directrice : ils vont à l'école du centre !

L'école maternelle du Crozet a vocation à mettre en place des aides à destination des familles, a la volonté de les mobiliser autour de l'enfant, de la communication, de la culture orale et du livre en multipliant les initiatives.

Par la suite, les différents entretiens ont été analysés de façon à regrouper les propos par thèmes et d'en faire une synthèse.

Afin de simplifier la lecture des résultats des entretiens, le secteur de Perrignier sera le secteur 1 et le secteur de Scionzier sera le secteur 2.

Les thèmes retenus:

3.3.2.1. Organisation de la visite médicale en grande section de maternelle

Tous les professionnels savent qu'il existe des visites médicales en grande section de maternelle, chacun en a connaissance mais de façon plus ou moins directe. Pour les maîtresses de grande section, elles peuvent parler de ce qu'elles voient directement, de la façon dont la visite est organisée dans leur école concrètement. *“La visite nous pose un problème de locaux ; il faut deux salles. Presque tous les parents viennent à la visite.”*(institutrice 1)

Pour les autres professionnels qui ne sont pas impliqués directement par les visites médicales, leur connaissance de l'organisation et du contenu est plus indirecte.

“ Le bilan médical est géré par le service de médecine scolaire. Je n'interviens pas du tout excepté lorsque les médecins m'alertent sur un cas particulier de tout ordre.”(IEN 1)

Les bilans ont lieu selon un roulement durant l'année scolaire, parfois en octobre, parfois en mai. L'école est prévenue de la date des visites médicales, les parents sont convoqués en même temps que l'enfant pour le secteur 1 ; dans le secteur 2 le médecin voit d'abord tous les enfants, puis la rencontre avec les parents se fait dans un deuxième temps. *“ Nous faisons l'examen des enfants de façon individuelle et sans parent avec l'infirmière puis avec le médecin, environ 1 h. par enfant puis s'effectue la visite des parents, cette fois sans l'enfant, puis un retour des informations se fait en direction de l'enseignant et du réseau, vers une remédiation. Je fais toutes les classes de la même façon, ZEP ou pas.”(médecin 2)*

Dans les deux écoles, le médecin et l'enseignant se réunissent à la fin des visites afin de faire le point individuellement pour chaque petit élève.

“ Nous nous voyons après chaque jour de visite à propos des enfants qu'elle a vu, puis nous faisons le bilan en fin de session, par exemple pour les conseils de bilan orthophonique. »(institutrice 1)

3.3.2.2. Connaissance du nouveau bilan : le BSEDS

Il est assez bien repéré dans le secteur 2 par tous les professionnels, qui peuvent parler de *“ l'examen approfondi des troubles du langage, par conséquent l'orientation récente donnée par le nouveau bilan.....Oui, je sais, l'orientation a changé Il existe plusieurs expériences , comme la batterie INIZAN qui n'est plus pratiquée , remplacée par la batterie en collaboration avec le docteur Zorman . Il est venu à Cluses à ma demande pour intervenir auprès des directeurs et des instituteurs. ”(IEN 2)*

Dans les deux écoles, l'enseignant remplit une fiche pour chaque enfant avant la visite médicale. Le médecin nous dit : *“ On prévient l'école de notre arrivée Nous avons le bilan enseignant par la fiche individuelle préétablie. ”*

Pour la maîtresse des grands : *“ Elle (le médecin) a reçu chaque enfant ; j'avais un questionnaire à remplir avant avec des petites questions très précises. j'ai trouvé le questionnaire que j'avais à remplir très bien ”.*

Dans le secteur 1, les institutrices connaissent les tests de phonologie, et le bilan leur a été expliqué par le médecin. *“ Elle nous a expliqué ce qu'elle allait faire, certaines choses qu'elle allait tester. C'est bien parce que d'habitude on est pas au courant de ce qui se fait. ”* Cependant les autres partenaires ont une vision indirecte. Pour l'un des membres du RASED, *“ Je sais que c'est fait...J'en ai entendu parler.. ”*

L'IEN quand à lui a une réaction de surprise : *“ Si vous parlez du bilan lecture, il y a une ambiguïté s'il s'agit du bilan spécifique à l'académie de Grenoble. C'est dans le bilan de santé une dimension spécifique à l'académie de Grenoble qui n'est pas reconnue par le ministère. ”(IEN 1)*

3.3.2.3. Les réactions à la mise en place du BSDES, les facteurs de blocage et les freins identifiés

Au départ, lors des premiers bilans, les professionnels du secteur 1 en particulier relèvent un certain nombre de réactions.

“ Les réactions ont été très vives de la part de certains instituteurs. J'ai fait un stage au ministère sur le langage. Cela a soulevé beaucoup de réactions. Moi, je n'avais pas compris que cela devenait une pratique systématique dans toutes les écoles. J'en étais resté à une pratique expérimentale. Il n'y a pas eu de validation au niveau national. ” (IEN 1)

Ces réactions sont attribuées sur le terrain à plusieurs raisons :

→ la crainte d'être jugé dans son travail (pour les instituteurs de grande section)

“ Le premier frein au départ est lié à l'instituteur, qui avait l'impression qu'on allait juger son travail, cela par défaut d'explication. Quand on explique bien, elle voit bien que ce n'est pas elle qu'on juge, mais l'enfant. ” dit le médecin de Perrignier. L'enseignant du RASED du même secteur tient les mêmes propos : *“ Cela a été pris très tièdement. Ils se demandaient pourquoi c'était fait. Y avait il une incidence sur l'appréciation de la maîtresse et de son travail ? Cela est une fragilité des enseignants de se sentir jugés. Ca c'était au début. Depuis on m'en a pas reparlé. ”*

→ la crainte d'une médicalisation excessive. Ce discours est retrouvé à plusieurs reprises et identifie une crainte qui peut constituer un facteur de blocage. Il repose sur l'idée que les

enfants repérés par le médecin seraient stigmatisés, étiquetés pour une pathologie alors que les gamins évoluent. *“ ne pas cibler trop les gamins ”.*(RASED.1)

“ Il y a une ambiguïté qu’il faut lever : Le regard du médecin est important mais biaisé par le fait qu’il est médecin . Parce que c’est un médecin qui regarde un enfant, on pense qu’il va apporter un remède médical ”.(IEN 2) *Je me méfie d’une médicalisation systématique, d’une évaluation , du repérage systématique du handicap.*(IEN 1)

Les craintes soulevées ici posent *“ la question de l’ingérence de la médecine dans la pédagogie ”* comme le relève l’enseignante du RASED du secteur 1.

→ le cloisonnement des pratiques professionnelles

D’autres réactions assez consensuelles dans trois discours sont davantage ciblées au niveau des psychologues scolaires Elles illustrent le même malaise à propos du cloisonnement des pratiques professionnelles. Elles sont définies en terme de *“ territoire ”* à deux reprises.

Pour l’un, il est important de différencier les pratiques, de marquer la différence ; En effet il apparaît que : *“ Il faut marquer sa différence ... Les différences doivent être bien repérées Pour moi ce sera par l’approche psychoaffective, et pour le médecin.....Impression en tant que psycho de manger au même râtelier, de marcher sur les mêmes plates bandes ”.* Il explique par ailleurs que : *“ La formation des psychologues scolaires n’est pas la même que celle des psychologues en institution. Ils sont acceptés par l’éducation nationale mais sans vraiment les reconnaître ; Cela sert à justifier la position de l’école par rapport aux enfants qui ont du mal à apprendre.*

En annexe : Si on se sent menacés, c’est que notre place est menacée. ”

L’autre psychologue parle de façon plus indirecte :

“ Je peux parler du ressenti des enseignants. Ce qui a émergé après la mise en place du dépistage dans les écoles ; Il était fait (le bilan médical) sans beaucoup de coordination des différents services, instituteurs et psychologues scolaires. Les gens ont souffert de ce manque de coordination..... C’est plutôt mal perçu par l’ensemble du groupe des psychologues scolaires, problème de territoire... ».

