

Académie d'Orléans –Tours  
Université François-Rabelais

## FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2010

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

**LOISEAU FABIEN**

*Né le 15/08/1979 à Paris XIII*

*Et*

**BABARY ERIC**

*Né le 02/03/1979 à Chambray-les-Tours*

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 26 Novembre 2010

**Mise en évidence des causes médico-psycho-sociales de l'échec scolaire dans l'enseignement primaire en milieu rural et place des médecins généralistes dans son dépistage et sa prise en charge.**

*Jury*

Président de Jury : Monsieur le Professeur A.CHANTEPIE, pédiatre  
Membres du jury : Monsieur le Professeur A.AUTRET, neurologue  
Monsieur le Professeur V.CAMUS, psychiatre  
Monsieur le Docteur J.L.PLOYET, pédiatre  
Monsieur le Docteur E.HERVIEUX, médecin généraliste

# SERMENT D'HIPPOCRATE

**En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de  
l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.**

**Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon  
travail.**

**Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne  
servira pas  
à corrompre mes mœurs ni à favoriser le crime.**

**Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.**

**Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.**

A notre Président de Thèse

**Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE**

Nous vous remercions d'avoir accepté la présidence de notre thèse.  
Vos connaissances et votre expérience sont pour nous source  
d'estime et d'enseignement.  
Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

A notre Directeur de Thèse

**Monsieur le Docteur Emmanuel HERVIEUX**

Nous vous remercions de votre accueil et de votre disponibilité  
au sein de votre cabinet médical de Outarville dans le Loiret  
Que ce travail soit l'occasion de vous témoigner notre gratitude  
et notre respect.

Aux membres du jury

**Monsieur le Professeur A.AUTRET**

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites  
en acceptant de juger notre travail.  
Veuillez trouver l'expression de nos sincères remerciements.

**Monsieur le Professeur V.CAMUS**

Vous nous avez fait l'honneur de participer au jugement de ce travail.  
Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à notre ouvrage et  
nous vous exprimons notre plus grand respect.

**Monsieur le Docteur J.L.PLOYET**

Nous vous sommes reconnaissants d'accepter de juger ce travail.  
Nous vous remercions de l'apport de vos connaissances durant notre formation et de  
vos précieux conseils dans notre future pratique de la médecine.  
Soyez assuré de notre très sincère amitié.

A tous les professeurs des Ecoles et à tous les médecins généralistes  
qui ont bien voulu participer à notre thèse,  
et sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.  
Qu'ils soient assurés de nos sincères remerciements!

A nos épouses,  
à nos parents,  
à nos amis,  
et à tous ceux qui ont participé à la relecture et à la correction de notre ouvrage,  
en les remerciant de leur soutien et en leur témoignant notre profonde affection.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

**DOYEN**

Professeur Dominique PERROTIN

**VICE-DOYEN**

Professeur Dantel ALISON

**ASSESEURS**

Professeur Christian ANDRES, Recherche  
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens  
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue  
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogue  
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

**SECRETAIRE GENERAL**

Monseigneur Patrick HOARAU

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Professeur Georges DESBUQUOIS - 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Guy GINIES  
Professeur Jacques LANSAC  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur L. POURCELOT  
Professeur J.C. ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI  
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI  
J.P. FAUCHIER - J.M. GRECO - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD  
J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J. LAUGIER G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET  
Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN - J. MOLINE – Cl. MORAINÉ H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT  
Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD - Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE  
J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE - J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	AUTRET Alain	Neurologie
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BESNARD Jean-Claude	Biophysique et Médecine nucléaire
	BESNIER Jean-Marc	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	CHOUTET Patrick	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loic	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gerard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie

LESCANNE Emmanuel	O.R.L.
LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
MAILLOT François	Médecine Interne
MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
NIVET Hubert	Néphrologie
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
ROBERT Michel	Chirurgie Infantile
ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
SALAME Ephrem	Gastroentérologie ; hépatologie
SALIBA Etie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
WATIER Hervé	Immunologie.

#### PROFESSEURS ASSOCIES

M.	HUAS Dominique	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
MM.	POTIER Alain	Médecine Générale
	TEIXEIRA Mauro	Immunologie

#### PROFESSEUR détaché auprès de l'Ambassade de France à Washington pour exercer les fonctions de Conseiller pour les affaires sociales

M.	DRUCKER Jacques	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention
----	-----------------	--

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
Mlle	BLECHET Claire	Anatomie et Cytologie pathologiques
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
Mmes	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
	BRECHOT Marie-Claude	Biochimie et Biologie moléculaire
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DUONG Thanh Hai	Parasitologie et Mycologie
Mmes	EDER Veronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAudeau Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie , transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière

Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mme	MICHEL-ADDE Christine	Pédiatrie
MM	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
Mme	VALAT Chantal	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

#### MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
Mme	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

MM.	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	ROBERT Jean	Médecine Générale

#### PROFESSEUR CERTIFIE

M	DIABANGOUAYA Célestin	Anglais
---	-----------------------	---------

#### CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

#### CHARGES D'ENSEIGNEMENT

##### *Pour l'École d'Orthoptie*

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB	Praticien Hospitalier

##### *Pour l'Éthique Médicale*

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
M.	MALLET Donatien	Praticien Hospitalier.

## RESUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS

Le dernier rapport du Haut Conseil de l'Education sur l'école primaire en 2007 montre que la réussite de tous les enfants repose sur la solidité de leurs premiers acquis dès le début de l'école. Ainsi, dans notre travail de thèse, nous nous sommes intéressés à l'échec scolaire et son dépistage au cours de l'enseignement primaire et avons cherché à savoir si les médecins généralistes avaient une place dans le système de lutte actuel et, si oui, essayé de définir ou redéfinir à quels niveaux ils pourraient participer à la prévention de l'échec scolaire.

Dans un premier temps nous avons étudié l'échec scolaire en France, ses principales causes recensées, ses moyens de lutte actuels et ses limites. Puis dans une première enquête, à travers l'analyse des difficultés scolaires d'élèves en primaire sur une année au sein des écoles de la communauté de communes rurales de la plaine nord Loiret, nous avons réalisé la photographie des causes d'échec scolaire identifiées ainsi que des mesures entreprises. Enfin, dans une seconde enquête, nous avons recueilli auprès de médecins généralistes exerçant sur la même zone géographique, leurs pratiques médicales dans le cadre de la prévention de l'échec scolaire.

Des résultats de nos deux enquêtes il apparaît évident et justifié de replacer le médecin généraliste au centre du système de lutte contre l'échec scolaire en primaire d'autant plus que la médecine scolaire est en voie de disparition. Pour ce faire l'action du médecin généraliste doit être précoce si possible avant l'entrée en primaire et idéalement au cours d'un examen dédié, reconnu et codifié.

**Mots-clés:** Echec scolaire, enseignement primaire, milieu rural, médecine générale, dépistage, prévention.

## RESUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS

The latest report of the Haut Conseil de l'Education about primary schooling in 2007 reveals that the success of all children depends on the soundness of their first achievements from the very beginning of school. For our thesis we therefore chose to examine failure at school and its detection during primary education, to find out if general practitioners had a role to play in the current monitoring system and if so, to determine or re-determine at what level they could participate in preventing failure at school.

In the first part of our thesis we examine failure at school in France, its main identified causes and current monitoring, means and limits. In the following first inquiry which consisted in analysing the learning problems of primary school children over one year in the association of rural communities of the northern plain of Loiret, we list the identified causes for failure at school as well as the measures taken. In the second inquiry we ask general practitioners working in the same geographical area about their medical practice and experience concerning the fight against failure at school.

Considering the results of our two inquiries, it seems evident and justified to reassign a central role to general practitioners in the fight against failure at primary school. This is even more important today, as school medicine is slowly disappearing. In order to fight failure effectively, the general practitioner has to act very early on, possibly before the child begins primary school and ideally by means of a special, recognised and codified examination.

**Key-words:** school failure, primary education, rural environment, family practice, detection, prevention

### **TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS**

Determination of the medico-psycho-social causes of failure at primary school in rural environments and the role of the general practitioner in their detection and prevention

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**AFPA** : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

**ALD** : Affection de Longue Durée

**AV** : Acuité Visuelle

**AVS** : Assistant de Vie Scolaire

**CAF** : Caisse d'Allocation Familiale

**CAMSP** : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

**CE1** : Cours Élémentaire de première année

**CE2** : Cours Élémentaire de deuxième année

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CLIN** : Classe d'Intégration pour les Non francophones

**CLIS** : Classe d'Intégration Scolaire

**CM1** : Cours Moyen de première année

**CM2** : Cours Moyen de deuxième année

**CMP** : Centre Médico-Psychologique

**CMPP** : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

**CMU** : Couverture Médicale Universelle

**CP** : Cours Préparatoire

**dB** : décibel

**DI** : Déficience Intellectuelle

**DSM.IV** : Diagnostic and Statistical Manual - Révision 4

**ERTLA6** : Epreuves de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages utilisables lors du bilan médical de l'enfant de 6 ans

**ERTL4** : Epreuves de Repérage des Troubles du Langage utilisables lors du bilan médicale de l'enfant de 4 ans

**ES** : Echech Scolaire

**ESPT** : Etat de Stress Post Traumatique

**FII** : Fiche individuelle informative

**HCE** : Haut Conseil de l'Education

**IME** : Institut Médico-Educatif

**IP** : Intellectuellement Précoce

**IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique

**IUFM** : Institut Universitaire de Formation des Maîtres

**MDPH** : Maison Départementale Des Personnes Handicapées

**MMS** : Le Mini-Mental State Examination

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ORL** : Oto-rhino-laryngologie

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**PPRE** : Programme Personnalisé de Réussite Educative

**QI** : Quotient Intellectuel

**RASED** : Réseau d'Aide Spécialisé aux Elèves en Difficulté

**SEGPA** : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

**TDAH** : Troubles Déficitaires de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

**TED** : Trouble Envahissant du Développement

**TOC** : Trouble Obsessionnel Compulsif

**TOP** : Trouble Oppositionnel avec Provocation

**TSA** : Troubles Spécifiques de l'Apprentissage

**UDAF** : Union Départementale des Associations Familiales

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>18</b>
<b>I) Etat des lieux de l'échec scolaire (ES) en France</b> .....	<b>20</b>
<b>A) Définition</b> .....	<b>20</b>
<b>B) Causes de l'ES recensées en France</b> .....	<b>21</b>
1) Les déficits neurosensoriels .....	21
a) La déficience auditive.....	22
b) La déficience visuelle .....	24
c) La déficience motrice globale ou fine .....	26
2) Les troubles spécifiques de l'apprentissage (TSA).....	27
a) Les troubles spécifiques du développement du langage oral.....	27
b) Les troubles spécifiques du langage écrit ou dyslexies.....	28
c) Les troubles spécifiques d'apprentissage du calcul ou dyscalculie .....	29
d) Les troubles de la coordination motrice ou dyspraxies.....	29
3) Les troubles neuro-psychologiques .....	30
a) Les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité .....	30
b) L'enfant intellectuellement précoce (IP) .....	31
c) Les troubles anxieux .....	32
d) Le surmenage scolaire.....	35
e) Les dépressions .....	35
f) Les troubles du comportement.....	37
g) L'enfant victime .....	39
h) L'autisme.....	39
i) La schizophrénie .....	41
j) Les déficiences intellectuelles (DI) .....	42
k) Les épilepsies .....	43
<b>C) Le système actuel français de lutte contre l'ES à l'école primaire</b> .....	<b>44</b>
1) Le rôle de la famille .....	44
2) Le rôle central de l'école.....	45

3) Les intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux .....	47
a) Le médecin scolaire .....	47
b) Le pédiatre .....	48
c) Le neuropédiatre .....	48
d) Le pédopsychiatre.....	48
e) Le médecin généraliste .....	49
f) L'infirmière scolaire .....	49
g) L'orthophoniste.....	49
h) Les Psychologues .....	50
i) L'assistant social ou assistant de service social.....	51
4) Les structures spécialisées .....	52
a) Les Centres Médico-Psychologiques (CMP).....	52
b) Les Centre Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) .....	52
c) La Classe d'Intégration Scolaire (CLIS) .....	53
d) La Classe d'Intégration pour les Non-francophones (CLIN).....	54
e) Les Instituts Médico-Educatifs (IME).....	54
f) La Protection Maternelle et Infantile (PMI) .....	54
g) Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP).....	55
h) La Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA).....	55
i) Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) ..	56
5) Les outils à disposition des médecins .....	56
a) Le carnet de santé de l'enfant.....	56
b) ERTL4 et ERTLA 6 .....	58
c) Les outils de base pour le dépistage des troubles visuels .....	62
d) Les outils de base pour le dépistage des troubles auditif de l'enfant ....	63
<b>D) Les limites du système français de dépistage de l'ES à l'école primaire ..</b>	<b>64</b>
1) Les parents et l'environnement familial .....	64
2) La Formation du corps professoral .....	64
3) Le PPRE et le RASED .....	65
4) La médecine scolaire.....	65

5) Les pédiatres .....	66
6) Les neuropédiatres .....	66
7) Les pédopsychiatres.....	66
8) Les médecins généralistes .....	67
9) Les orthophonistes .....	67
10) Les psychologues.....	67
<b>II) Enquêtes .....</b>	<b>68</b>
<b>A) Justificatif .....</b>	<b>68</b>
<b>B) Enquête N°1.....</b>	<b>69</b>
1) Matériel et méthode.....	69
2) Les fiches individuelles.....	70
a) La fiche individuelle vierge .....	70
b) Les fiches individuelles remplies.....	70
3) Les résultats .....	71
<b>C) Enquête N°2.....</b>	<b>73</b>
1) Matériel et méthode.....	73
2) Les interviews.....	73
a) Le questionnaire médecin .....	73
b) Les interviews réalisées .....	74
3) Les résultats .....	74
<b>III) Discussion.....</b>	<b>78</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>88</b>
<b>ANNEXE N°1.....</b>	<b>90</b>
<b>ANNEXE N°2.....</b>	<b>92</b>
<b>ANNEXE N°3 .....</b>	<b>117</b>
<b>ANNEXE N°4.....</b>	<b>119</b>

## **INTRODUCTION**

L'échec scolaire (ES) peut être désigné comme le phénomène des élèves quittant les systèmes scolaires modernes sans qualification ou diplôme et plus largement les difficultés d'apprentissage. On ne peut réellement parler d'échec scolaire que lorsque les difficultés se cumulent et sont figées.