Un des IEN se fait l’écho de réactions sur son secteur :

“ L’articulation avec le réseau d’aide ? Cela ne passe pas toujours bien avec la médecine scolaire ...le médecin scolaire occupe toute la place, en particulier la nôtre, surtout les psychologues scolaires me disent : il est anormal qu’un médecin scolaire se permette de juger des méthodes de lecture , de la pertinence ou non d’un Wisc que je fais passer.....

Le médecin prendrait la place du psy ; Il s'agit d'une défense de territoire, parfois véhémente pour certains. Les tiraillements sont certainement plus fréquent qu'avant . Et sont plus ciblés par rapport à l'apprentissage de la lecture. ”

→ Les professionnels s'interrogent sur ce qui est fait du bilan, comment c'est utilisé

Certains professionnels ont perçu le bilan tel qu'il leur a été présenté au départ, au moment de l'étalonnage ; c'est à dire comme un outil issu de la recherche fondamentale. Il s'en suit un certain nombre de questions sur l'utilisation de l'outil dès lors qu'il s'applique à une large échelle de population.

“ toute procédure de recherche doit être validée....Je pense qu'il y a un intérêt si ces résultats, ces observations peuvent être traitées par des gens compétents et conduisent à un retour aux écoles et à une réflexion sur certaines pratiques. ” (IEN 1)

“ par rapport au traitement des données ; qu'est ce qui est gardé, quel est le travail au niveau des parents ? C'est une question de jalonnage, comment cela peut être utilisé. J'ai l'impression que c'est encore expérimental. ”(psychologue 1)

→ Le manque de temps autour des échanges avec le médecin

Cet élément est identifié par deux des professionnels du secteur 1, du point de vue du médecin et de celui des enseignants de grande section. Il concerne le temps d'échange passé autour de la restitution du bilan.

“ Le seul truc que je reproche, c'est qu'on ait pas le temps pour ça. Il faudrait qu'on ait une demi journée dégagee pour faire le point. C'est un peu à la va vite au niveau restitution médecin enseignant. Avec les parents, elles prennent bien le temps.Il faudrait 3 heures dégagees, peut être revenir une fois en plus sans prendre les gamins. Cela nous apporterait quelque chose, car sinon c'est trop, vite debout, on approfondi pas. ”

Le médecin a une vision symétrique : *“ . Il nous faudrait également plus de temps dans l'école, par exemple une demi heure avant la visite pour discuter avec l'enseignant.... Un des problème c'est le manque de temps....il faudrait 1h. en plus, 1/2h. avant et 1/2. après. ”*

→ Désaccord par rapport à l'origine des troubles

Ils viennent d'une approche différente, liée à un positionnement professionnel et personnel sur la question. *“c'est une approche neuro-psy dans laquelle je ne rentre pas. Tendance à considérer comme un diagnostic quelque chose qui n'est qu'un symptôme”*(psychologue 2)

→ Le manque d'information et de formation des professionnels

Ce thème est récurrent dans l'analyse des discours des interviewés. Il vise à expliquer un certain nombre de freins qui viennent d'être cités. Il sera développé dans la partie propositions des professionnels. *“ Pour moi du fait que j'ai été l'an dernier en formation à Grenoble, j'ai eu beaucoup d'informations sur la dyslexie. Je vois les choses d'un autre œil, le fait que ce bilan là soit fait en grande section, alors qu'avant j'en voyais moins l'utilité.....je ne crois pas être la reproduction de ce que pensent les autres psy. qui n'admettent pas que ce bilan soit fait par un médecin. C'est je pense un défaut de formation des psy car ils voient l'aspect cognitif et pas l'aspect neuro.. qui doit être pris en compte par la médecine »*(psychologue 1).

→ Le caractère aléatoire lié aux conditions de passation des bilans médicaux est mis en avant mais aussitôt corrigé par la confrontation des points de vue sur l'enfant entre les membres de l'équipe pédagogique et le médecin.

“ Parfois on est un peu surpris par le résultat du test quand il est défavorable, justement dans le volet scolaire du bilan. On voit que le gamin a échoué aux tests et que cela ne reflète pas les compétences qu'il a. D'où l'importance que le médecin et l'équipe enseignante confrontent leurs points de vue.

Récemment on me montre les résultats du test en phono où j'avais travaillé avec un enfant, cela m'a surpris car je trouvais qu'il avait fait des progrès dans ce domaine là. Cela n'est qu'un test et est dû aux conditions de passation du test. Quand il y a partage, il y a discussion, c'est bien. Le seul frein est le fait de la passation du test et son côté aléatoire (gamins affectifs etc...) ».(RASED2)

Ou encore pour une maîtresse de grande section :

“ Il peut être le fait du rapport individuel court avec l'enfant (1/2 H.) Les fois où l'on a des avis contraires sur l'enfant, cela peut être dû au temps passé ensemble. On est plus tolérant quand on voit ce qui a été fait par l'enfant depuis plusieurs mois, par exemple pour un enfant autiste...Parfois, les avis sont peut-être trop ciblés, ou trop ponctuels. Et puis il y a des jours où on est moins bien que d'autres”.(institut. 1)

→ Et du côté des médecins : *“ Les freins : Trop de missions sur le dos ! ! Notre charge de travail nous nuit. On a un travail énorme à faire au niveau des V.A., au niveau suivi, et on a du mal à assurer le reste, comme l'éducation à la santé ”* nous dit encore notre collègue médecin.

3.3.2.4. Réactions qualifiées de positives

Si une certaine réticence a parfois été perçue par les médecins, elle n'est plus ressentie actuellement dans les écoles que nous avons étudiées en raison justement du fait que la communication fonctionne bien et que les médecins ont pu faire comprendre l'énorme intérêt de l'outil dont elles disposent. *“ Les réactions sont positives, pour la majorité des enseignants puisque ils y ont trouvé de l'intérêt intellectuellement et dans leur pratique. Puisqu'ils s'appuient sur des constatations dont ils avaient l'intuition. ”* nous dit notre collègue de Scionzier (secteur 2)

Certains professionnels ont réellement compris l'intérêt du bilan dans ce qu'il apporte à la compréhension des difficultés des enfants.

« Le bilan Zorman est insuffisamment exploité...il apporte la connaissance où en est chaque enfant par rapport à l'apprentissage de la lecture. L'enseignant va s'en servir pour démarrer, individualiser en petits groupes.....utile pour que chaque enseignant se mette à avoir une réflexion plus théorique sur l'apprentissage de la lecture. »(IEN 2)

Pour les enseignants de grande section les réactions sont très positives. Elles traduisent justement l'absence de cloisonnement entre les professionnels dont les enjeux sont centrés sur l'enfant, préoccupés par la compréhension des difficultés que ceux-ci peuvent présenter, préoccupés en tant que professionnels de terrain par les prises en charges adaptées de ces difficultés pour lesquelles le partenariat est vécu comme un élément indispensable.

La collaboration et l'échange d'information en sont les moteurs.

“ Le bilan est très important pour nous.....C'est bien parce que d'habitude on est pas au courant de ce qui se fait...C'est assez complet. Les collègues sont de mon avis : c'est bien vécu. ”(institutrice 2)

“ Pas de réactions négatives de toute façon. C'est une façon d'évaluer les compétences des enfants dans le sens de notre métier aussi. ”(institutrice 1)

Pour un maître du RASED (secteur 2) :

“ Je pense important quand le médecin fait passer ces tests, le médecin nous a réuni après pour voir comment était l'enfant, afin que l'image soit moins réductrice pour discuter des cas. Elle nous l'avait présenté avant les passations au sein de l'école. C'était intéressant car c'était la première fois qu'un médecin nous présentait ce test. ”

Pour la psychologue : *“ Je ne le vois pas de façon négative. Cependant, je ne crois pas être la reproduction de ce que pensent les autres psy. qui n'admettent pas que ce bilan soit fait par un médecin...Ce bilan cible un terrain propice ou non concernant les difficultés d'apprentissage de la lecture.. ”*

3.3.2.5. Les avantages ressentis dans la pratique professionnelle

→ Ils se mesurent en terme d'aide envers les enfants en difficulté et sont liés à la place particulière du médecin qui voit tous les enfants d'une tranche d'âge. *“ Mettre à jour des difficultés de fonctionnement qui dans un groupe de grande section peuvent ne pas apparaître à l'enseignant. Le côté systématique est important ”*explique la psychologue scolaire.