En fait la notion d'échec scolaire est complexe car elle est au croisement de plusieurs disciplines (sociologie, psychologie, pédagogie, disciplines médicales...) et pôles d'intérêt (politique, économique, etc.)

Aussi, en quelques chiffres, 150 000 élèves (soit un jeune sur 5) sortent chaque année de l'école sans diplôme ou qualification. Une situation qui ne semble pas s'améliorer depuis 10 ans.

On comprend donc aisément que l'ES soit devenu un phénomène de société de plus en plus fréquent; certains l'envisagent même comme un symptôme sociétal à part entière. Ainsi chaque acteur concerné par ce phénomène, touché par ce symptôme, essaie dans son domaine de compétence de trouver des moyens de lutte.

En fait, tout porte à penser que l'amélioration, voire la guérison (utopique peut-être) de cette « maladie » ES, passera par le dépistage précoce de ces symptômes.

En effet, le dernier rapport du Haut Conseil de l'Education sur l'école primaire en 2007 montre que la réussite de tous les enfants repose sur la solidité de leurs premiers acquis et que vaincre la difficulté scolaire est plus qu'une urgence, les apprentissages fondamentaux constituant une priorité dès le début de l'école.

Ainsi, dans notre travail de thèse, nous nous sommes intéressés à l'ES à l'école primaire et avons cherché à savoir si les médecins généralistes ont une place dans le système de lutte actuel ; et si oui nous avons essayé de définir ou redéfinir à quels niveaux ils pourraient participer à la prévention de l'ES.

Leur formation de médecins de famille, leur rôle de coordination au sein du système de santé français, d' une part, et d'autre part la multiplicité des causes de l'ES et la pénurie croissante des médecins scolaires (parfois un médecin pour 16000 élèves dans certains départements !), leur confèrent une réelle légitimité quant à leur place au sein des dispositifs de lutte.

Il s'agit dans un premier temps de faire le point sur l'ES en France, ses principales causes recensées, ses moyens de luttés actuels et ses limites.

Nous nous attacherons ensuite à faire, dans une première enquête, l'analyse des difficultés scolaires d'élèves en primaire, sur une année, au sein des écoles de la communauté de commune de la plaine nord Loiret,( département déficitaire en médecin scolaires),par la photographie des causes d'ES identifiées ainsi que des mesures entreprises.

Puis, dans une seconde enquête, nous analyserons auprès de médecins généralistes exerçant sur la zone géographique Plaine nord Loiret, les pratiques médicales dans le cadre de la prévention de l'échec scolaire.

Enfin, de ce constat, nous essaierons de mettre en évidence le ou les rôles que pourraient et que devraient avoir les médecins généralistes dans la prévention et le dépistage précoce d'un grand nombre de causes de l'ES.

# **I) Etat des lieux de l'échec scolaire en France**

## **A) Définition**

L'ES peut changer de métrique et de définition selon le point de vue où l'on se place.

Par exemple on peut dire que :

D'un point de vue économique, un élève en ES est potentiellement une personne qui ne pourra pas, ou difficilement, assurer son avenir, ni celui de ses proches, ni assurer des revenus financiers à l'Etat et donc à la société.

Socialement, un élève en ES est potentiellement une personne qui n'aura pas les clefs pour évoluer d'un milieu social à un autre, d'une culture à une autre ; on peut donc parler d'ascenseur social, ainsi l'ES, d'un point de vue sociologique, pourrait se mesurer par le ratio nombre d'élèves ayant changé de classe sociale / nombre total d'élèves.

D'un point de vue politique, l'échec scolaire est avant tout l'échec d'un projet de société et donc peut-être d'un programme politique... La sélection indépendante du sexe, de la religion, de l'origine, de l'orientation politique, de la sexualité, du milieu social, du lieu de résidence, etc., est l'objectif ultime de tout Etat. Ainsi l'ES, d'un point de vue politique, se mesurerait donc en termes de niveau de culture minimale des citoyens, par le ratio niveau de chômage / budget de l'éducation.

D'un point de vue personnel et familial, l'ES est avant tout un échec personnel. Il peut causer des difficultés de construction de soi et de réalisation personnelle. D'une part, il est un échec ponctuel, difficile à vivre en tant que tel, mais il se prolonge, car il augure un travail peu valorisant, des revenus faibles, une place sociale qui peut être déconsidérée, etc. C'est d'autre part une source de stress et d'angoisse au sein de la famille.

Aussi d'un point de vue pédagogique c'est peut-être également un échec très précoce. Si on s'en réfère au dernier bilan du Haut Conseil de l'Education ( HCE ,

2007), le niveau d'entrée en CP pèse très fortement sur les chances d'un cursus scolaire régulier ; les élèves qui sont en difficulté dès leur entrée au CP le sont toujours, dans leur quasi-totalité, par la suite. L'école élémentaire ne permet pas en général, de réduire les difficultés.

Enfin l'ES, ce sont aussi des chiffres qui ne semblent pas s'améliorer depuis une dizaine d'année (rapport 2004 HCE sur le traitement de la grande difficulté scolaire au Collège et en fin de scolarité obligatoire) avec 20 % ou 150 000 élèves qui sortent chaque année de l'école obligatoire sans diplôme ni qualification. Aussi pour 2007 selon le dernier rapport du HCE, si l'on porte notre attention sur les apprentissages fondamentaux et leurs approfondissements, c'est-à-dire sur l'école primaire, à la sortie du CM2, ce sont 25% des élèves qui ont des acquis fragiles et 15 % qui connaissent des difficultés sévères ou très sévères. Pour ces derniers, ces lacunes rendent impossibles aussi bien un réel parcours scolaire de collège qu'une formation qualifiante.

Pour autant, une proportion aussi élevée d'élèves en difficulté ou en très grande difficulté n'est pas une fatalité ; ce que montrent les enquêtes internationales avec certains pays comme la Suède et les Pays-Bas qui parviennent à la faire baisser à moins de 5 % à la fin du primaire.

Cependant, avant de s'attacher à analyser les moyens actuels de lutte contre l'ES en France, essayons tout d'abord d'en dresser les causes.

## ***B) Causes de l'ES recensées en France***

### **1) Les déficits neurosensoriels**

Ils entravent à eux seuls l'arrivée des messages d'apprentissage et engendrent donc de l'échec scolaire. On recense principalement des déficits auditifs, visuels et moteurs.

## a) La déficience auditive

→ Définition :

C'est le déficit sensoriel le plus fréquent à la naissance. C'est un problème de santé publique en raison des chiffres élevés de prévalence (6% des enfants scolarisés ont une hypoacousie) et de la répercussion sur le développement de la communication, sur la scolarité et l'insertion sociale ultérieure de l'enfant.

Plus de 80% des surdités de l'enfant existent dès la naissance, mais ne peuvent être identifiées que par un dépistage à l'aide des méthodes objectives. Un enfant sur mille naît sourd profond, ce qui représente environ 25% des surdités présentes à la naissance. À 3 ans, la prévalence des surdités sévères et profondes est de 3/1000.

Par ailleurs, 12 à 18 % des enfants présenteront une otite séreuse durable dans les cinq premières années de la vie, altérant leur audition de façon plus ou moins prolongée.

La prévalence des atteintes auditives neurosensorielles permanentes est d'environ 1 à 4 cas sur 1000 naissances, ce qui est tout de même assez important pour une maladie néonatale.

Comme l'audition est un processus complexe, on peut définir dans un premier temps le degré de perte auditive. Ce dernier se calcule sur les quatre fréquences conversationnelles : 500, 1 000, 2 000 et 4 000 Hertz (Hz) de la meilleure oreille. On distingue ainsi une perte auditive :

**légère** (perte auditive de 21 à 40 décibels (dB)), certains éléments phonétiques échappent à l'enfant et la voix faible n'est pas correctement perçue. Les enfants atteints de déficience auditive légère peuvent rencontrer des difficultés dans leur développement cognitif et l'accomplissement de leur scolarité,

**moyenne** (perte de 41 à 70 dB) où la parole n'est perçue que si la voix est forte. L'enfant présente des troubles du langage et de l'articulation importants : c'est la

compréhension lacunaire. Entre 55 et 70 dB de perte, les enfants perçoivent la voix normale sans en comprendre le sens,

**sévère** (perte de 71 à 90 dB) où rien n'est perçu sauf à forte intensité ; 80 dB représente le volume sonore d'une rue bruyante. Certains enfants entendent la voix à forte intensité mais n'en comprennent pas le sens. Il n'y a pas d'élaboration de langage intelligible spontanément,

**profonde** (perte supérieure à 90 dB) où rien n'est perçu même à voix forte ; 100 dB est le bruit du marteau piqueur. L'enfant n'a aucune perception de la voix et aucune idée de la parole.

→ Les organes affectés :

- les organes de transmission du son : oreille externe et oreille moyenne,
- les organes de perception : oreille interne essentiellement, plus rarement système auditif central.

→ Les causes :

De façon générale, lorsque le problème d'audition est relié à une mauvaise transmission mécanique du son, on parle de surdité conductive (ou transmission). Ce type de problème se retrouve dans l'oreille externe ou moyenne. Quand on fait référence à une mauvaise conversion des sensations sonores en informations nerveuses lisibles par le cerveau, on utilise alors le terme surdité neurosensorielle (ou de perception). Celle-ci est causée par des difficultés au niveau de l'oreille interne, du nerf auditif ou même de certaines structures cérébrales.

On peut également définir les mécanismes étiologiques en fonction de l'âge de l'enfant. Les surdités congénitales génétiques, à transmission dominante ou récessive, peuvent être isolées, otologiques pures ou associées, constituant un élément d'un syndrome poly-malformatif.

On note les surdités congénitales liées à une atteinte pendant la vie intra-utérine qui sont, soit d'origine infectieuse (rubéole, cytomégalovirus, toxoplasmose, herpès), soit d'origine toxique (aminosides). D'autres agents sont également invoqués avec moins de preuves, mais aussi les surdités périnatales, liées à l'anoxie cérébrale, à l'hyperbilirubinémie sévère.

Chez l'enfant plus grand, outre les causes précédentes, qui ont pu passer inaperçues, on note :

Les surdités de transmission : otites séreuses principalement. Les surdités de transmission donnent une atteinte de moyenne importance, de l'ordre de 20 à 40 dB et sont souvent plus difficiles à dépister.

Le risque est de méconnaître une surdité de perception sous jacente ou une malformation des osselets, source de surdité permanente. Elles peuvent être d'origine : infectieuses (méningite purulente), toxiques, tumorales, traumatiques.

## b) La déficience visuelle

Elle touche 18% des enfants de moins de 6 ans

Le dépistage des troubles visuels, dès les premiers mois de la vie, peut permettre de repérer très tôt les situations à risque d'amblyopie, cause la plus fréquente de mauvaise vision unilatérale chez l'enfant.

L'objectif est de dépister, par des examens simples, réalisables par le médecin de l'enfant, des anomalies pour la plupart réversibles sous traitement dans les toutes premières années de la vie, permettant de faire passer la prévalence de l'amblyopie de 3% à 1%.

Par ailleurs, la précocité du diagnostic d'amblyopie est essentielle à la réussite de la rééducation, qui est d'autant plus efficace que la prise en charge est précoce.

Chez l'enfant plus grand, le dépistage de troubles visuels, en particulier des troubles de la réfraction, reste de première importance du fait de la prévalence élevée de ces troubles (20%), responsables de difficultés scolaires et de gêne dans la vie courante.

→ On distingue trois grands diagnostics de déficiences visuelles :

**Amblyopie** : insuffisance uni- ou bilatérale de certaines aptitudes visuelles, principalement l'acuité visuelle (AV), non améliorables par une correction optique. Elle entraîne chez l'enfant (pendant la première décennie) un trouble de la maturation du cortex visuel, irréversible en l'absence de traitement.

L'amblyopie est la cause la plus fréquente de mauvaise vision unilatérale chez l'enfant, sa prévalence est d'environ 3%.

En pratique, la différence d'acuité visuelle entre les deux yeux a une importance plus grande que la valeur absolue : une différence de 2/10e est considérée comme significative.

Les amblyopies peuvent être :

- organiques, secondaires à une anomalie du globe oculaire : rétinopathie, rétinoblastome, cataracte, opacités cornéennes, glaucome congénital ou à une anomalie des paupières : ptosis, hémangiomes
- fonctionnelles, dites de suppression, accompagnant un trouble asymétrique de la réfraction : myopie, astigmatisme, hypermétropie, un strabisme ou un nystagmus.

La profondeur de l'amblyopie est définie par l'acuité visuelle corrigée

- profonde pour une AV de l'oeil concerné  $\leq 1/10e$
- moyenne : entre 1 et 4/10e
- légère : au delà de 4/10e

**Strabisme** : déviation objective des axes visuels avec, le plus souvent, perturbation de la vision binoculaire.

Touche 5% des enfants, convergent dans 90% des cas. Il entraîne une amblyopie dans plus de 50 % des cas, et doit être dépisté et corrigé au plus vite.

Outre le préjudice esthétique, le strabisme, qu'il soit important ou faible, comporte les mêmes risques sur la vision : l'atteinte fonctionnelle d'un oeil (amblyopie).

### ***Troubles de la réfraction : anomalie optique du globe oculaire***

Fréquence élevée de l'ordre de 20%, se développant dans l'enfance et pouvant entraîner une baisse de l'acuité visuelle.

- Myopie : baisse de l'AV de loin, liée à un oeil trop long, débutant après l'âge de 5 ans.
- Hypermétropie : baisse de l'AC liée à un oeil trop court, fréquente et physiologique jusqu'à 4 à 5 ans, dangereuse quand elle est asymétrique
- Astigmatisme : gêne à la lecture de loin et de près, liée le plus souvent à la cornée qui n'est plus sphérique mais ovale. Elle déforme les images soit horizontalement soit verticalement.

### c) La déficience motrice globale ou fine

La motricité globale concerne les activités motrices sollicitant plusieurs ou l'ensemble des parties du corps (marche, courses, saut, lancer, natation, etc.) qui nécessitent l'intervention et la coordination de groupes musculaires importants. Elle nécessite l'ajustement du tonus musculaire, le contrôle de l'équilibre et de la posture, la dissociation segmentaire simple (un segment du corps agit seul) et double (deux segments exécutent deux mouvements distincts mais associés).

La motricité fine concerne les activités manipulatoires sollicitant l'intervention et le contrôle de petits muscles (mains ou pieds) et nécessitant de la précision ou de la dextérité (souplesse articulaire).

Une déficience globale ou fine peut être en rapport avec :

- une infirmité cérébrale modérée puisque passée inaperçue jusque là,
- certaines maladies neuromusculaires dans leurs formes les plus modérées,
- des troubles graphiques.

## **2) Les troubles spécifiques de l'apprentissage (TSA)**

Les TSA touchent 10 à 12 % des enfants scolarisés. Ces troubles sont répertoriés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans les classifications internationales des maladies et problèmes de santé. Ils ont également fait l'objet d'un rapport du ministère de l'Education Nationale publié en juillet 2000, afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge des enfants concernés.

On peut retenir comme définition des TSA : «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, un trouble affectif ou un milieu défavorisé. »

Ce sont des troubles dans lesquels on distingue les troubles spécifiques du langage oral, ceux du langage écrit ou dyslexies, les troubles spécifiques d'apprentissage du calcul ou dyscalculies, et enfin les troubles de la coordination motrice ou dyspraxies.

### **a) Les troubles spécifiques du développement du langage oral**

Leur fréquence est estimée à environ 5% de la population d'âge scolaire, touchant 2 à 3 fois plus les garçons que les filles. Ils sont définis par l'OMS comme des troubles dans lesquels « les modalités d'acquisition normales du langage sont altérées dès les premiers stades du développement. Ces troubles ne sont pas directement attribuables à des anomalies neurologiques, des anomalies anatomiques de l'appareil phonatoire,

des altérations sensorielles, un retard mental ou des facteurs de l'environnement. Ils s'accompagnent souvent de problèmes associés, tels que des difficultés de la lecture et de l'orthographe, une perturbation des relations interpersonnelles, des troubles émotionnels et des troubles du comportement ».

## b) Les troubles spécifiques du langage écrit ou dyslexies développementales

Selon les études, la dyslexie développementale concerne 4 à 8% des enfants d'âge scolaire (3 à 4 fois plus de garçons que de filles). La fréquence de la dyslexie est la même quel que soit l'environnement socioculturel.

La dyslexie développementale est une difficulté spécifique durable d'apprentissage de la lecture chez des enfants qui ne présentent ni troubles sensoriels, ni handicaps moteurs, ni déficit intellectuels, ni trouble affectifs. Il ne s'agit pas d'un simple retard d'acquisition de la lecture, mais d'un trouble du développement linguistique affectant les mécanismes de lecture. Il est à noter que 30 à 50% des enfants dyslexiques ont aussi un retard de langage oral et que, dans 50% des cas, des antécédents familiaux sont retrouvés.

Parmi les dyslexies on distingue :

- les dyslexies dysphonétiques ou phonologiques (les plus fréquentes, 70% des dyslexies) : l'enfant lit globalement les mots mémorisés sans essayer de déchiffrer, il ne peut pas lire de mots nouveaux. Ces dyslexies sont caractérisées par un trouble spécifique de la perception auditive.
- Les dyslexies visuelles ou de surface (10% des dyslexies) : l'enfant n'utilise que l'analyse, procédant au déchiffrement successif de chaque syllabe, le plus souvent sans reconnaître les mots ni les comprendre. La compréhension du texte est très mauvaise, la mémorisation par reconnaissance globale ne se fait pas. Il y a défaut de reconnaissance visuelle du mot.
- Les dyslexies mixtes (20%) : l'enfant présente les deux types de difficultés.

### c) Les troubles spécifiques d'apprentissage du calcul ou dyscalculie

Les troubles de l'apprentissage du calcul ne sont étudiés que depuis une vingtaine d'années. La dyscalculie se définit par un trouble du développement des habiletés arithmétiques chez des enfants d'intelligence normale. Les aptitudes en arithmétique sont inférieures à celles escomptées compte-tenu du niveau intellectuel de l'enfant et de l'enseignement reçu.

Sa fréquence est estimée de manière très approximative à 4 % de la population d'enfants scolarisés, et serait plus élevée chez les garçons que chez les filles.

Des troubles de l'attention sont associés dans environ 25 % des cas, ainsi qu'une anxiété sous des formes diverses.

### d) Les troubles de la coordination motrice ou dyspraxies

Ce sont des troubles du mouvement intentionnel et de la coordination qui représentent des troubles spécifiques du développement moteur également désignés par les termes de « débilite motrice », « dysfonctionnements perceptivo-moteurs », « apraxie du développement ».

La fréquence de ce trouble est évaluée à 5 à 10 % des enfants d'âge scolaire.

Une perturbation marquée du développement de la coordination motrice est la caractéristique essentielle qui interfère avec la réussite scolaire et les activités de la vie courante.

Ce trouble n'est pas lié à un retard intellectuel ou à une maladie neurologique. De mauvaises performances dans le domaine visio-spatial lui sont souvent associées, l'écriture est toujours altérée et lente.

On distingue plusieurs types de dyspraxie, suivant la prédominance de tel ou tel déficit par exemple la gestuelle, la perception visio-spatiale, le tonus.

### 3) Les troubles neuro-psychologiques

#### a) Les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

C'est le syndrome « Psy » le plus fréquent à l'âge scolaire, avec en moyenne 1 enfant sur 30 soit environ 1 élève par classe.

Cependant depuis plus d'un siècle, les causes de ces troubles sont le fruit de nombreuses controverses. Après la première Guerre Mondiale, la cause organiciste d'une lésion cérébrale ou d'un « dysfonctionnement cérébrale minime » est mise en avant. Puis dans les années 50 jusque dans les années 80 la conception psychologique est prédominante, et est mentionnée comme telle dans le Diagnostic and Statistical Manual - Révision 2 (DSM II) de 1968. L'hyperactivité est alors perçue comme la conséquence de difficultés familiales, affectives et sociales.

Dans les années 80 cette conception psychanalytique est abandonnée (Diagnostic and Statistical Manual - Révision 3 - DSM III), et le déficit de l'attention n'est plus attribué à une cause précise (Diagnostic and Statistical Manual - Révision 4 - DSM IV).

Actuellement les hypothèses d'une origine neurobiologique et non psychologique sont explorées (origine génétique, trouble du système dopaminergique, carence martiale ou en magnésium ...)

De nos jours le TDAH regroupe trois types de symptômes : L'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité.

- **l'inattention** : elle résulte soit d'une stimulation externe, soit par la prolongation d'une situation ; le déficit de l'attention chez l'enfant se manifeste par un élève distrait, rêveur, tête en l'air, commençant tout mais ne finissant rien, « le flux de ses pensées est dispersé »

- **l'hyperactivité** : c'est une agitation physique constante, perturbant l'activité quotidienne de l'enfant et pouvant retentir sur les activités familiales et sociales en public (pour les parents un sentiment de honte vis-à-vis du regard des autres)

- **l'impulsivité** : se traduit par une impatience de parler et d'agir chez l'enfant avec une tendance à la familiarité (caractéristique très fréquente chez les TDAH) et à la prise de risque souvent inconsidérée et imprévisible.

Par ailleurs, il est à noter que près d'un enfant sur deux présente des difficultés pour le langage, la lecture et les mathématiques. Aussi l'hyperactivité peut être associée à des troubles du comportement de type troubles oppositionnels avec provocation (TOP) réunissant notamment désobéissance et agressivité.

Enfin les TDA avec hyperactivité peuvent être à l'origine ou liés à des troubles dépressifs anxieux ou bipolaires.

#### b) L'enfant intellectuellement précoce (IP)

Bien que la précocité intellectuelle soit un sujet d'actualité depuis quelques années, il paraît important de souligner que 80% des parcours scolaires des enfants IP se font sans difficultés. De plus, la précocité intellectuelle, définie par un quotient intellectuel (QI) au dessus de 130, est un des facteurs prédictifs les plus fiables de réussite sociale. Notre analyse porte donc sur les 20% restant d'enfant IP. On pourrait classer ces enfants dans le vaste groupe des enfants « dys- », on peut les qualifier de « dyssynchrones » ; ils sont, en effet, rapides dans la compréhension des concepts mais parfois plus lents dans la réalisation d'une opération par exemple ou dans l'expression par écrit du contenu de leur pensée prolifique. Ces phénomènes cognitifs engendrent des situations d'échec scolaire. Ainsi en France on estime à 2% les enfants entre 2 et 16 ans avec un QI supérieur ou égal à 130 ; plus d'un tiers d'entre eux serait en échec scolaire en 3<sup>e</sup> et un cinquième n'obtiendrait pas le bac.

### c) Les troubles anxieux

Il est à noter qu'un trouble anxieux peut être induit par un TSA entraînant même un trouble de l'estime de soi, voire un état dépressif. Lorsque ces troubles deviennent trop envahissants, ils peuvent participer à la mauvaise assimilation des apprentissages et conduire même à l'échec scolaire.

L'anxiété correspond à un sentiment pénible de danger, une crainte diffuse. Son intensité modérée peut être positive et stimulante, mais trop forte elle devient inhibitrice et envahissante pour le champ de la pensée. C'est alors que s'installent les conséquences sur la scolarité et la socialisation.

Les sources d'anxiété peuvent être nombreuses : hérédité, tempérament, événement de la vie, relation familiale, mode éducatif.

L'angoisse, ou crise de panique, est plutôt rattachée à l'ensemble des sensations physiques pénibles, ressenties dans le cadre de l'anxiété. Ces angoisses ne sont pas forcément pathologiques ; elles peuvent se voir lorsqu'on est face à de nouvelles situations, et relèvent alors d'un processus naturel de maturation émotionnelle.

On peut préciser quelques exemples angoissants dans le développement psychoaffectif de l'enfant :

- l'angoisse de séparation considérée comme normale à 7-8 mois
- la peur de certains animaux entre 2 et 4 ans
- vers 5 ans la peur qui peut se déplacer vers des créatures imaginaires (télévision...)

Ces manifestations anxieuses naturelles semblent universelles et n'entravent en rien l'évolution vers l'autonomie et la socialisation. Elles deviennent pathologiques lorsqu'elles perdurent, s'intensifient, dans le temps et en intensité et perturbent l'enfant dans ses activités quotidiennes.

Lors du passage en milieu scolaire, des manifestations variées de troubles anxieux vont pouvoir s'exprimer chez l'enfant :

- sur le plan comportemental : évitement, fuite, compulsion
- sur le plan cognitif : idées obsédantes, ruminations
- sur le plan affectif : peur, panique
- sur le plan physiologique : réaction physiologique aiguë ou chronique (difficulté respiratoire, douleur abdominale, céphalée).

On peut décrire cinq grands types d'anxiété susceptible d'induire des troubles de la scolarité :

#### → **L'anxiété de séparation**

Elle est normale au cours du développement avant l'âge d'un an et peut se manifester aussi lors des premiers jours d'école maternelle. C'est le trouble anxieux le plus fréquent durant l'enfance, touchant les deux sexes avec une prévalence de 3 à 4 % des enfants d'âge scolaire.

Elle peut être pathologique, si elle est excessive et inappropriée. On peut observer alors, en plus de la peur, voire du refus d'aller à l'école, une somatisation avec des symptômes tels que douleurs abdominales, céphalées, nausées...

Il n'est pas rare que ce trouble soit associé à un syndrome dépressif réel.

La phobie scolaire est l'une des manifestations de l'anxiété de séparation. Ce n'est pas un authentique refus scolaire, mais une conséquence de la peur qui envahit l'enfant. Il existe trois pics de fréquence : vers 6-7 ans à l'entrée au CP, vers 11 ans à l'entrée dans le cycle secondaire et vers quatorze ans.