Le bilan est apprécié par les professionnels de terrain au sein de l'école de par le regard complémentaire qu'il apporte sur les difficultés de l'enfant : *“ Cet avis médical nous est très utile, il explique le comportement de certains enfants.....Pour la majorité cela conforte notre opinion. C'est bien qu'un autre avis aille dans le même sens, cela peut permettre de développer certaines compétences quand il y a des difficultés dans le repérage des phonèmes ; cela permet de cibler des compétences particulières.”*(institut 2)

“ Cela se passe bien également, car cela passe par nous: le médecin propose et nous faisons le relais. Je trouve que cela passe bien avec les parents car ils sentent que l'on travaille ensemble. Cela devient important, ils se disent qu'il y a quelque chose à faire. Même le lieu est important, le fait que cela se passe dans l'école. Les parents nous voient discuter ensemble, cela les rassure. ” (institut 1)

→ La crédibilité du médecin pour les familles est un avantage car le médecin va proposer des prises en charge qui vont soutenir l'enseignant dans sa démarche.

“ Cela abouti quand même à des consultations chez des spécialistes qui n’auraient pas lieu sur notre demande simple. Ne serait ce que pour l’orthophoniste, le médecin est plus crédible. ”

→ La compétence acquise dans le diagnostic des troubles du langage et de l’écriture est en voie de reconnaissance par les enseignants ; le médecin est celui qui permet d’identifier un trouble qui a été reconnu par l’équipe enseignante, il est celui qui dit « *d’où les problèmes viennent* » Il s’agit là d’une compétence médicale me semble t-il, qui correspond à ce que les médecins appellent un diagnostic. *‘L’autre utilité du bilan pour nous, pour les enfants et pour les familles est de savoir d’où les problèmes viennent.’* (institut 2) Pour le psychologue scolaire de Scionzier le bilan sert à : « *Cibler des difficultés d’enfants, une certaine vigilance de la part des enseignants, du réseau. Cela précise de quel ordre peut être le déficit langagier.* »

→ Pour les médecins les avantages sont perçus sans ambiguïté.

Le BSEDS est identifié comme facteur de changement majeur dans les pratiques professionnelles des médecins de l’éducation nationale, en tant qu’outil propre dans le domaine des troubles des apprentissages, comme conférant au médecin un rôle bien spécifique à la place qu’il occupe au croisement d’un regard médical et du regard du pédagogue.

Laissons la place au discours de nos collègues...et à leur enthousiasme.

« C’est surtout un énorme outil de partenariat que l’on avait pas avant. Qu’est ce qu’on leur donnait avant ?Alors que quand je dis à la maîtresse qu’il a 2 en phono, alors que les copains ont 23, la maîtresse comprend. Elle peut avoir une idée du fruit de ses efforts, où les concentrer, comment les évaluer. Et c’est pareil pour le psychorééducateur. Si on lui parle d’un déficit en visuel, il va faire un travail qu’il n’avait pas fait avant.

C’est une révolution pour moi ce bilan, par rapport à une pratique, une compréhension des difficultés d’apprentissage. C’est un révolution de notre implication dans l’école, par rapport à nos partenaires et enseignants du réseau, par rapport aux parents.

C’est un lien avec l’école ; ce sont les premiers éducateurs.

C’est en fait le travail conjoint de ces deux regards qui est essentiel.

Dans l’ensemble, cela améliore le partenariat et permet de mieux comprendre ce qui est fait dans le suivi ultérieur des difficultés. »(médecin 2)

« Cela me donne un poids car ce travail plus long est chiffré, codifié pour tout le monde pareil, la passation est identique pour tous les enfants ; on essaie d'être objectif...

Personnellement, je suis contente d'aller plus loin dans cette visite ; auparavant, j'étais gênée par les cas des enfants vifs, dégourdis qui échouaient secondairement en primaire. Cela m'interrogeait.....

Je vois l'intérêt du bilan comme une relance d'une visite qui n'est pas que médicale, qui donne au médecin scolaire une identité propre à son métier au sein de l'éducation nationale. »(médecin 1)

3.3.2.6. La place du médecin de l'éducation nationale dans le champ des troubles du langage et de la lecture

➔ Les notions de repérage et de dépistage

Si nous avons voulu explorer auprès des professionnels les notions de dépistage et de repérage, c'est que nous faisons l'hypothèse du cloisonnement mis en évidence précédemment. Les rôles de chacun sont spécifiés au sein de l'institution selon leurs compétences propres.(circulaires relatives aux missions : 31, 32)

Dans le domaine des troubles d'apprentissage du langage oral et du langage écrit et à la lecture d'un certain nombre d'articles de la presse scientifique, il nous est apparu qu'il y avait une confusion des rôles des professionnels, de leur places respectives. Ainsi, l'idée d'explorer les représentations du rôle à jouer par le médecin au niveau d'un dépistage des troubles.....dépistage, repérage qui fait quoi ?, Comment les professionnels s'articulent ils spontanément entre eux ?

Les définitions données par le Larousse :

REPERAGE Action de repérer, de déterminer la place de quelque chose dans un espace.

DEPISTAGE Action de découvrir au terme d'une enquête, d'une recherche. *Dépister une maladie.*

Les définitions données par les professionnels :

Les notions de repérage et de dépistage ne sont pas toujours bien identifiées, parfois confondues. Le repérage est plutôt relevé comme venant des enseignants, le dépistage inclut bien une certaine vision médicale (à travers les mots prévention, santé publique), mais le médecin de l'éducation nationale n'est pas clairement identifié sur le terrain.

Dans l'analyse des entretiens : en général dans la notion de dépistage, il y a un plus par rapport au repérage : « *dépister on essaye d'aller un peu plus loin* » « *le repérage je suppose qu'il y a une notion de remédiation derrière* », « *le dépistage serait plutôt de l'ordre de l'orthophonie* ».

Pour un des médecins : « *Le repérage : il y a des signes d'anomalie par rapport aux autres enfants, le dépistage : rechercher parmi les enfants tout venant des signes.* »

Pour l'IEN, « *La plus grosse différence est dans le volontarisme de la démarche de dépistage ; alors que le repérage est aléatoire il y a une volonté de prévention dans le mot dépistage* ».

➔ La place du médecin de l'éducation nationale

Les professionnels non médecins s'accordent volontiers à parler du rôle du médecin, les discours sont tous sympathiques à leur rencontre et les contacts sont décrits comme chaleureux « *j'ai de bons rapports....., on peut compter sur elles.* »

Il est reconnu comme jouant un rôle bien spécifique à la place qu'il occupe au croisement d'un regard médical et du regard du pédagogue. Il est apprécié par les professionnels de terrain au sein de l'école de part le regard complémentaire qu'il apporte sur les difficultés de l'enfant :

Sa position « stratégique » pour l'IEN 1 est bien relevée comme : « *Il est extérieur à la classe, parfaitement à l'interface du monde médical et du monde scolaire....La place du médecin me paraît singulière, plus au niveau de l'impulsion, de la mise en place d'un système et de la régulation de ce système.* »

Cette place du médecin est perçue par certains dans l'organisation des visites médicales, où comme il a été dit en introduction il est le seul à voir les enfants de la maternelle à la terminale et à suivre l'ensemble d'une cohorte. « *Au niveau du développement cognitif, vous avez l'avantage de cibler une population large, alors qu'en tant que psycho on répond à des signalements réducteurs par rapport à la population.....Mettre à jour des difficultés de fonctionnement qui dans un groupe de grande section peuvent ne pas apparaître à l'enseignant. Le côté systématique est important* » explique la psychologue scolaire.

➔ Les connaissances médicales

Les connaissances médicales dans les troubles d'apprentissage ne sont mises en avant que deux fois, où le médecin est reconnu comme un spécialiste de la dyslexie: « *Diagnostiquer une dyslexie nous permet de mettre en place d'autres façons d'intervenir. Médecin ou*

orthophoniste; le médical, je n'ai pas les compétences de dire si cet enfant est dyslexique ou dysphasique.

C'est vrai qu'avec le docteur A.(médecin 2), qui s'intéresse beaucoup aux troubles du langage, à la dyslexie etc....son avis est très important..... C'est bien d'avoir des spécialistes dans la maison. »(RASED 2)

Pour le médecin , la perception est symétrique :

« On est devenus des interlocuteurs réels auprès des enseignants ; Ils peuvent compter sur nous pour résoudre des problèmes. »

L'IEN du secteur 2 valorise également les connaissances médicales qui sont une compétence propre du médecin, et pas seulement dans des mesures telles que poids, audition, vue, etc..

« Le médecin propose une analyse qu'il déduit de ses connaissances et propose des pistes aux enseignants qui leur permettent d'avancer. Assises sur des réflexions théoriques, débarrassés d'un fatras idéologique. Il s'agit d'une controverse de chapelle, quand à la place du médecin dans le système scolaireMoi je crois beaucoup à la place du médecin scolaire dans ce domaine....Au plus il y a d'éclairages, au mieux c'est : pour un enfant en difficulté, différentes sources d'information augmentent ses chances de s'en sortir. »

Si la place du médecin de l'éducation nationale est plus ou moins identifiée par rapport aux troubles d'apprentissage, plusieurs discours relèvent le manque de personnes compétentes dans ce domaine et l'intérêt des enseignants sur ce sujet *«Le médecin scolaire, je ne connais pas ses connaissances à ce niveau là. L'enseignant peut voir une difficulté mais d'une façon globale et ils n'ont pas les connaissances pour affiner. S'il y a une évolution du médecin dans ce sens, pour qu'elle puisse exister il faut que les enseignants et tout le monde le sache. »(RASED 1)*

3.3.2.7. L'importance des pratiques partenariales

Tous abordent le fait que l'enfant doit être perçu dans sa globalité (en particulier les IEN) et que les regards sont complémentaires. *« Au plus il y a d'éclairages au mieux c'est, pour un enfant en difficulté différentes sources d'information augmentent ses chances de s'en sortir. On peut maintenant avoir des contacts. Morceler l'aide que l'on peut apporter aux enfants sans concertation, serait dommage. »*

L'intérêt de travailler ensemble est noté dans tous les discours : « *C'est le travail conjoint de ces deux regards qui est essentiel* » nous a dit le médecin 2.

Pour les professionnels de terrain, le partenariat existe avec le médecin de l'éducation nationale par l'existence de rencontres au cours de l'année surtout dans le secteur de la REP à Scionzier.

Si le partenariat est établi avec les enseignants de l'école, la communication s'avère avoir été plus aléatoire et plus mal ressentie dans le secteur de l'école de Perrignier avec les psychologues, les RASED, l'IEN. où les rencontres entre professionnels ont été plus restreintes.

Ceci peut être lié au fait que les secteurs des membres des RASED, des psychologues scolaires et des médecins sont plus vastes qu'en REP, « *Le RASED est chez nous inexistant, car on a vu personne pendant des années. Nous n'avons pas d'expérience du réseau. Le partenariat se fait quand les troubles sont plus importants.* » Les professionnels se rencontrent donc peu et la communication n'a pas été suffisamment efficace. « *Nous avons rencontré l'Inspecteur pour dire ce que l'on faisait, quand on a commencé le bilan, les psychologues le savent aussi.* » nous dit le médecin 1.

Il paraît à chacun important de communiquer autour du suivi. L'exemple des commissions d'intégrations est souvent pris, car le partenariat y est régulier et coordonné. « *Le problème essentiel à résoudre est la coordination du dispositif.* »

Les difficultés à communiquer sont dites manque de temps, " pesanteur institutionnelle " !

« *Il y a des gens qui travaillent et participent à l'éducation de l'enfant et on devrait être plus au courant, et ceci pour les enfants qui ont de réelles difficultés. Je ne critique pas les différents intervenants mais je dis simplement qu'on a du mal à communiquer. Chacun intervient dans son domaine. Sans doute le manque de temps, sans doute ne pense t-on pas assez que cela est utile.* »

3.3.2.8. Les réactions des parents

Les discours sont uniformes : il n'a pas été remarqué de réaction particulière des familles.

“ Dans 0.1% des cas ce sont des parents agressifs, en souffrance qui craignent que l'on pointe leurs difficultés de vie en dehors de leur présence. En fait tout s'apaise avec le dialogue. ”

Lorsque le médecin et l'infirmière voient les enfants seuls dans un premier temps, l'institutrice a pu observer quelques remarques :

« Par rapport aux parents, il y a toujours une méfiance au début : Qu'est-ce qu'il y a ? ; Qu'est-ce qui se passe ? Je n'aime pas que mon enfant soit vu alors que je ne suis pas là. Cela a été vécu un peu comme une intrusion par plusieurs parents. ”

Sinon on a pas beaucoup de retour des parents. Dans l'ensemble, les enfants qui avaient un problème, les parents ont fait les démarches très sérieusement et très rapidement. Donc c'est bien suivi. »

3.3.2.9. Les propositions faites au décours des entretiens

- Faire un effort de formation / Formation des enseignants
- Revoir les gamins, suivre une cohorte / Continuer à faire des réunions de restitution autour des résultats du bilan à l'école avec l'enseignant, les réseaux
- Rencontres régulières autour du suivi avec les familles et les enseignants
- Faire un retour au médecin en fin d'année sur la classe : *« On pourrait envisager que nous fassions un retour au médecin en fin d'année : le point sur la vue, sur le comportement. cela peut être bien pour elles de voir que leur travail a abouti à quelque chose. »*
- Lien repérage / dépistage, place de la systématisation du bilan. *« Il faut se donner les moyens. Notre intérêt est de former (formation initiale et continue) les enseignants à repérer les enfants en difficulté scolaire, et à partir de ce repérage, nous les signaler, sauf le sensoriel qui doit rester systématique (rôle de l'infirmière). Du fait que nous n'aurions plus qu'à voir les enfants repérés, cela serait un gain de temps et laisserait par là même de la place au suivi..... serait de revoir tous les enfants pour lesquels le bilan a un profil de difficulté de langage et un profil suspect de dyslexie.....Le mot d'ordre dans mes écoles : Tous les enfants qui n'automatisent pas la lecture au 2° trimestre de CP passent entre les mains du médecin scolaire !!. »(médecin 2)*

3.4. DISCUSSION ET PROPOSITIONS

3.4.1. DISCUSSION

Le fait que cela soit un médecin de l'éducation nationale qui réalise les entretiens explorant justement la place du médecin et comment son action est ressentie a sûrement orienté le discours des personnes.

Il n'a pas été abordé durant ce mémoire la question de la prise en charge des troubles présentés par les enfants ; cette question a seulement été évoquée parmi les interviewés. Ce sujet pourrait faire l'objet d'une autre étude.

L'analyse des questionnaires et des entretiens nous a déjà permis de comptabiliser un certain nombre de remarques face aux pratiques du bilan de six ans des médecins du département de Haute-Savoie et sur les réactions que cela a suscité parmi les partenaires de l'éducation nationale, entre autre sur l'existence ou non d'une dynamique partenariale au sein d'une circonscription. L'enquête par questionnaire propose quelques pistes relatives aux pratiques des médecins et sert de support à l'analyse de l'enquête par entretiens.

Auparavant, il est utile de rappeler que le BSDES a été mis en place progressivement dans le département et au sein des pratiques des médecins de l'éducation nationale en général depuis deux ans.

→ Le recul est en conséquence faible, ce d'autant que ce bilan et surtout les tests qu'il contient s'est d'abord inscrit dans une démarche de recherche, visant à "tester le bilan", visant à permettre d'établir un étalonnage des résultats pour la tranche d'âge des 5/6 ans. Chaque école testée la première année était inscrite dans une vaste enquête transversale, où les écoles avaient été tirées au sort.