Chez le jeune enfant, les manifestations somatiques sont une des constatations prédominantes amenant des consultations chez le pédiatre et le médecin généraliste. Au cours de ces consultations il faudra éliminer une pathologie organique sous jacente, pouvant en être responsable.

#### → **La phobie sociale**

Elle se manifeste par une peur intense et persistante de certaines situations (peur de sortir, de rougir en public, d'être jugé ou humilié, de répondre à des sollicitations...). Ce trouble apparaît rarement avant l'âge de 11 ans.

### → L'anxiété généralisée ou hyper anxiété

Elle se définit par des préoccupations, ou peurs excessives, apparaissant dans des contextes différents, pour des objets ou situations divers. Elle touche 3% des enfants avec un âge moyen d'apparition vers 8-9 ans. D'autres symptômes comme une agitation, ou des troubles du sommeil accompagnent cette anxiété, avec pour conséquences des difficultés de concentration pouvant freiner les apprentissages.

### → Le trouble panique

Il est caractérisé par la survenue inopinée et récurrente d'attaques de panique, appelées aussi crises d'angoisse. Ce trouble concerne principalement les adolescents avec une prévalence importante de 40 à 60 % d'entre eux touchant plus fréquemment les filles. Le caractère brutal et sa durée limitée à quelques minutes constituent les principaux symptômes de ce trouble.

Ces crises d'angoisse sont fréquemment associées à d'autres troubles tels que phobie sociale ou anxiété généralisée, ou dans le cadre d'un syndrome dépressif, voire dans certaines maladies comme l'asthme.

### → Le trouble obsessionnel compulsif ou TOC

Le TOC s'exprime rarement chez le jeune enfant, et devient plus fréquent à partir de 9-10 ans, et chez l'adolescent.

Les obsessions sont des idées, des questions, des représentations qui font intrusion dans la conscience et sont critiquées par le sujet lui-même.

Les compulsions sont des actes répétitifs, ritualisés en réponse à une obsession : l'enfant par exemple se lave les mains à l'excès suite à une peur de la contamination.

On estime que le TOC touche 2 à 4 % de la population des jeunes de moins de 15 ans, l'âge moyen d'apparition des premiers symptômes étant de 10 ans. Dans les cas précoces, il existe une prédominance masculine.

Comme les autres troubles anxieux, c'est la persistance, l'intensité et le retentissement sur le quotidien qui permettent d'affirmer le diagnostic.

Le TOC est rarement isolé ; on retrouve souvent une histoire familiale de tics ; l'association avec des troubles anxieux ou dépressifs est fréquente.

#### d) Le surmenage scolaire

Le système scolaire est de plus en plus élitiste contribuant à engendrer des situations de stress dont le sentiment d'épuisement ou « syndrome de burn-out » est l'une des formes les plus éprouvantes. Dès l'école primaire la compétition peut être de mise avec des évaluations par notes précoces pouvant réduire progressivement l'estime de soi, de nombreux enfants entendant sans cesse un discours qui les dévalorise.

Un enfant a besoin de temps libre, de rêver, voire de ne rien faire. Or, ceci va à l'encontre des rythmes scolaires imposés dans certaines écoles ou des activités extrascolaires imposées par des parents particulièrement exigeants pour la réussite de leurs enfants.

Le surmenage scolaire peut donc apparaître dès les premières années, en primaire avec une prévalence plus importante chez les enfants anxieux, et donc une conséquence de la plupart des TSA.

Les signes cliniques observés sont très proches des troubles anxieux et des états dépressifs. Ainsi on peut noter :

- des troubles du comportement : colère à la moindre contrariété, opposition, voire mutisme.
- des signes physiques : douleurs abdominales, céphalées.

#### e) Les dépressions

Il existe souvent un lien entre dépression et difficultés scolaires (deux enfants déprimés sur trois subissent un fléchissement ou un échec scolaire), l'un pouvant être la cause de l'autre et réciproquement ; par exemple, un échec scolaire, voire un redoublement, peut entraîner des syndromes dépressifs qui à leur tour aggravent les difficultés scolaires.

La dépression est moins fréquente chez l'enfant (la prévalence variant selon le sexe). De l'ordre de 1% avant 6 ans, elle touche 2 à 3 % des enfants de 6 à 12 ans, puis monte jusqu'à 9% pendant l'adolescence. Avant l'âge de 12 ans, la dépression touche principalement les garçons ; puis à l'adolescence les choses s'inversent avec un risque 2 fois plus élevé encouru par les filles.

Les symptômes de la dépression sont comparables à tout âge de la vie avec une constante pour l'humeur dépressive, les troubles du sommeil et les idées suicidaires. Les enfants auront tendance à la somatisation et aux troubles du comportement plutôt qu'au manque de plaisir et au ralentissement psychomoteur.

Dans la dépression de l'enfant on note :

- les idées dépressives : la tristesse est durable et peu susceptible de modifications avec les changements de situation. Ce qui amusait l'enfant suscite à présent ennui, tristesse et pessimisme. La baisse de l'estime de soi est constante, et parfois existe une idée persistante de culpabilité.

- Les modifications du comportement : une tendance à l'isolement des parents et des camarades de classe est fréquente, avec une expression sur le mode passif où l'enfant peut alors sembler fatigué. A l'inverse la dépression peut s'exprimer paradoxalement par une agitation, une opposition, voire de l'agressivité, et ne doit alors pas être confondue avec les symptômes du TDAH. Dans la dépression, c'est l'apparition récente et le contraste avec le comportement antérieur plus calme qui permet alors de la différencier de l'hyperactivité.

- L'anxiété : elle est rarement absente. Elle fera son apparition avec la dépression, ou pourra s'accroître sur un terrain anxieux préexistant.

- Les autres symptômes : les difficultés d'endormissement sont fréquentes, les nuits sont parfois agitées avec cauchemars et réveils précoces. Par ailleurs, on observe fréquemment une énurésie ou une encoprésie secondaire. L'alimentation est souvent perturbée. Enfin, il est à retenir que les idées suicidaires, avec potentiellement un passage à l'acte, sont présentes à tout âge.

- Les variations cliniques :

- Le syndrome dépressif majeur : les symptômes sont intenses et dominés par la tristesse, l'asthénie ou le désintérêt.
- La dysthymie est une dépression sub-chronique avec des symptômes moins marqués.
- Les réactions dépressives brèves sont plutôt des troubles de l'adaptation avec composante dépressive.
- Les troubles bipolaires (ou maladie maniaco-dépressive) sont rares chez l'enfant.

Les causes de dépression sont parfois évidentes comme des évènements douloureux (deuil de parents ...) et parfois plus insidieuses avec des dépressions tout aussi intenses qui surviennent dans une période sereine. On peut retenir des facteurs d'environnements multiples (affectifs, familiaux, sociaux, scolaires,...) mais il semble bien que les facteurs génétiques aient une influence majeure dans la prédisposition à la dépression.

#### f) Les troubles du comportement

Tout d'abord, il est à distinguer les modifications du comportement qui peuvent se retrouver dans chacune des entités précédemment cités (dépression, TDAH, troubles anxieux...), des troubles du comportement désignant principalement les troubles du comportement social. Aussi on ne confondra pas la délinquance qui relève de la loi et le trouble des conduites dans le cadre des troubles du comportement social qui procède de la psychologie.

La prévalence des troubles du comportement concerne, pour l'école primaire, de 2 à 8 % des garçons et de 1 à 2 % des filles. Les chiffres augmentent pour les deux sexes d'en moyenne deux à trois points lors de l'adolescence.

Selon le DSM-IV, le trouble des conduites peut se définir comme un « ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet ».

Ensuite il convient de distinguer le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et le trouble des conduites. Le premier apparaît plus tôt avec un âge médian de six ans et décrit surtout des difficultés relationnelles. Le deuxième avec un âge médian de neuf ans se traduit par la permanence des transgressions sociales.

Dans les principaux signes, il semble que l'agressivité soit le dénominateur commun, on peut noter également le non-respect des règles, la provocation, la non reconnaissance de ses fautes, les colères faciles avec en avançant dans l'âge : l'absentéisme scolaire et fugue, les vols, la cruauté envers les animaux et les personnes. On note enfin que l'apparition de ces symptômes après l'âge de 10 ans est de meilleur pronostic. Le trouble persiste d'autant plus à l'âge adulte que le début est précoce.

Si l'on étudie les troubles du comportement et la scolarité, il convient de rappeler dans un premier temps que c'est à l'école que l'enfant apprend les premières règles de la vie sociale. Le respect de la loi et de l'autorité, la confrontation de sa liberté à celle des autres, la tentation de l'égoïsme et le plaisir du partage, sont autant de notions que l'enfant qui présente un trouble des conduites aura du mal à intégrer. Le rejet du système scolaire, pouvant alors être vécu comme un ensemble de brimades humiliantes imposées, est alors en marche, avec l'apparition d'une faible estime de soi qui engendrera et/ou résultera de l'échec scolaire.

Les causes des troubles du comportement sont plurifactorielles. Bien que la participation génétique puisse être évoquée, il semble que l'environnement prenne une place prépondérante dans l'aboutissement à des comportements déviants (alcoolisme familial, toxicomanie, conflits conjugaux, dépression surtout maternelle, perte de repères familiaux).

### g) L'enfant victime

La maltraitance se définit selon le ministère de la santé comme « toutes violences physiques ou morales, psychologiques ou affectives, que ce soit de façon active ou passive (omission, carences), qui retentissent de façon grave sur son état de santé. Les maltraitements physiques ou sexuelles responsables de traumatismes psychiques affectent en priorité les enfants et les adolescents.

L'état de stress post traumatique (ESPT) dont le concept est récent (1980) et d'origine anglo-saxonne, peut apparaître suite à un événement menaçant pour la vie et l'intégrité du sujet ; chez les enfants de 6 à 12 ans, toute baisse brutale des performances scolaires doit faire rechercher un événement traumatique. Souvent un enfant victime de violence se juge coupable de ne pas avoir su se défendre ; ce statut de victime-coupable entraîne souvent des manifestations anxieuses, voire dépressives. Chez les enfants de moins de 6 ans, on constate fréquemment des manifestations somatiques ou des comportements régressifs (énurésie ou encoprésie) allant même jusqu'à des retards de développement du langage ou de la motricité.

Les violences scolaires ne se cantonnent pas aux violences urbaines très médiatisées des quartiers dits sensibles. Il existe surtout des micros violences (« school bullying » pour les anglo-saxons) ou violences ordinaires comme les moqueries, humiliations, insultes, menaces, coups, banalisés de plus en plus au sein des établissements, lesquelles ne sont pas sans conséquences au niveau psychologiques sur les élèves qui en sont les victimes.

### h) L'autisme

Il se définit par l'apparition avant l'âge de 3 ans de troubles de la communication verbale et non verbale associés à un manque d'intérêt et de réactivité pour autrui, ainsi que d'une tendance aux stéréotypies comportementales.

Il peut être suspecté dès la première année de vie avec l'apparition des premiers symptômes, mais il est souvent diagnostiqué plus tardivement en maternelle.

La prévalence de l'autisme est de 1/1000. Il est l'une des quatre entités cliniques de « troubles graves ou envahissants du développement » (les autres étant le syndrome d'Asperger avec 2 cas pour 10 000, le syndrome de Rett et le syndrome désintégratif)

Les symptômes de l'autisme touchent :

- Les relations sociales : l'enfant autiste présente une apparence d'indifférence dans les échanges sociaux, les perturbations relationnelles provenant surtout d'une difficulté de réactivité et d'imitation.
- La communication : chez les enfants autistes le langage est souvent perturbé plus par la perte de spontanéité ou/et d'adaptabilité de l'expression que par une carence du stock lexical.
- Le comportement : il est souvent limité avec des activités restreintes et répétitives. Des crises de colères sont fréquentes lors de tous changements brutaux dans leur environnement. Des stéréotypies d'attitude, de mouvements ou de postures parfois compulsives sont très souvent observées.

Les diagnostics différentiels :

Il faut bien différencier l'autisme et la schizophrénie, cette dernière ne s'observe que très rarement avant l'adolescence, alors que l'autisme survient généralement avant l'âge de 3 ans. Elle ne s'accompagne ni de délires ni d'hallucinations, et le déficit de communication est plus marqué.

Dans « les troubles graves ou envahissants du développement » (TED), l'autisme est l'affection la plus fréquente, les trois autres étant :

- Le syndrome d'Asperger : il se distingue de l'autisme par un développement normal ou supérieur du langage et de l'intelligence.
- Le syndrome désintégratif ou syndrome de Heller : il suit une phase de développement normal d'au-moins 2 ans. Ce syndrome commence par l'association d'une symptomatologie autistique et d'une régression du langage et des capacités motrices.

- Le syndrome de Rett : il atteint presque exclusivement les filles. Il apparaît après une première phase de développement normal de 6 à 18 mois, puis se manifeste par l'apparition d'une microcéphalie et d'une régression verbale et psychomotrice dont des stéréotypies manuelles pathognomoniques (mouvements de lavage ou de torsion des mains).

Les causes :

- Génétiques : confirmées par les études chez les jumeaux homozygotes dont la concordance est proche de 90 % ; le risque pour la fratrie après la naissance d'un premier enfant autiste est multiplié par 100 en comparaison de la prévalence dans la population générale.

- Neurobiologiques et neuropsychologiques : des différences significatives en imagerie par résonance magnétique (IRM) ont été observées lors de tests entre des groupes d'autistes et des personnes non atteintes. La cause neuropsychologique est en cours d'approfondissement.

- Psychanalytique : longtemps retenues, ces théories visant à expliquer l'autisme par des défaillances affectives et éducatives des parents sont actuellement abandonnées.

### i) La schizophrénie

La schizophrénie s'observe à tout âge, mais le plus souvent à la fin de l'adolescence. Le diagnostic demeure exceptionnel avant l'âge de 6 ans avec une augmentation progressive de la prévalence avec l'âge passant de 1/10 000 entre 6 et 13 ans, à 1/500 entre 13 et 18 ans, et pour toucher enfin 1 adulte sur 100.

Comparée aux autres troubles psychiatriques bénins et fréquents, la schizophrénie chez l'enfant peut être considérée comme une maladie rare.

## j) Les déficiences intellectuelles (DI)

La DI ou retard mental peut se définir comme « un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne qui s'accompagne de limitations significatives du fonctionnement adaptatif ».

Les classifications internationales de la DI comptent quatre stades de sévérité en fonction de la mesure du quotient intellectuel(QI).

On distingue donc :

- La DI légère : QI de 50 à 69 avec une insertion sociale possible
- La DI moyenne : QI de 35 à 49 avec une capacité de communication très limitée
- La DI grave ou sévère : QI de 20 à 34 avec un déficit moteur important, et on besoin d'un environnement contrôlé
- La DI profonde : QI de moins de 20 où une assistance et une surveillance permanentes sont indispensables

En fait, seuls les enfants présentant une DI légère pourront intégrer l'école primaire, où l'échec scolaire révélera bien souvent leur handicap.

La prévalence de la DI légère est estimée à plus de 1% de la population générale, avec une prédominance pour le sexe masculin.

Le diagnostic de DI se fera sur l'existence d'un ensemble de symptômes, mais aucun de ces symptômes pris isolément ne pourra suffire au diagnostic. Les premières difficultés apparaîtront finalement au cours de la scolarité primaire, touchant rapidement tous les domaines. En effet ces enfants, déficients intellectuels légers, ont généralement un développement psychomoteur et une insertion sociale tout à fait normaux durant la période préscolaire.

C'est ainsi que le dépistage du déficit se réalise le plus souvent dans le cadre scolaire.

Les principales causes de DI sont :

- d'origine endogène (génétique ou congénitale) : on notera par exemple la trisomie 21, le syndrome de l'x fragile, le syndrome de Prader-Willi, le syndrome de Klinefelter ;
- d'origine acquise : les causes sont alors pré, péri ou post natales telles que certaines infections maternelles contractées durant la vie fœtale (toxoplasmose, rubéole), l'exposition fœtale à divers toxiques comme le tabac, l'alcool et autres drogues qui sont facteurs de prématurité ou dysmaturité pouvant potentiellement engendrer des retards mentaux. On note également les souffrances fœtales au moment de l'accouchement, ainsi que certaines infections ou traumatismes crâniens en post-natal.

Enfin toutes les études s'accordent à dire que la DI légère est beaucoup plus fréquente chez les enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés.

#### k) Les épilepsies

Il s'agit d'une maladie neurologique, caractérisée par la répétition de crises dont les manifestations cliniques sont très variées.

C'est une maladie relativement fréquente touchant 6 à 8 enfants sur 1000. 50% des crises apparaissent avant l'âge de 10 ans. Il est à noter que certaines épilepsies guérissent ; ce qui peut expliquer la prévalence plus faible chez les adultes.

Concernant la scolarité des enfants épileptiques, elle est normale dans deux tiers des cas. Pour le dernier tiers, des troubles cognitifs psychologiques ou comportementaux peuvent avoir des répercussions sur la scolarité.

Les causes de l'épilepsie sont pour 70 % des cas idiopathiques, et secondaires pour les autres cas secondaires à une affection cérébrale de type traumatique, tumorale ou séquellaire d'une infection.

L'épilepsie peut être associée à d'autres troubles, tels que des troubles des conduites avec opposition dans 20 à 25 % des cas, des troubles attentionnels dans 5 à 15 % des

cas, des troubles dépressifs souvent méconnus et de diagnostic difficile dans près d'un quart des cas.

Dans les diagnostics différentiels, on distingue entre 12 à 18 mois des manifestations de spasmes du sanglot qui peuvent se traduire par des mouvements musculaires saccadés des membres et une révulsion des globes oculaires. Ces crises, sans séquelle neurologique et de prévalence estimée entre 4 et 5 %, disparaissent avant l'âge de 3 ans.

Il existe aussi la convulsion hyperthermique qu'il convient de distinguer de la crise convulsive « vraie » par son aspect bénin. D'excellent pronostic, sans séquelle sur le plan neurologique, elle ne présente pas de risque plus important que pour la population générale de développer une authentique épilepsie plus tard. De plus les crises n'apparaissent alors que dans un contexte de fièvre. Elles concernent classiquement les enfants de 6 mois à 6 ans avec un pic de fréquence à 18 mois. Enfin elles sont, comme les spasmes du sanglot, sans répercussion sur la scolarité à venir ou en cours des enfants.

## ***C) Le système actuel français de lutte contre l'ES à l'école primaire***

### **1) Le rôle de la famille**

Il est bien entendu que la famille joue un rôle primordial et notamment les parents dans l'écoute et l'accompagnement en cas de difficultés scolaires rencontrées par leur enfant. De leur réactivité et leur sensibilité aux problèmes de la scolarité de leur enfant dépendra une prise en charge précoce et efficace de l'échec scolaire éventuel de leur enfant.

## **2) Le rôle central de l'école**

Actuellement il existe un système bien détaillé de repérage des difficultés scolaires d'un élève en primaire et dont le premier acteur est le professeur des Ecoles. En effet la loi du 23 avril 2005 fixe le cadre du programme personnalisé de réussite éducative (PPRE). Il précise que « au terme de chaque année scolaire, à l'issue d'un dialogue et après avoir recueilli l'avis des parents ou du responsable légal de l'élève, le Conseil des maîtres dans le premier degré se prononce sur les conditions dans lesquelles se poursuit la scolarité de l'élève. S'il l'estime nécessaire, il propose la mise en place d'un dispositif de soutien, notamment dans le cadre d'un PPRE ».

Le PPRE s'inscrit plus largement dans l'élaboration d'un projet d'aide individualisé(PAI).

Le parcours d'un élève en difficultés scolaires est théoriquement le suivant :

- ses difficultés sont dans un premier temps repérées par le maître de la classe qui analyse ces dernières au sein de la classe, ou plus largement au sein du cycle, pour proposer une différenciation de l'enseignement pour cet élève. Il n'y a pas de traitement global des obstacles à la réussite scolaire ; chaque cas est particulier et relève d'une analyse, d'un traitement spécifique sur une longue durée. La différenciation d'enseignement n'est donc pas spécifique à l'aide personnalisée et réciproquement, les activités d'aide peuvent se conduire au sein d'un groupe d'élèves, voire de la classe plénière. Dans ce contexte, différencier consiste plus à offrir aux élèves une large gamme d'approches, de démarches, de supports, qu'à choisir pour chaque élève (et à sa place) la seule démarche dont il a besoin. La différenciation pédagogique, quand elle est pratiquée, présente deux caractéristiques majeures : on gomme les obstacles plus qu'on aide les élèves à les surmonter ou on pratique un guidage précis qui conduit à la réussite, en créant ensuite les conditions pour que les élèves réussissent seuls le même type de tâches et parviennent à mobiliser de manière autonome leurs acquisitions.

- si les difficultés persistent, une fiche individuelle de demande d'aides spécialisées au réseau est alors rédigée par l'enseignant, réglée par le directeur après entretien d'informations avec les parents (annexe). Plusieurs réunions et concertations au sein de l'école entre les enseignants du premier degré et les membres du réseau et/ou des partenaires éventuels ont lieu. Ce réseau de secteur scolaire sous tutelle de l'éducation nationale s'appelle le réseau d'aide spécialisée aux élèves en difficulté (RASED).

Le RASED travaille donc en collaboration avec les enseignants du primaire avec pour mission la prévention, l'adaptation et l'intégration. Enseignants, parents et enfants peuvent solliciter des demandes d'aides auprès du réseau. Les interventions ont lieu en accord avec les parents, les enfants et l'enseignant. Les prises en charge sont décidées au sein du réseau. L'Inspecteur de l'Education Nationale (responsable du RASED) arrête après concertation, l'ordre de priorité des actions d'aide ainsi que les procédures d'évaluation de ces actions.

Les intervenants du RASED sont :

- le maître E (l'aide à dominante pédagogique spécialisée) : il a pour mission d'aider l'élève à dépasser ses difficultés, à améliorer ses capacités, à maîtriser ses outils et ses méthodes de travail, à prendre conscience de ses progrès. L'aide pédagogique n'est pas conçue comme une activité de soutien ou de rattrapage, mais elle a pour but d'améliorer les stratégies de l'élève. Le maître E est chargé aussi de la prévention à l'école maternelle, où il pourra conduire des actions permettant d'éviter des difficultés ultérieures à un certain nombre d'enfants en organisant des regroupements d'adaptation (3 à 5 enfants). Son objectif vise à mettre en place des conditions d'un bon apprentissage.

- le psychologue scolaire : il intervient à tous les niveaux de la scolarité quand une difficulté se présente, soit à la demande directe des parents, soit par l'intermédiaire de l'enseignant, mais toujours avec l'accord des parents. Il rencontre l'enfant en entretien individuel. Par le biais d'un examen psychologique, il tente de cerner, de comprendre les raisons des difficultés afin de proposer une aide adaptée. Il travaille en lien avec les structures spécialisées comme les Instituts Médico-Educatifs (IME),

les Classes d'Intégration Scolaire (CLIS), ou des organismes extérieurs comme les Centres Médico-Psychologiques (CMP) et les Centres Médico-Pédo Psychiatriques (CMPP). Le psychologue participe aux travaux des commissions d'orientation ainsi qu'à l'intégration des enfants handicapés. Il se réfère à un code de déontologie.

- le maître G (l'aide à dominante rééducative) : il s'adresse à des enfants en difficulté relationnelle et/ou de comportement. Son action se déroule dans un temps et un lieu particuliers. Les objectifs sont doubles : faire émerger chez l'enfant ou restaurer ses capacités de socialisation, de communication, d'autonomie et une meilleure réceptivité aux apprentissages ; faire retrouver à l'enfant une meilleure estime de soi et le désir d'apprendre. Les interventions se font sur des groupes restreints d'enfants dans le cadre d'actions de prévention, et sous forme d'aide individuelle dans le cadre d'une rééducation.

### **3) Les intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux**

Les causes d'échec scolaire sont diverses et variées, et nécessitent donc une prise en charge pluridisciplinaire. Dans les intervenants, il existe les médecins tels que médecins scolaires, pédiatres, neuropédiatres, pédopsychiatres, médecins généralistes travaillant en association avec des intervenants paramédicaux tels que les orthophonistes, les psychologues de ville, psychothérapeutes, psychomotriciens. Ces différents intervenants agissent de concert avec le milieu scolaire et les parents.

#### **a) Le médecin scolaire**

Sa première mission est d'identifier les enfants en difficultés, il doit effectuer obligatoirement chez tous les enfants âgés de 5 à 6 ans un examen approfondi des fonctions visuelles et auditives. Il dispose également d'outils d'évaluation des fonctions cognitives ou d'évaluation des troubles du langage (Epreuves de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages utilisables lors du bilan médical de l'enfant

de 6 ans ou ERTLA6). Le médecin scolaire informe la famille, si besoin, et l'oriente vers d'autres professionnels de santé. A l'école primaire, le médecin scolaire travaille conjointement avec le corps professoral ; il est ainsi informé des élèves en difficultés.

#### b) Le pédiatre

Médecin spécialiste de l'enfant, il occupe une place privilégiée dans le dépistage des troubles neurosensoriels, du développement, des TSA et des troubles psychoaffectifs. Par la réalisation de tests simples (Epreuves de Repérage des Troubles du Langage utilisables lors du bilan médical de l'enfant de 4 ans ou ERTL4 et ERTLA6...), le pédiatre en fonction des résultats peut orienter ainsi l'enfant vers un orthophoniste, un pédopsychiatre ou un psychomotricien.

#### c) Le neuropédiatre

Plus spécialisé dans les maladies du système nerveux, il sera consulté plus spécifiquement lors d'une suspicion de retard mental, d'une maladie épileptique, ou de toute autre maladie d'origine neurologique.

#### d) Le pédopsychiatre

Le pédopsychiatre peut exercer dans un cabinet privé ou à l'hôpital. Mais il peut aussi consulter au sein de CMPP ou de CMP. Il sera consulté devant toutes les pathologies à l'origine de l'échec scolaire, hors l'épilepsie qui nécessite la consultation d'un pédiatre ou d'un neuropédiatre et les troubles ophtalmologiques et otorhinolaryngologiques. Devant toute situation d'échec scolaire, il s'agit de comprendre l'ensemble de la vie de l'enfant et les principales étapes de son développement affectif, comportemental et intellectuel, ce qui relève de la compétence du pédopsychiatre.

#### e) Le médecin généraliste

Médecin de proximité et de premier recours, il voit régulièrement l'enfant et fréquemment suit l'ensemble de sa famille. Souvent témoin des conditions de vie de l'enfant lors de visites à domicile, il peut orienter en cas de doute sur la découverte de troubles pouvant influencer la réussite scolaire de l'enfant vers d'autres spécialistes.