Parallèlement les médecins de l'éducation nationale ont reçu pour la plupart une formation concernant les théories des modèles d'apprentissage de la lecture sur l'évaluation du langage et sur le contenu du bilan BSDES : description des tests, intérêt, mode de passation en vue de la standardisation des épreuves.

Les connaissances les plus récentes issues des modèles cognitivistes et issues de la recherche médicale en particulier neurologique ont été objets d'appropriation par le Service de Promotion de la Santé. Il s'agit là pour beaucoup d'une rencontre passionnante permettant enfin d'aborder les difficultés spécifiques des enfants jusqu'alors mal éclairées dans les

milieux médicaux et scolaires et qui pour une grande part des médecins nous interrogeait sans cesse. Pourquoi cet enfant n'arrive t-il pas à lire alors que le reste du bilan montre des fonctions intellectuelles normales ?

→ Pour un certain nombre de partenaires de l'éducation nationale le BSEDS représente un outil en cours de validation, c'est-à-dire non validé, comme cela est noté dans certains entretiens. Cet outil intéresse, mais positionne le médecin de l'éducation nationale dans le champ de l'apprentissage scolaire où le trouble d'apprentissage n'est pas forcément identifié comme d'origine médicale par les enseignants, alors que comme il a été explicité dans la première partie du mémoire, les troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dysphasie, hyperactivité...) sont des troubles d'origine neurologique dont l'identification à travers une étape diagnostique va permettre la mise en place de prises en charge adaptées pour tous ces enfants chez qui les troubles n'étaient pas jusqu'alors reconnus.

Nous devons souligner pour la bonne compréhension de cette discussion que si la prévalence de la dyslexie est estimée à 5 % dans la littérature, les élèves sont loin d'être repérés dans la pratique, faute de personnes compétentes pour le faire tant dans le milieu éducation nationale que médical, hormis dans quelques centres spécialisés dans les villes hospitalo-universitaires où l'on peut adresser les jeunes à des neuro psychologues spécialisés dans les troubles cognitifs.

Les enseignants sont intéressés par des formations théoriques sur les troubles tels que la dyslexie. Lors d'une soirée dans le secteur de Thonon sur la dyslexie, à destination des parents, nous avons noté qu'une majorité d'enseignants étaient présents.

→ Ce paragraphe amène une notion fondamentale à notre sens visant à expliquer le cloisonnement des pratiques professionnelles qui est lié au manque de connaissances et de formation des professionnels.

A ce stade de l'analyse nous pouvons dire qu'il résulte de la mise en place du BSEDS en Haute-Savoie deux éléments :

- un intérêt réel des médecins du département qui y ont trouvé un intérêt intellectuel et un enrichissement dans leur pratique du bilan médical de la sixième année
- une réticence parfois auprès de certains partenaires.

Une année a passé, les tests du bilan les plus performants ont été retenus par l'équipe de cognosciences au vu de l'ensemble des résultats ; Ceux qui sont en l'occurrence les plus intéressants pour l'activité du médecin de l'éducation nationale vont constituer la version 2 du

BSEDS. Les médecins se sont approprié l'outil, en tous cas dans notre département ; il s'en suit une dynamique nouvelle parmi les partenaires habituels, ce qui est "édicte" dans l'esprit même du BSEDS : l'échange avec l'enseignant est une des orientations prioritaires.

C'est ce que nous allons détailler.

Dans quelle mesure les médecins se sont-ils approprié ces nouvelles connaissances ?

Qu'en est-il du partenariat avec les enseignants ?

Les changements des pratiques des médecins de l'éducation nationale

Les deux enquêtes ont permis d'objectiver le changement réel de pratique et le fait que les médecins s'étaient bien approprié l'outil que constitue le BSEDS, dans l'intérêt qu'ils trouvent par rapport à l'enrichissement de leurs pratiques en vue de contribuer à la lutte contre l'échec scolaire.

Cet outil est ressenti à travers les entretiens comme permettant une identité propre, une place spécifique du médecin au sein de l'éducation nationale, à l'interface du médical et du scolaire, comme « un véritable outil de partenariat » avec le monde scolaire et les enseignants, en vue d'apporter une compétence supplémentaire envers les enfants en difficulté d'apprentissage.

Les limites qui se posent aux médecins :

→ Les difficultés ressenties dans l'interprétation du bilan cognitif montrent comment cette spécificité du médecin est encore fragile.

Si l'enquête par questionnaire montre l'intérêt des médecins pour le nouveau bilan à travers le fait qu'ils disent tous avoir modifié leur pratiques, qu'ils ont tous adopté les subtests du bilan cognitif, le désir de formation manifeste et les difficultés dans l'interprétation des bilans doivent nous questionner. Le désir de formation doit être également compris comme un signe d'intérêt.

La première partie du mémoire illustre la somme de connaissances à acquérir dans le champ des troubles d'apprentissage, qui nécessite une formation spécifique des médecins et un travail d'appropriation dans le champ de la pratique professionnelle, notamment pour le bilan cognitif.

En effet, il faut distinguer en pratique :

1°) la passation du bilan pour laquelle la plupart des médecins ont reçu une formation et qui ne pose pas de problème.

2°) l'interprétation du bilan qui implique un niveau supérieur de maîtrise et de connaissances pour laquelle la plupart des médecins n'ont pas été formés.

L'analyse des questionnaires illustre tout à fait ce point particulier, quand plus de la moitié (15/23) des médecins disent ne pas se sentir à l'aise dans l'interprétation du bilan et sont demandeurs de formation complémentaire.

→ Il en résulte :

- Une diversité des pratiques (variabilité relative dans l'utilisation des subtests)
- Une variabilité de l'information faite sur les secteurs aux partenaires (il est d'autant plus difficile d'expliquer et de justifier une position si on ne maîtrise pas le sujet.).
- Une variabilité des remédiations à l'enseignant (remédiation phonologique en particulier)
- Une variabilité de l'échange avec l'enseignant concernant la feuille que remplit l'enseignant avant la visite médicale et qui sert ensuite de support à la discussion.

L'importance de l'analyse de la part faite par le médecin et de la confrontation avec le point de vue de l'enseignant est pourtant soulignée dans tous les entretiens par les professionnels.

-Le bilan cognitif est par ailleurs soumis au caractère ponctuel de la vision de l'enfant, dépendant de sa fatigue, de sa motivation, etc.. Les enseignants à travers les entretiens ont bien traduit ce fait dont nous avons parlé dans la partie visant à expliquer le BSEDS lorsque nous avons parlé de la reproductibilité du bilan à 3 mois, ceci étant particulièrement vrai pour la conscience phonologique .

-Les échanges et le partenariat autour du suivi s'ils apparaissent essentiels sont malgré tout un point faible.

Cette étude réalisée dans un département où la mise en place du BSEDS s'est faite en avance par rapport aux autres académies doit nous questionner de part les limites relevées ci-dessus, en vue de travailler davantage la formation initiale des autres médecins de l'éducation nationale autour de l'interprétation des bilans, autour des troubles d'apprentissage, dyslexie, dysphasie en particulier, de créer dans chaque département des groupes de réflexion autour des pratiques.

Qu'en est-il de la dynamique partenariale au sein d'un secteur, d'une circonscription ?

Le bilan est vécu par les médecins comme " un véritable outil de partenariat " avec le monde scolaire et les enseignants, cependant, à quelle réalité cela correspond-il ?

Du côté des enseignants

A travers les entretiens faits, la communication et l'apport du médecin sont réels apportant un regard approfondi et explicatif sur l'enfant en difficulté, et allant dans le sens de leur opinion. Des discours entendus, le sentiment principal est que médecin et enseignant vont dans le même sens.

Du côté des membres du RASED et des psychologues

Ils travaillent comme le médecin par secteur géographique, et évoluent dans plusieurs écoles où ils peuvent être rattachés. Ces activités de déplacements rendent les rencontres plus difficiles avec le médecin qui est lui aussi soumis à un secteur vaste, alors qu'en REP, les moyens humains sont plus importants et les professionnels plus aptes à se rencontrer.