#### f) L'infirmière scolaire

La mission des infirmières de l'Education Nationale s'inscrit dans la politique générale de promouvoir la réussite des élèves et des étudiants, par la promotion de la santé des jeunes. Un certain nombre de règles professionnelles s'appliquent à l'infirmière : le secret professionnel, la confidentialité des soins dispensés, la responsabilité personnelle des actes professionnels qu'elle est habilitée à dispenser. L'infirmière effectue ou dispense des soins, identifie les besoins, pose un diagnostic, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Ces missions répondent aux objectifs essentiels de la santé à l'école. Parmi ses missions on peut noter le suivi de l'état de santé des élèves en complément des visites médicales obligatoires (sixième année ou au cours de leur scolarité).

#### g) L'orthophoniste

Spécialiste du langage et de ses troubles, l'orthophoniste a un rôle essentiel de prévention, de dépistage et de rééducation de toutes les pathologies du langage : langage oral (retard de parole et de langage), langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie). Il rééduque les pathologies de la voix, comme les bégaiements et les dysphonies, mais il peut aussi intervenir auprès d'enfants présentant des troubles de l'attention, de la mémoire, et des dyscalculies pour des évaluations et des rééducations.

Les orthophonistes peuvent également participer à l'élaboration de stratégies de communication personnalisées pour les enfants souffrant de retards mentaux ou de psychoses. Ils exercent dans des centres, CMP, CMPP, des services hospitaliers ou dans des cabinets privés. Une consultation chez un orthophoniste se fait sur prescription médicale et est soumise à remboursement par le Système de Sécurité Sociale. Un bilan est alors réalisé. Un compte rendu détaillé est adressé au médecin prescripteur, permettant d'établir un diagnostic et éventuellement un projet thérapeutique. L'orthophoniste informe les parents et enseignants (avec l'accord de la famille) des difficultés de l'enfant et de leurs conséquences sur les apprentissages et le comportement. La rééducation orthophonique est bien spécifique et ne doit pas être confondue avec le soutien scolaire.

#### h) Les Psychologues

Ils peuvent exercer dans des équipes hospitalières ou à titre libéral comme psychologue clinicien, psychothérapeute ou neuropsychologue.

- Le psychologue clinicien : observation, dialogue et passation de tests d'efficience lui permettent de comprendre le développement intellectuel et affectif de chaque enfant.
- Le psychothérapeute : il s'inspire de différents modèles psychothérapeutiques tels que la psychanalyse ou le comportementalisme. Le psychothérapeute comportementaliste va aider l'enfant à modifier son comportement en agissant sur les symptômes alors que le psychanalyste favorise l'expression des émotions et des affects (par le jeu et le dessin chez le jeune enfant) afin de dénouer les conflits et surmonter les inhibitions.
- Le neuropsychologue : son statut est encore mal défini dans notre pays, la neuropsychologie étant une discipline encore jeune. Cependant médecins, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens et pédagogues peuvent suivre son enseignement. La neuropsychologie consiste à dépister et diagnostiquer les troubles spécifiques d'apprentissage et les troubles du développement. Le neuropsychologue, par des outils, étudie les relations entre les structures cérébrales et les différentes

fonctions que sont le langage, la motricité, l'attention, la mémoire, la perception et les émotions. Il établit ainsi un profil des compétences et faiblesses cognitives de l'enfant.

- Le psychomotricien : la profession a été officialisée en 1963 par le ministère de l'éducation nationale et reconnue comme profession paramédicale en 1976. Son exercice est donc soumis à une prescription médicale. Elle étudie les relations entre le psychisme et le corps. Un bilan psychomoteur peut aider à la compréhension de retards de développement, de dyspraxie, et de certains troubles anxieux avec inhibition. Le psychomotricien va proposer des exercices dynamiques sous forme de jeux, tout en travaillant l'équilibre, le contrôle moteur, la coordination des gestes, le graphisme, les rythmes. La rééducation se propose d'améliorer les fonctions déficitaires et d'apprendre à utiliser des stratégies compensatrices. Mais dans un grand nombre de situations, une collaboration avec d'autres spécialistes s'avère indispensable. Le psychomotricien exerce quasi exclusivement dans des centres pluridisciplinaires tels que les CMP, les CMPP et les CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce).

#### i) L'assistant social ou assistant de service social

L'assistant de service social mène une action, auprès d'enfants, d'adolescents, d'adultes ou de personnes âgées. Il informe les intéressés sur leurs droits en matière de prestations sociales, médicales, d'accès à la formation. En fonction des situations, il oriente vers des lieux d'accueil spécialisés lorsque c'est nécessaire, ou peut servir de médiateur lorsque les dossiers sont complexes. Pour cela, il doit avoir une parfaite connaissance des institutions, des rouages de l'Administration et des démarches à effectuer pour débloquer des situations ou intervenir avant qu'il ne soit trop tard. Son activité varie suivant le lieu et l'environnement dans lequel il travaille : municipalité, conseil général, Éducation nationale (établissement scolaire), grande entreprise, association, hôpital, en milieu urbain ou rural. Le plus souvent, il travaille en équipe avec d'autres professionnels : médecins, magistrats, éducateurs. Il fait également le lien avec les services administratifs de mairie, les Caisses d'Allocations Familiales (CAF).

#### **4) Les structures spécialisées**

##### **a) Les Centres Médico-Psychologiques (CMP)**

Les CMP sont rattachés à un centre hospitalier. Ils ne sont pas conventionnés par la Sécurité sociale et sont tournés essentiellement vers l'aspect médical. Ils fonctionnent sous forme d'un service hospitalier, d'un hôpital de jour ou d'une consultation hospitalière ou en dispensaire d'hygiène mentale.

Les CMP ont pour rôle :

- l'organisation des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile ;

- la prise en charge des enfants jusqu'à 16 ans environ présentant des difficultés affectives, psychologiques ou familiales.

Le CMP comprend des psychiatres, infirmiers psychiatriques, psychologues, assistants sociaux, auxquels peuvent s'adjoindre un orthophoniste, un psychomotricien et / ou un éducateur spécialisé.

Il n'y a de CMP que dans les villes de plus de 20 000 habitants.

##### **b) Les Centre Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)**

Les CMPP accueillent des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques nécessitant un accompagnement ponctuel ou régulier. Les soins sont dispensés dans un cadre ambulatoire sous forme de consultations ou de séances. Réalisée en 2003, une enquête nationale sur les populations suivies en psychiatrie permet de mieux connaître les caractéristiques des jeunes patients pris en charge dans ces structures. Une grande partie des troubles étant repérés à l'école, il s'agit pour moitié d'enfants âgés de 5 à 9 ans, qui sont majoritairement des garçons. Les troubles les plus

fréquemment diagnostiqués sont les troubles névrotiques ainsi que ceux du développement et des fonctions instrumentales, avec des différences selon le sexe et l'âge des enfants ou adolescents suivis. Ces pathologies sont parfois associées par les équipes de soins à un contexte socio-familial particulier et, pour 25 % des jeunes patients, à des troubles mentaux ou des perturbations psychologiques avérés dans la famille. 73 % des enfants suivis bénéficient d'au moins une consultation par semaine et neuf sur dix poursuivent une scolarité ordinaire. Les enfants sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire comprenant pédopsychiatres, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, assistants sociaux, et psychopédagogues.

### c) La Classe d'Intégration Scolaire ( CLIS)

La CLIS permet, à partir de la fin de la grande section, d'orienter les enfants en difficultés vers ce type de structure qui se compose de 12 élèves maximum. L'objectif est de scolariser tous les élèves et de permettre aux élèves en situation de handicap de suivre totalement ou partiellement un cursus scolaire ordinaire. Les CLIS font partie intégrante de l'ensemble des dispositifs de l'enseignement spécialisé en France. Il existe quatre types de CLIS en fonction du ou des handicaps causant les difficultés scolaires :

- CLIS 1 : les plus répandues ont pour vocation d'accueillir des enfants présentant des troubles importants des fonctions cognitives.
- CLIS 2 : accueillent des enfants présentant des troubles auditifs importants.
- CLIS 3 : accueillent des enfants présentant des troubles visuels importants.
- CLIS 4 : accueillent des enfants présentant une déficience motrice grave ou un trouble de la santé évoluant sur une longue période et/ou invalidant.

#### d) La Classe d'Intégration pour les Non-francophones (CLIN)

C'est une classe de l'école élémentaire réservée aux élèves non francophones venant d'arriver en France ; le but étant d'intégrer dans l'école l'élève non francophone.

#### e) Les Instituts Médico-Educatifs (IME)

Ces centres accueillent les enfants et les adolescents atteints de déficience mentale, présentant une prédominance intellectuelle liée à des troubles neuropsychiatriques (troubles de la personnalité, moteurs et sensoriels, de la communication).

#### f) La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Elle intervient avant l'entrée à l'école primaire (enfant de moins de 6 ans) et le service de PMI est un service du département.

Ce service est dirigé par un médecin et comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique.

Le service de PMI est chargé d'assurer la protection sanitaire de la famille et de l'enfant.

Il organise notamment des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans. Elle oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

L'accès des consultations de PMI est gratuit. Celles-ci sont financées par le département avec la contribution des organismes de Sécurité Sociale.

### g) Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce ( CAMSP)

Ses missions sont le dépistage des handicaps, la prévention des accidents, la prise en charge et la rééducation des enfants.

Un CAMSP est spécialisé dans la petite enfance, seuls les enfants de 0 à 6 ans peuvent y être accueillis.

Les CAMSP peuvent être spécialisés dans la prise en charge d'une déficience : visuelle, motrice etc., ils peuvent aussi être polyvalents et accueillir tous les enfants handicapés.

Un CAMSP est composé d'une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative : un pédiatre, une puéricultrice, un orthophoniste, un psychomotricien, un ergothérapeute, un éducateur de jeunes enfants, une assistante sociale...

Le médecin du CAMSP peut jouer le rôle du médecin référent, celui qui coordonne et fait le lien entre toutes les prises en charge de l'enfant.

Les soins y sont gratuits.

### h) La Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA)

A la fin du primaire, les élèves en difficultés scolaires graves et durables peuvent être orientés vers une SEGPA. Ces sections sont constituées d'environ 16 élèves et permettent la mise en œuvre de parcours individualisés au collège. La SEGPA dépend du Ministère de l'Éducation Nationale.

### i) Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées ( MDPH)

Ce sont des groupements d'intérêt public, sous l'égide des Conseils Généraux, réunissant l'ensemble des acteurs publics et associatifs intervenant dans le domaine du handicap. La MDPH participe entre autre à l'attribution à un élève de plus de 6 ans ayant un handicap ou un trouble de santé invalidant, d'une AVS (Assistante de vie scolaire). Le rôle de cette dernière est d'assister le professeur des Ecoles au sein de la classe dans la socialisation, la sécurité, et la scolarisation.de l'enfant.

## **5) Les outils à disposition des médecins**

### a) Le carnet de santé de l'enfant

Le carnet de santé a une composition de base fixe, déterminée par le Ministère de la Santé, avec des pages supplémentaires variables d'un département à l'autre, donnant en général le rôle et les adresses des centres de PMI et d'autres informations utiles pour les familles sur le plan départemental, par exemple en cas d'handicap, sur la protection de l'enfance...

Le carnet de santé constitue un lien entre les professionnels de santé, soumis au secret professionnel, qui interviennent pour la santé et les soins et les parents.

Le nouveau modèle du carnet de santé est disponible depuis le 1er janvier 2006. Il est du même format que le modèle précédent et comporte le même nombre de pages, mais quelques nouveautés visent à le rendre plus facile d'utilisation et plus convivial.

. Les onglets permettent un accès plus rapide à partir du sommaire aux différentes rubriques.

. L'utilisation d'illustrations, de pictogrammes et de couleurs améliore la lisibilité de l'ensemble.

. Les rubriques sont ainsi différenciées par couleur selon les diverses thématiques avec par ordre d'apparition, les pathologies au long cours, allergies et antécédents familiaux, la période périnatale, la surveillance médicale jusqu'à 18 ans, les courbes de croissance, les examens bucco-dentaires, les hospitalisations, examens radiologiques et produits sanguins, enfin les vaccinations et maladies infectieuses.

. Des espaces, signalés par des pictogrammes différenciés, sont destinés aux professionnels de santé, aux parents, à l'enfant ou l'adolescent lui-même.

. Des repères sur le développement de l'enfant et de l'adolescent, présents tout au long du carnet, peuvent amener les parents à poser des questions. Ils peuvent également servir de support lors de la consultation, même s'ils ne sont pas spontanément abordés par les parents.

. Des pages spécifiques concernent certaines thématiques (examens bucco-dentaires, allergies, courbes de croissance par exemple).

. De nombreux messages de prévention et de conseils aux différents âges de l'enfant ont été améliorés et ajoutés, certains accompagnés d'illustrations, sur : le repérage des signes précoces des troubles sensoriels (vue et audition), des troubles du langage, des troubles de la relation... aux âges clef. Le carnet comporte de nombreuses indications pour les médecins en détaillant les examens médicaux, notamment ophtalmologiques et otorhinolaryngologiques, conçus pour pouvoir être facilement réalisés en cabinet de ville, en indiquant les points importants à rechercher et les différents tests à utiliser selon les âges ;

- la nutrition avec la promotion de l'allaitement maternel.

- l'hygiène bucco-dentaire ;

- les conduites à tenir devant un enfant malade.

- la bonne utilisation des médicaments (antipyrétiques, antibiotiques) ;

- la prévention de la mort subite du nourrisson et du syndrome du bébé secoué ;

- la prévention des accidents de la vie courante ;

- la prévention des conduites à risque, par des messages ciblés adressés aux adolescents ;

- les pages consacrées aux vaccinations permettent une meilleure lisibilité du calendrier vaccinal ;

Par ailleurs, la surveillance médicale a été enrichie d'une part de nouveaux items dans les examens déjà mis en exergue, afin de mieux aider encore le praticien, et d'autre part de nouveaux examens individualisés : au deuxième mois, au cours de la troisième année, et de la huitième année.

- Les pages consacrées à la naissance, à la période périnatale et à la sortie de maternité sont plus complètes.

- L'examen de 3 ans : c'est un bon âge pour dépister les troubles du comportement et les troubles des apprentissages tels que l'autisme infantile et TDAH.

- L'examen au cours de la sixième année : l'enfant entrant en cours préparatoire, un bilan de son développement est nécessaire et obligatoire. Il sera le plus souvent effectué par le médecin scolaire à l'école.

Les modifications concernent à la fois le fond et la forme. Elles tiennent compte de l'actualisation des connaissances tant scientifiques que dans le domaine de la communication. La prise en charge de l'enfant est plus envisagée dans sa globalité psycho-comportementale, sensorielle et environnementale. Les améliorations de forme permettent une meilleure lisibilité, un abord plus agréable et incitatif tant pour les familles que pour les professionnels, le rendant encore plus indispensable pour le suivi de l'enfant et de l'adolescent.

## b) ERTL4 et ERTLA 6

### → **Deux outils de repérage et de prévention à l'usage des médecins**

L'intérêt de dépister et d'orienter précocement les enfants déficitaires ou troublés dans leur développement cognitif et langagier est majoritairement reconnu pour prévenir les conséquences dramatiques d'un dépistage trop tardif (risque d'échec scolaire,

d'illettrisme, de marginalisation). Les médecins avaient besoin d'outils simples, rapides et fiables pour remplir leur rôle en médecine de prévention à 2 âges charnières :

- **4 ans**, l'âge des compétences langagières
- **5/6 ans**, l'âge d'accès aux apprentissages fondamentaux.

Depuis 1991, ERTL4 puis ERTLA6 ont été développés et affinés grâce à une collaboration continue entre orthophonistes, pédiatres de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA), épidémiologistes, médecins de PMI et de Santé Scolaire.

### **→ ERTL4 (Epreuves de Repérage des Troubles du Langage utilisables lors du bilan médical de l'enfant de 4 ans)**

Pourquoi examiner le langage à 4 ans ?

Le carnet de santé souligne l'importance que revêt l'examen du langage à 4 ans, âge idéal pour le dépistage des retards et troubles du langage. Malheureusement, environ 1 enfant sur 6 souffre à 4 ans d'un retard ou d'un trouble du langage qui va mettre en danger son avenir scolaire, professionnel et social. La majorité de ces enfants, s'ils ne sont pas identifiés et pris en charge précocement, seront en échec scolaire 5 ans plus tard. A l'inverse, les enfants pris en charge pourront, dans une large majorité des cas, rattraper leur retard ou compenser leur trouble.

Présentation de L'ERTL4 :

ERTL4 répond aux exigences d'une consultation médicale :

- rapide de passation et de cotation (cinq minutes),
- attrayant pour faciliter la participation de l'enfant,
- fiable (validation scientifique réalisée par l'Ecole de Santé Publique de Nancy et le service de Protection Maternelle et Infantile de Meurthe et Moselle en 1996). Les scores proposés sont valables pour des enfants âgés entre 3 ans et 9 mois et 4 ans et demi.

La version actuelle de l'ERTL4 se présente sous la forme d'une valisette en plastique qui contient :

- la plaquette des cinq épreuves,

- le livret d'explications et de consignes,
- 40 carnets de langage comprenant deux grilles de cotation (la deuxième grille de cotation permet au médecin une deuxième passation programmée dans les six mois en cas de doute),
- 64 feuilles de profil qui complètent le message du carnet de langage et permettent de noter le(s) examen(s) éventuellement demandé(s) par le médecin à l'issue de la passation.

#### Atouts d'ERTL4 version III

- cotation plus rapide et plus facile (pour chaque épreuve : résultat vert, orange ou rouge)
- création du carnet de langage, document simple qui explique aux parents l'intérêt du repérage et, éventuellement, d'une prise en charge précoces. ERTL4 version III a été créé pour permettre aux médecins de répondre concrètement aux attentes et aux inquiétudes des parents, par rapport à l'échec scolaire de l'enfant, et aussi de favoriser l'accès aux soins.

#### Utilisation d'ERTL4

Cet outil est utilisé par un nombre important de pédiatres, de généralistes et de médecins de PMI.

#### **→ ERTLA6 (Epreuves de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages utilisables lors du bilan médical de l'enfant de 6 ans)**

Pourquoi examiner le langage et les apprentissages à 5 ans et demi/ 6 ans ?

Avant 6 ans, les enfants qui présentent des pathologies lourdes sont le plus souvent identifiés et orientés. ERTLA6 a été élaboré à la demande, et avec, des médecins pédiatres et de santé scolaire qui ressentaient le besoin de disposer d'un outil pour le

repérage des difficultés et des troubles d'apprentissage utilisable lors du bilan des enfants de 6 ans ne présentant pas de pathologies lourdes.

Cette demande était tout à fait justifiée compte-tenu :

- de la fréquence de l'échec scolaire
- de la nécessité de reconnaître précocement les facteurs de risque de l'inadaptation scolaire, car ces troubles peuvent être compensés et n'être révélés que trop tardivement par des performances insuffisantes ;
- de la nécessité de déterminer l'origine de l'inadaptation pour préciser la spécificité de la ou des prise(s) en charge à proposer et d'optimiser l'efficacité du traitement.

### Présentation de l'ERTLA6

L'ERTLA6 permet au médecin ou à un membre de l'équipe médicale de repérer des enfants qui, souvent malgré un développement apparemment normal, risquent de présenter des retards scolaires, plus ou moins graves suivant les champs de compétences concernés (lecture, orthographe, écriture, calcul), des troubles spécifiques d'apprentissage (dysphasie, dyslexie/dysorthographe, dysgraphie, dyspraxie, dyscalculie), une hyperactivité et/ou des troubles de l'attention, des troubles du comportement.

L'ERTLA6 est un outil :

- rapide de passation : 15 à 20 minutes en moyenne ;
- facile de passation : une seule image de fête foraine est le prétexte à proposer 18 épreuves testant les compétences actuellement admises comme nécessaires aux apprentissages fondamentaux, ou les facilitant ;
- aisé de cotation : utilisation d'un code couleur ;
- fiable.( confirmé par une étude prospective de santé publique en 2005 retrouvant une sensibilité d'ERTLA 6 pour prédire les difficultés ou troubles d'apprentissage de 79 % [63-94], une spécificité de 87 % [81-93], une valeur prédictive positive d'ERLA 6 de 58 % [42-74] et une valeur prédictive négative de 95% [90-99]).

L'ERTLA6 se présente sous la forme d'une valisette en plastique qui contient :

- un dessin plastifié,
- le livret de consignes,
- 30 questionnaires protocoles,
- 40 feuilles de profils,
- 18 tickets de manège.

ERTLA6 est utilisé par les médecins, pédiatres, généralistes, de Santé Scolaire, dans le cadre de la visite d'admission au cours préparatoire (deuxième et troisième trimestre de grande section de maternelle et 1er trimestre du cours préparatoire). À notre connaissance, ERTLA 6 est ainsi le premier test à destination des médecins qui a démontré sa capacité à prédire l'évolution scolaire d'un enfant dès la grande section de maternelle.

### c) Les outils de base pour le dépistage de troubles visuels de l'enfant

**Une lampe crayon** : permet de vérifier en détails les différentes parties de l'œil, d'attester de la présence d'un réflexe photo-moteur, d'étudier son reflet sur la cornée, et peut être utilisée pour vérifier le suivi oculaire.

**Un petit objet coloré** intéressant l'enfant.

**Un ophtalmoscope** à lumière halogène : permet de vérifier à distance la présence d'une lueur pupillaire orange et symétrique. On ne peut y suppléer ni par une lampe crayon ni par un ophtalmoscope à lumière ordinaire (intensité lumineuse trop faible).

**Un cache œil** : permet d'observer le comportement visuel de l'enfant. Ceci peut toutefois être réalisé par une occlusion avec la main sur la tête de l'enfant. Il est aussi utile lorsqu'on prend l'acuité visuelle de chaque œil séparément.

**Un test d'acuité visuelle de loin** : Pour tester l'acuité visuelle de loin, les échelles d'images sont plus appropriées pour les enfants. Elles peuvent être essayées dès 3 ans, par appariement si l'enfant ne verbalise pas suffisamment bien. La meilleure distance à cet âge pour tester l'acuité est 2,5 ou 3 mètres, en divisant les scores par deux si le test se fait habituellement à 5 ou 6 mètres (exemple : un score de 10/10 à 5 mètres correspond à 5/10 à 2,5 mètres). Si on a une échelle de E, il faut considérer que trois choix d'orientation sont acceptables (haut, bas ou de côté) et non pas quatre car les enfants de 3-4 ans n'ont pas encore suffisamment intégré la différence gauche/droite. Il faut préciser que l'acuité visuelle optimale de 10/10 est obtenue normalement vers 5 ou 6 ans, âge auquel on peut commencer à utiliser une échelle de lettre de Monoyer.

#### d) Les outils de base pour le dépistage auditif de l'enfant

**L'otoscope** : instrument servant à contrôler visuellement l'intégrité du conduit auditif externe (présence ou non d'un bouchon de cérumen, d'une otite externe...) et des tympans (otite séreuse, ...) de chaque oreille de l'enfant ;

**La voix** : chuchotée ou non afin de vérifier la réponse adaptée à un stimulus sonore.

**Les objets sonores ou boîtes de Moatti** : jouets reproduisant le son de certains animaux calibrés à différentes fréquences.

## ***D) Les limites du système français de dépistage de l'ES à l'école primaire***

### **1) Les parents et l'environnement familial**

L'environnement familial, et notamment parental, peut influencer sur le bon développement physique, psychologique et social de l'enfant et être responsable de difficultés d'intégration scolaire et dans la société. On peut retenir certains éléments limitant ou ralentissant une prise en charge de l'ES, comme par exemple des conflits intrafamiliaux, des problèmes financiers, des problèmes d'intégration culturelle et sociale, des cas de maltraitances ou addiction familiale (drogue, alcool...).

### **2) La Formation du corps professoral**

Dans le système de lutte actuel, le professeur des Ecoles est le premier maillon dans le dépistage de l'échec scolaire des élèves de sa classe. Ainsi les futurs enseignants doivent tous être rompus à la compréhension de l'échec scolaire, dans la pluralité de ses causes et dans la complexité de ses conséquences. Pourtant les étudiants en Institut Universitaire de Formation des Maîtres (IUFM) en France ne reçoivent qu'une formation succincte et parcellaire de l'échec scolaire, sans aborder réellement le côté médical, psychologique ou psychiatrique ; domaines pourtant prépondérant dans les causes de l'ES.

### **3) Le PPRE et le RASED**

L'idéal républicain d'égalité ne doit plus cautionner l'uniformité pédagogique. L'école publique doit apporter un soutien personnalisé à chaque enfant en difficulté. La création des PPRE applicable dès la rentrée 2006 a plus défini les objectifs qu'elle n'a donné les moyens humains ou financiers pour les faire appliquer. Ainsi le RASED qui semblait être une réponse satisfaisante au sein du PPRE a connu des difficultés de fonctionnement tant sur le plan géographique avec une inégalité de répartition sur le territoire que sur le plan humain et financier, avec des RASED souvent incomplets. D'ailleurs l'avenir de cette organisation semble être compromis avec la disparition de 3000 postes depuis la rentrée 2009 et parallèlement une diminution des effectifs des enseignants ou éducateurs en formation dans cette filière.

### **4) La médecine scolaire**

Elle fait partie des spécialités médicales en crise. D'année en année on note une baisse des effectifs due à la conjonction de plusieurs facteurs : des départs en retraite non remplacés, une filière peu attractive pour les étudiants en médecine, des suppressions de postes... Dans ce contexte, les médecins scolaires en exercice ont de plus en plus de mal à remplir toutes les missions qui leur sont imparties. De ce fait, il arrive que l'examen de la sixième année, pourtant obligatoire et essentiel dans le dépistage de nombreuses causes de l'échec scolaire, ne soit pas effectué, d'autant plus quand on rencontre dans certaines régions les plus défavorisées un médecin scolaire pour 15 000 élèves.

## **5) Les pédiatres**

C'est une spécialité médicale également en crise. Sa pratique s'oriente vers une pratique exclusivement hospitalière, la pédiatrie de ville étant de plus en plus dévolue à la médecine générale. La France affiche aujourd'hui le taux de natalité le plus élevé d'Europe, le nombre de ses pédiatres de ville baisse régulièrement (un seul pédiatre pour 5 300 enfants, soit trois fois moins que la moyenne européenne). Il en découle que pour obtenir un avis spécialisé en pédiatrie le délai d'attente est de plus en plus long pour les familles, avec de grosses disparités géographiques en fonction de la proximité ou non d'un centre hospitalier possédant un service de pédiatrie.