Dans le secteur 2, nous avons le sentiment que les bilans ont été mieux perçus dans la REP où un travail de communication, de formation des enseignants (puisque l'un des médecins est formatrice à l'IUFM de Bonneville sur les troubles du langage et de la lecture) est mené depuis le début auprès des partenaires : plusieurs rencontres par an, envoi de fiche récapitulative de classe au psychologue.

Des réunions ont été conduites avec l'Inspecteur pour tous les enseignants de grande section, de CP, les membres du RASED visant à expliquer le bilan et son rôle majeur par rapport au dépistage des troubles du langage oral et des prérequis pour la lecture.

La dynamique partenariale est réelle et nouvelle par rapport aux expériences antérieures, elle s'articule au cas par cas autour des difficultés d'un enfant et elle existe également au sein de l'institution à travers des réunions réunissant l'ensemble des enseignants de grande section et de CP, les psychologues scolaires et les gens des RASED, à l'initiative de l'IEN et du médecin de l'éducation nationale.

Dans l'autre secteur, il semble que les professionnels se soient davantage interrogés....

Le sentiment d'être jugé, le questionnement par rapport à l'utilisation du bilan sont autant de révélateurs à notre sens d'inquiétudes relevant d'incertitudes. La qualité des échanges sur le bilan, son utilité, apparaissent toutefois comme des facteurs majeurs de communication et de compréhension du rôle à jouer par le médecin de l'éducation nationale, quitte à répéter plusieurs fois l'information.

Dans cette optique, le médecin du secteur 1 souhaiterait davantage de formation sur la dyslexie et sur l'interprétation du bilan.

Si dans les deux secteurs étudiés, la dynamique partenariale existe au niveau des enseignants de grande section, entre l'enseignant et la psychologue, il est noté du côté des psychologues et de l'inspecteur une certaine réticence à voir le médecin dépister les troubles d'apprentissage scolaire, qui relève d'une logique de discours un peu protectionniste et interroge le cloisonnement institutionnel.

En annexe : « *Si on se sent menacés, c'est que notre place est menacée.* » dit le psychologue. Le protectionnisme relevé ici se justifie par la fragilité du positionnement du psychologue scolaire au sein de l'institution, au croisement du domaine de la psychologie et de la pédagogie. La dimension neurologique et cognitive des troubles d'apprentissage n'est pas encore toujours reconnue, l'approche fonctionnelle et psychologique y fait obstacle.

L'IEN propose une ouverture qui doit conduire au dialogue quand il dit : « *Je pense qu'il y a un intérêt si ces résultats peuvent être traités par des gens compétents et conduisent à un retour aux écoles et à une réflexion sur certaines pratiques* ».

Nous devons avoir comme priorité commune l'élève, les conditions de sa réussite scolaire et son bien être en général.

3.4.2. PROPOSITIONS

L'objectif de ce travail était d'étudier les modifications des pratiques des médecins de l'éducation nationale et la dynamique partenariale qui en résulte, liées à la mise en place du nouveau bilan médical de la sixième année, à l'issue des connaissances récentes des recherches en neurologie et en psychologie cognitive.

Certaines propositions ont été citées au cours des entretiens par les interviewés. (se référer au chapitre correspondant)

A la lecture des résultats de l'enquête, nos propositions seront dirigées au delà du cadre strictement départemental vers les médecins des autres académies. Si certains éléments pouvant constituer des freins dans un département « pilote » ont été identifiés, nous pouvons penser que l'appropriation des connaissances sur les troubles du langage oral et écrit dans les pratiques des médecins de l'éducation nationale en France sera peut être plus difficile.....

Les propositions qui vont suivre se voudraient concrètes afin d'agir au mieux sur l'implication des professionnels au sein d'un partenariat efficace, dans le but de faciliter le repérage, le dépistage, le diagnostic des troubles d'apprentissage chez l'enfant.

1°) Formation des médecins de l'éducation nationale

Elle doit être multiple, à la fois sur les troubles d'apprentissage en général, sur les connaissances théoriques des modèles cognitifs sous-jacents à l'apprentissage de la lecture et sur le bilan de 6 ans, soit le BSEDS. Le BSEDS constitue un outil, il en existe d'autres que les médecins doivent pouvoir éventuellement utiliser car ils reprennent le même genre d'épreuves. C'est la compréhension des mécanismes sous-jacents à telle ou telle épreuve qui est importante dans l'interprétation du bilan. Au delà de ces formations initiales nous proposons des réunions de synthèse des cas difficiles à interpréter (études de cas) afin que les médecins uniformisent leurs pratiques, car nous avons observé une variabilité dans l'utilisation des tests.

Ces formations doivent aboutir à une professionnalisation dans l'analyse des troubles d'apprentissage.

La bonne compréhension doit permettre de mettre en place des aides adaptées au besoin après avis spécialisé (bilan orthophonique, bilan neuro psycho).

2°) Il s'agit ensuite que les médecins informent tous leurs partenaires de l'orientation qu'ils donnent au bilan de la sixième année

- Auprès des IEN, d'autant qu'une évaluation nationale sur le modèle des évaluations en CE2 et en 6° va se mettre en place en 2002, il conviendra d'articuler au mieux les pratiques et les résultats de ces évaluations avec les conclusions de la visite médicale. Ceci se fera au cours de réunions d'information et d'ateliers de travail.

- Auprès des enseignants : il faut développer le partenariat avec les enseignants et les RASED. Ceci nécessite des réunions d'informations sous l'égide des IEN de circonscription et des conseillers pédagogiques. Une première réunion en début d'année pourrait être proposée aux maîtres de grande section, de CP, aux membres des réseaux, aux psychologues scolaires afin d'expliquer le bilan de la sixième année dans le contexte plus général des troubles d'apprentissage. Il convient de développer en particulier l'importance de la conscience phonologique comme facteur prédictif des difficultés d'apprentissage de la lecture.

Ces formations, organisées dans un cadre pluridisciplinaire permettraient aux professionnels de se rencontrer et d'apprendre à se connaître.

3°) Un partenariat actif se doit d'être développé au sein de l'école

Rencontres pluri-disciplinaires, documents écrits de liaison entre les services, mais aussi échanges autour des résultats du bilan, autour des réflexions des enseignants. Il est important que les médecins communiquent les résultats du bilan à l'enseignant, à la famille. Ce retour peut conduire les enseignants vers une réflexion sur les pratiques d'apprentissage de la lecture.

Les cas difficiles pourront être traités sur le modèle des conventions d'intégration qui ont prouvé dans le département de Haute-Savoie une grande cohésion entre les prises en charge, une cohésion autour des avis parfois contraires, car issue du dialogue.

L'ensemble des personnes connaissant l'enfant devrait pouvoir se réunir dans le cadre d'une équipe éducative pour mettre en commun les regards de chacun, avec ses compétences propres. L'objectif de ce travail en partenariat sera d'élaborer un projet de soutien.

Les parents doivent être informés clairement des objectifs de la visite médicale en grande section de maternelle.

4°) Formation des enseignants

Les enseignants sont très demandeurs de formation sur les troubles du langage et sur la dyslexie, ils y trouvent un intérêt intellectuel mais aussi pratique. Les médecins doivent collaborer avec les psychologues et les enseignants spécialisés des RASED à ces formations.

Ces formations seront organisées dans le cadre des IUFM en formation initiale et en formation continue.

5°) Inscription de ces actions dans la durée

De véritables échanges établis dans le long terme doivent présider autour des élèves repérés en difficulté face à la lecture. L'objectif de ce travail en partenariat doit être d'élaborer un projet cohérent de soutien. Le médecin se doit de revoir les enfants en CP ou CE1 qui n'automatisent pas la lecture, ainsi que les enfants déjà repérés en grande section.

Ceci signifie qu'à court terme, une priorisation des tâches sera établie en particulier pour les médecins dont les effectifs ne permettent pas de remplir la totalité des missions.

Ceci interroge le côté systématique ou non du bilan approfondi des troubles du langage oral et écrit en grande section.

6°) Enfin nous proposons de travailler avec le laboratoire Cogni-Science sur la validation de l'outil BSEDS, en particulier la reproductibilité intraobservateur (le test est répété chez les mêmes sujets par le même observateur) et la reproductibilité interobservateur (plusieurs observateurs utilisent les mêmes tests chez les mêmes sujets).

De même la sensibilité et la spécificité des tests par rapport à l'apprentissage de la lecture.

La qualité des échanges autour de l'enfant, l'adhésion des pédagogues au bilan fait par le médecin de l'éducation nationale relèvent bien de l'information et de la formation des professionnels.

Que les médecins puissent expliquer et informer sur les troubles du langage et de la lecture, relève bien des compétences particulières à acquérir dans ce domaine.

CONCLUSION

A l'heure où les politiques nationales ont fait des troubles des apprentissages scolaires, en particulier de la dyslexie, une priorité, les médecins de l'éducation nationale ont la chance à travers les formations et l'outil proposé par l'académie de Grenoble de pouvoir apporter une compétence propre pour la compréhension des difficultés scolaires, ceci dans le but d'aider les enfants vers une réussite sociale et personnelle qui contribue à l'épanouissement de chaque individu.

Le plan d'action inter-ministériel pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage vient d'être rendu public. Il confirme les orientations politiques décrites dans l'introduction et nous conforte dans le choix de l'objet de notre étude professionnelle. Son objectif est bien de *“ Mettre l'enfant porteur d'un trouble spécifique du langage au centre des préoccupations et des engagements de l'enseignant concerné. Ceci passe par le développement d'un travail en équipe des différents professionnels de santé et d'enseignement ”* Il confirme la place du médecin scolaire en identifiant bien les trois niveaux :

**repérage par l'enseignant et RASED*

**dépistage par le médecin scolaire (5/6 ans +)*

**diagnostic par un professionnel de santé spécialisé.*

Selon l'axe A6 , nous citons : *“ faire évoluer le bilan de six ans vers l'exploration des capacités langagières et échanger avec les familles et les réseaux. ”*

L'étude professionnelle réalisée dans ce mémoire inscrit formellement l'intérêt des médecins de secteur du département de la Haute-Savoie, l'intérêt des autres membres de l'éducation nationale à comprendre d'où viennent les difficultés des enfants dans le cadre scolaire, l'intérêt à travailler ensemble.

Dans le champ de la compréhension des troubles du langage, les moyens cognitifs engagés par chaque professionnel sont de haut niveau, comme nous avons tenté de l'expliquer ; Ils requièrent par conséquent toute notre énergie.

A l'image du monde de la recherche en neuropsychologie cognitive qui est pluridisciplinaire, l'identification des troubles du langage oral et écrit et surtout leurs prises en charge se doivent de l'être.

Continuons à œuvrer dans cette voie car elle nous passionne.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANAES, « *Indication de l'orthophonie dans les troubles du langage écrit chez l'enfant* », Novembre 1997
2. BENTOLILA A., « *De l'illétrisme en général, de l'école en particulier* », Plon, Paris, 1996
3. BENTOLILA A., « *Le long couloir de l'illétrisme* », A.N.A.E, n°57, 39-47, juin 2000
4. BILLARD C., « *Retentissement des troubles du langage oral sur le langage écrit* », Médecine et enfance, Vol. 20, n°3, 172-197, mars 2000
5. BOYSSON-BARDIES B., *Comment la parole vient aux enfants*, Odile Jacob, 1996
6. CARVALHO J., MAITROT C., « *Médecins de l'éducation nationale: enjeux et perspectives pour un nouveau métier* », Santé Publique, 1998, 10, n°3, 269-285
7. CHANGEUX J.P., *L'homme neuronal*, Paris, Fayard, 1983
8. CHEVRIE-MULLER C., NARBONNA J., *Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques*, Paris, Masson, 2000
9. COGNI-SCIENCES, laboratoire, e.mail : cogni.sciences@grenoble.iufm.fr
10. COGNI-SCIENCES, laboratoire, *Bilan de santé évaluation du développement pour la scolarité 5 à 6 ans*, documents internes, février 2001
11. CORIDYS, e.mail : <http://www.coridys.asso.fr>
12. DELAHAIE M., BILLARD C., CALVET C. ET AL., « *Un exemple de mesure du lien entre dyslexie développementale et illétrisme* », Revue de Santé Publique, 4, 1998, 369-383
13. DOMEJEAN S., « *Le médecin de l'éducation nationale et la prévention des difficultés d'apprentissage de la lecture : une approche cognitive* », Mémoire, ENSP, Rennes, 1996
14. DOSSIER, « *Apprentissage de la lecture : la nouvelle donne* », La lettre de l'éducation, n°322, novembre 2000, 4-7
15. DOSSIER, « *Méthode syllabique, globale ou mixte ? La fin des certitudes* », Le Monde de l'Education, 1996, 36-37
16. FMC., « *La dyslexie-dysorthographe de l'enfant* », cahier FMC, *Le pédiatre*, n°15, supp. au n°118, mai juin 2000
17. HABIB M., *Dyslexie : le cerveau singulier*, Marseille, Solal, 1999
18. HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE: "Santé des enfants, santé des jeunes", Rapport à la conférence nationale de santé, 1997, *collection. avis. et rapport* 1998
19. LANG J., « *Discours sur la prise en charge des enfants dysphasiques et dyslexiques* », Ministère de l'éducation nationale, 5 juillet 2000

20. LEROUX M.L., « *Vision et apprentissage de la lecture : des troubles de la motricité oculaire peuvent être en cause* », Médecine et enfance, vol. 20, n°7, 395-398
21. LESAIN DELABARRE J.M., *Le guide de l'adaptation et de l'intégration scolaire*, Paris, Nathan 1996
22. LIVET M.O., « *Les troubles du langage* », Médecine et enfance, Vol. 20, n°3,165-166, mars 2000
23. MAJOLET BRO B., GUERIN C., « *Typologie des dyslexies développementales : recherche de facteurs prédictifs des troubles à partir de l'analyse d'une épreuve d'écriture sous dictée en fin de CP* », Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Paris VI, 1998-1999
24. MARQUIS I., « *Pour une prévention de l'échec scolaire liée aux troubles des apprentissages* », Mémoire, ENSP, 2000
25. MESSERSCHMITT P., « *l'illétrisme, entre victimologie sociale et responsabilité culturelle* », A.N.A.E, n°57, 39-47, juin 2000
26. MESSERSCHMITT P., FLOHIC C., « *Dépistage et diagnostic de la dyslexie* », Médecine et enfance, vol.3, 415-420, septembre 1994
27. MESSERSCHMITT P., *Les troubles du développement du langage. la dyslexie* - Paris, Flohic, 1994
28. MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, « *Etude spécifique relative aux élèves en difficulté de lecture à l'entrée en 6°* », Direction de la programmation et, décembre 1999 du développement
29. MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, « *Le nouveau contrat pour l'école* », *Bulletin Officiel*, n° 25, 23 juin 1994
30. MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, circulaire n° 91-148 du 24 juin 1991 : *Missions et fonctionnement du Service de Promotion de la Santé en faveur des Elèves*. Bulletin officiel du 4 juillet 1991
31. MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, circulaire n°2001-012 du 12 janvier 2001, « *Orientation générales pour la politique de santé en faveur des élèves* », Bulletin Officiel n°1, 25 janvier 2001
32. MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, circulaire n°90-083 du 10 avril 1990 : *Missions des psychologues scolaires*, Bulletin Officiel du 19 avril 1990
33. MONDE (le), e mail: www.lemonde.fr
34. MORAIS J., *L'art de lire*, Odile Jacob, 1999
35. NATIONAL READING PANEL, e.mail : nichd.nih.gov/publications/nrp/report/htm

36. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA LECTURE, « *Apprendre à lire* », C.N.D.P., Odile Jacob, 1998
37. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA LECTURE, « *Maîtriser la lecture* », C. N. D. P., Odile Jacob, 2000
38. QUERLEU D., WOZNIAK A., « *Le bilan de santé de la 6^e année* », A.N.A.E, n°57, 39-47, juin 2000
39. RINGARD J.C., « *A propos de l'enfant « dysphasique », l'enfant « dyslexique »* Rapport Ministère de l'éducation nationale, 5 juillet 2000
40. VAIVRE-DOURET L., TURSZ A., "*Les troubles d'apprentissage chez l'enfant. Un problème de santé publique?*", A.D.S.P., n°26, mars 1999, 3-66
41. VAN HOUT A., ETIENNE F., *Les dyslexies*, Masson, 1994
42. WEINBERG A., « *Un tremplin pour la pensée* », Dossier les logiques de l'écriture, Sciences Humaines, n°109, octobre 2000, 22-29
43. ZORMAN M. , JACQUIER-ROUX M., « *Evaluation de la conscience phonologique et entraînement des capacités phonologiques en grande section de maternelle* », Rééducation Orthophonique, n°197, 139-157

ANNEXES

GUIDE D ENTRETIEN

Dans le cadre d'une étude sur la modification des pratiques professionnelles liée à la mise en place du nouveau bilan médical de la sixième année en classe de grande section de maternelle, une enquête par entretiens semi-directifs sera réalisée auprès de différents professionnels concernés par les enfants en difficulté d'apprentissage au sein de l'école.

Les objectifs sont d'évaluer :

- a) Les représentations du rôle à jouer par chaque professionnel dans le champ des troubles des apprentissages.
- b) Les modifications des pratiques professionnelles entraînées par la réalisation du nouveau bilan médical.
- c) L'évolution des pratiques partenariales

Cette enquête sera réalisée dans le département de Haute Savoie sur deux écoles correspondant à des secteurs géographiques différents

Le choix sera fait de deux médecins ayant utilisé le BSEDS depuis deux ans, ce qui implique un recul dans leur pratique ; Ces deux médecins sont également très motivées par les nouvelles connaissances qui ont été apportées par le BSEDS dans leur pratique professionnelle .

Les deux secteurs sont contrastés, l'un en ZEP, l'autre en zone semi-rurale.

L'un des médecins a été largement formée à la passation du bilan ; l'autre a été moins impliquée dans les groupes de réflexions qui se sont tenus depuis deux ans dans l'Académie de Grenoble.

Enfin le choix des secteurs est motivé par des raisons de proximité géographique.

Les entretiens seront réalisés auprès :

- **du médecin de l'éducation nationale**
- **de l'instituteur de la classe de grande section de maternelle,**
- **de l'instituteur spécialisé du réseau d'aide aux enfants en difficulté (RASED),**
- **du psychologue scolaire,**
- **de l'Inspecteur de l'éducation nationale (IEN)**

Soit 10 entretiens....

PRESENTATION :

Bonjour, je suis médecin de l'éducation nationale actuellement stagiaire à l'école NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE (ENSP), à Rennes, ayant été reçue au concours l'an passé. Pour mon travail de mémoire, j'ai choisi comme thème le bilan médical obligatoire de la sixième année, et dans ce cadre, je cherche à mieux connaître le point de vue des différents partenaires concernés par la prise en charge des enfants au sein de l'école.

J'ai choisi d'interroger deux secteurs géographiques de deux médecins de l'éducation nationale différents ; C'est pourquoi il m'a semblé important de vous rencontrer.

Cet entretien sera rapporté de façon anonyme.

Consigne initiale:

Dans votre expérience professionnelle, pouvez vous me raconter comment ce bilan est organisé ici, concrètement.

(Reformulation possible : Qu'est ce qui est fait ? Qui fait quoi ? Dans quelles conditions ?

Thèmes à explorer:

◆ CONNAISSANCE DU NOUVEAU BILAN:

Pour les men:

Ce qui est fait dans le bilan /ce qu'ils faisaient /Y a t'il eu changement ?

Les avantages = ce que cela leur a apporté, intérêt

Les limites= les freins, les facteurs de blocage identifiés

La faisabilité pour l'enfant, l'enseignant.

Pour les enseignants, RASED , psycho et IEN:

Quelles questions? Réactions au début, maintenant, utilité par rapport à avant. Quels avantages dans leur pratique ?

L'acceptabilité pour l'enfant , pour la famille .

◆ LES TROUBLES DU LANGAGE ET DE LA LECTURE .

Comment et par qui sont ils identifiés ,

Quelle analyse en est faite ?

Quelles sont leurs notions de repérage , dépistage , diagnostic ?

Identifier les freins à la mise en place d'un dépistage systématique des retards par le men

◆ EXPLORER LES PRATIQUES PARTENARIALES AUTOUR DU DEPISTAGE REALISE PAR LE MEN



Pour l'équipe médicale :

Que se passe t'il dans la relation men / école ?

Y a t' il eu échange ? Y a t'il eu changement ?

Quelles sont les difficultés qui ont été rencontrées , avec l'instituteur, avec les membres du RASED, avec les psychologues scolaires, avec l'IEN ?

Quels sont les échanges, les points positifs ?

Pour l'enseignant , RASED , psycho , IEN .

Y a t'il eu échange et utilité pour lui?

La quantité et la qualité des échanges avec le men sur la prise en charge de l'élève ont t' elles augmenté ?

Comment envisager le partenariat autour du suivi?

◆ QUELLES SONT LES REACTIONS DES PARENTS?

Pendant les visites médicales , après ?

Merci de m'avoir accordé du temps.

Si vous le souhaitez, je vous informerai des résultats de cette étude, d'ici la fin de l'année.

Bonjour,

Je suis actuellement stagiaire à l'ENSP, École Nationale de Santé Publique à Rennes, ayant été reçue au concours l'an passé .Pour mon travail de mémoire, j'ai choisi de traiter les troubles des apprentissages par le biais d'une évaluation du bilan BSEDS de la 6° année (autrement dit le « bilan Zorman ») ceci dans le département de la Haute Savoie en accord avec C. Guigné et M.Zorman.

Je vous serais reconnaissante de me donner votre avis en remplissant ce questionnaire.

Les résultats vous seront bien volontiers communiqués à la fin de l'année.

I Avez vous reçu une formation pour le bilan BSEDS ?

OUI

NON

II a) Dans le bilan cognitif, avec quelle fréquence utilisez-vous les subtests suivants ?

1 : toujours

2 : > 50 % des cas

3 : < 50 % des cas

4 : jamais

	1	2	3	4
Bilan visuel				
1 – Epreuve des cloches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Reconnaissance des lettres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan auditif				
3 – Discrimination phonologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan oral				
4 - Rimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Comptage syllabique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Segmentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Logatomes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Vocabulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – Compréhension orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II b) Si vous avez répondu 3 ou 4 c'est parce que :

Vous n'avez pas le temps

L'enfant est trop en difficulté

L'enfant est très performant

Vous n'y voyez pas d'intérêt

Autre :

II c) Si l'enfant présente des difficultés importantes, approfondissez vous votre bilan ?

OUI NON

III a) La feuille enseignante est elle distribuée ?

Avant les VA

Pendant les VA

Après les VA

Je ne la distribue pas.

III b) Si vous ne la distribuez pas : pour quelles raisons ?

Vous n'y voyez pas d'intérêt

L'enseignant est réticent

Vous n'avez pas le temps de le faire

Autre :

V Vous sentez-vous plutôt à l'aise dans l'interprétation du bilan ?

OUI NON

VI Concernant la passation du bilan :

VI a) Vous paraît elle en général bien supportée par l'enfant ? OUI NON

VI b) Bien acceptée par les parents ? OUI NON

VII Si vous posez l'indication d'une remédiation phonologique, proposez vous la mallette d'entraînement phonologique ?

1 : toujours 2 : souvent 3 : rarement 4 : jamais

1 2 3 4

VIII Pensez vous que cette approche du bilan de six ans a sensiblement modifié votre pratique professionnelle ? OUI NON

IX Souhaiteriez vous avoir une formation complémentaire sur cette question ? OUI NON

Merci de votre participation