## **6) Les neuropédiatres**

Pratique pédiatrique souvent hospitalière et principalement en centre hospitalier universitaire (C.H.U), se pose alors le problème de l'accessibilité aux soins et du suivi pour les familles éloignées des grandes villes.

## **7) Les pédopsychiatres**

Le nombre de consultations en pédopsychiatrie ne fait que croître depuis les dix dernières années, alors que le nombre de pédopsychiatres n'augmente pas en conséquence. Il en résulte des délais d'attente et de prise en charge de plus en plus longs. L'exercice de cette spécialité s'exerce le plus souvent dans des CMPP et/ou CMP qui pour ces derniers ne sont présents que dans les villes de plus de 20 000 habitants.

## **8) Les médecins généralistes**

L'activité de pédiatrie s'est accrue en médecine générale devant la diminution du nombre des pédiatres de ville, ce qui nécessiterait une formation plus poussée de la médecine infantile afin de tenir ce rôle de façon optimale (notamment dans le domaine du dépistage d'anomalies psycho-intellectuelles de l'enfant). Les facultés de médecine ne dispensent qu'exceptionnellement des cours sur l'échec scolaire aux médecins généralistes. D'ailleurs les bilans orthophoniques ou psychomoteurs qui sont des prescriptions médicales ainsi que l'interprétation de leurs résultats ne sont que très succinctement abordés.

## **9) Les orthophonistes**

Les seules limites dans la prise en charge des enfants en difficultés scolaires sont parfois des délais un peu longs.

## **10) Les psychologues**

Le problème essentiel dans la prise en charge en ville (qui représente la majorité de leur activité) demeure le non remboursement de la consultation pouvant être un frein pour certaines familles. En structure spécialisée et conventionnée (CMP et CMPP), la difficulté demeure des délais d'attente importants pouvant aller de trois mois à un an.

## **II) Enquêtes**

### **A) *Justificatif***

Comme nous l'avons vu dans cette première partie, les causes de l'échec scolaire de l'élève en primaire sont plurifactorielles, et la prise en charge implique de nombreux acteurs dont le médecin généraliste. Malgré le système de lutte actuel contre l'échec scolaire en primaire, les chiffres ne montrent pas de baisse significative et mettent en évidence certaines limites, ce qui incite à l'améliorer.

En tant que futurs médecins généralistes, nous nous sommes interrogés sur la place de la médecine générale dans le dépistage et la lutte contre l'échec scolaire. Nous nous sommes intéressés plus particulièrement à l'école primaire, car il semble bien qu'une prise en charge précoce sera plus efficace si les premiers acquis et les apprentissages fondamentaux sont solides (conclusion du rapport de 2007 du Haut Conseil de l'Education sur l'école primaire).

La médecine générale se veut en France une médecine de proximité, de prévention, de coordination et de soins avec une approche globale du patient. A ce titre, on peut penser que le médecin généraliste occuperait une place de choix dans la lutte contre l'échec scolaire, mais qu'en est-il en réalité ?

Dans une première enquête nous nous sommes interrogés sur les moyens mis en œuvre par les professeurs des Ecoles en zone rurale dans le dépistage et la prise en charge de l'ES en primaire.

Les objectifs secondaires sont la mise en évidence des causes, des mesures et des acteurs sollicités en cas de difficultés scolaires d'un élève en primaire lors d'une année scolaire au sein d'une communauté de communes.

Dans une seconde enquête nous nous sommes penchés principalement sur les pratiques de médecine générale en zone rurale mises en œuvre pour dépister, analyser et traiter les difficultés scolaires à l'école primaire.

Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence la place du dépistage de l'ES en pratique de médecine générale en milieu rural : identifier les moyens humains et matériels auxquels ont recours les médecins généralistes pour la prise en charge de l'ES, mettre en évidence les éventuels problèmes rencontrés dans leur prise en charge, identifier les améliorations possibles à apporter.

## ***B) Enquête n°1***

### **1) Matériel et méthode**

L'objectif a été d'établir une photographie durant l'année scolaire 2007/2008 à l'école primaire des causes de difficultés scolaires ressenties par les professeurs des Ecoles, de mettre en évidence les intervenants sollicités et de recueillir les mesures mises en place à travers une enquête descriptive qualitative.

Notre enquête s'est déroulée au sein de groupements scolaires appartenant à la communauté de communes rurales Plaine Nord LOIRET comptant environ 6200 habitants. Il s'agit d'une communauté de commune située au nord d'Orléans réunissant quatre groupements scolaires avec une répartition des élèves en primaire comme suit : Outarville : 83, Gréneville : 80, Boisseaux : 81 et Bazoches : 147 Ces quatre regroupements d'écoles avaient la particularité d'être, durant cette année scolaire, fortement dépourvus de médecine scolaire avec un médecin scolaire départemental basé à Orléans et peu, voire pas, d'infirmière scolaire. Par faute de moyen humain, la médecine scolaire, pourtant maillon essentiel dans le dépistage de l'ES, était donc peu présente dans ces territoires. Nous espérons donc mettre clairement en évidence

d'autres acteurs vers lesquels se tournent les professeurs en cas de difficultés scolaires chez un de leurs élèves.

Les participants actifs principaux dans le recueil des données ont été les professeurs des Ecoles. Nous avons mis à leur disposition en début d'année scolaire des « fiches individuelles informatives »(FII) (cf. infra) qu'ils ont remplies à chaque fois qu'ils ont ressenti des difficultés scolaires chez un élève de leur classe. Il s'agissait de remplir une FII par élève en difficultés scolaires, fiche que le professeur a pu compléter jusqu'à la fin de l'année scolaire en fonction de l'évolution de la prise en charge de l'élève en difficulté. Nous avons récupéré en juin 2008 l'ensemble des FII afin d'en analyser le contenu. A aucun moment les professeurs ni leurs supérieurs n'ont eu à se justifier quant à leurs écrits.

Les sujets d'enquête ont été les enfants inscrits du CP au CM2 durant l'année scolaire 2007/2008 de notre communauté de communes. L'effectif total des enfants inscrits durant cette année était de 391. L'anonymat de l'enfant a été parfaitement respecté avec une identification du sujet par ses initiales, son sexe, son âge, son niveau de classe actuel et son ancienneté dans le groupe scolaire.

## **2) Les fiches individuelles**

### **a) La fiche individuelle vierge**

Voir ANNEXE N°1

### **b) Les fiches individuelles remplies**

Voir ANNEXE N°2

### **3) Les résultats**

Nous avons relevé en fin d'année scolaire 2007/2008 48 FII soit 48 enfants déclarés par leurs professeurs à un moment ou à un autre de l'année en difficultés scolaires dans leur classe. Ceci représente sur cette année scolaire en primaire 12 % d'enfants déclarés en difficulté sur cette communauté de commune.

Le sexe ratio de ces 48 enfants est d'environ 2 garçons pour 1 fille, en effet nous avons identifié 31 garçons pour 17 filles.

Si on analyse chaque niveau de classe on note sur ces 48 enfants :

- 14 enfants en CM2 dont 11 garçons et 3 filles et dont 6 enfants sont arrivés en cours de cursus primaire dans le groupe scolaire et un élève non renseigné
- 8 enfants en CM1 dont 5 garçons et 3 filles et dont 1 élève arrivé en cours de cursus primaire
- 7 enfants en CE2 dont 3 garçons et 4 filles et dont 2 élèves arrivés en cours de cursus primaire
- 12 enfants en CE1 dont 8 garçons et 4 filles dont 11 enfants présents dès le début du cursus primaire et 1 élève non renseigné
- 7 enfants en CP dont 4 garçons et 3 filles

Si on analyse les résultats des causes des difficultés scolaires ressenties par les professeurs, on note :

18 fois des difficultés de lecture/écriture ou calcul dont 3 fois notées des dyslexies (connues ou ressenties par le professeur) et 2 fois notées des dysgraphies (connues ou de novo) ;

13 fois le milieu familial est évoqué sous forme de mots ou expressions comme « absence », « perturbant », « marginal », « déficient », « sans repère », « éveil culturel pauvre », « manque de suivi » ;

12 fois le manque de concentration sans précision ;

8 fois le manque de motivation sans précision ;

8 fois l'agitation / violence verbale ou physique de l'enfant ;  
2 fois des problèmes médicaux purs dont 1 fois une myopie et 1 fois une infirmité motrice cérébrale congénitale ;  
3 fois où les causes ressenties sont non renseignées sur la FII.  
Si on analyse les résultats concernant les intervenants sollicités, on note que:  
24 fois le RASED est sollicité dont 14 fois le maître E est précisé et 10 fois le psychologue scolaire est précisé ;  
18 fois l'orthophoniste est sollicité ;  
9 fois les parents sont cités ;  
5 fois le CMPP est mentionné ;  
4 fois le CMP est mentionné ;  
4 fois le psychologue est cité sans autre précision ;  
3 fois une aide éducative est noté ;  
1 fois le psychomotricien est noté ;  
1 fois le médecin est mentionné sans autre précision ;  
4 FII sont non renseignées pour cette question.

Si on analyse les résultats sur les mesures mises en place, on note :  
14 fois RASED spécifié ;  
13 fois aide individualisée dont 4 fois PPRE spécifié ;  
11 fois soutien scolaire non spécifié ;  
8 fois des séances d'orthophonie ;  
5 fois le maître E est mentionné ;  
4 fois une pédagogie différenciée ;  
4 fois un suivi CMPP ;  
4 fois une table isolée avec exercice adapté ;  
4 fois une orientation 6<sup>ème</sup> SEGPA dont 3 en fin de CM2 et 1 dès la fin du CM1 ;  
4 fois un parrainage ou tutorat ;  
2 fois une psychothérapie non spécifiée ;  
2 fois un redoublement dont 1 pour le CE1 et 1 en CM2 ;

- 1 fois une AVS ;
- 1 fois un placement en famille d'accueil ;
- 1 fois une psychologue de ville proposée par le médecin traitant ;
- 3 fois une FII non renseignée pour la question en niveau CM2.

## **C) Enquête n°2**

### **1) Matériel et méthode**

L'objectif de notre seconde enquête a été de recueillir, auprès des médecins généralistes exerçant dans la zone géographique de la plaine nord Loiret, leur avis concernant les causes de l'échec scolaire des enfants en primaire et leur rôle éventuel dans sa prise en charge par une étude descriptive qualitative.

Nous avons été reçus, après accord téléphonique préalable, par dix médecins généralistes sur seize exerçant dans la zone géographique rurale de notre première enquête (Plaine Nord Loiret).

Les interviews ont été recueillies sur la période du 15 juin 2010 au 29 juin 2010 au cours d'une journée de travail des médecins interrogés.

Le recueil des interviews s'est fait en direct par un enregistreur numérique.

La durée des interviews n'était pas limitée en temps.

Les médecins interrogés ont eu à répondre de façon libre aux six mêmes questions de façon anonyme.

### **2) Les interviews**

#### **a) Le questionnaire médecin**

Voir ANNEXE N°3

## b) Les interviews réalisées

Voir ANNEXE N°4

### 3) Les résultats

On note tout d'abord que la durée des interviews a été en moyenne de 10 min 34sec, l'interview la plus longue étant de 15 min 40 sec et la plus courte de 8 min 11 sec .

Concernant ***la présentation des médecins interrogés*** :

- on note 8 hommes interrogés pour 2 femmes,
- l'âge moyen des médecins interrogés est de 55 ans 8 mois, le médecin le plus jeune ayant 31 ans et le plus âgé 65 ans.
- Sur les 10 médecins interrogés : 3 exercent seuls, les 7 autres exerçant en cabinet de groupe.

Concernant les réponses à la question 2 : ***Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prise en charge de l'échec scolaire(ES) chez les enfants en primaire ? Pourquoi?***

- On note 7 réponses affirmatives, 1 réponse négative et 2 réponses sans opinion.
- Dans les réponses affirmatives, les raisons évoquées sont :
- 4 fois la prescription d'orthophonie,
- 4 fois le médecin généraliste est un point de passage des familles,
- 3 fois le dépistage de troubles éducatifs ou de maltraitances,
- 3 fois la souffrance des parents,
- 2 fois les causes psychiatriques,
- 2 fois les problèmes sociaux,

- 2 fois les retards du langage,
- 2 fois les retards psychomoteurs,
- 1 fois les enfants surdoués,
- 1 fois les enfants hyperactifs,
- 1 fois la disparition de la médecine scolaire,
- Pour la réponse négative à cette question, la raison donnée est que « l'ES n'a rien à voir avec l'état médical de l'enfant ».
- Pour les deux réponses sans opinion : Les Médecins concernés considèrent que l'ES est plutôt du ressort de l'école et ont du mal à définir leurs rôle dans cette prise en charge.

Concernant les réponses à la question 3 : ***Quelles sont les principales causes d'une manière générale de l'échec scolaire en primaire ? Quelles sont celles que vous rencontrez le plus souvent dans votre consultation ?***

- On note 10 fois des causes médicales avec des causes auditives précisées 2 fois, la douleur de l'enfant précisée 2 fois, des causes visuelles précisées 1 fois, la migraine de l'enfant précisée une fois.
- On note 8 fois des causes sociales.
- On note 7 fois des troubles relationnels familiaux.
- On note 5 fois des causes psychologiques.
- On note 3 fois les dys-.
- On note 2 fois le déficit intellectuel.
- On note 2 fois le trouble du développement.
- On note 2 fois les TDAH.
- On note 2 fois le niveau culturel des parents.
- On note 1 fois le manque de sommeil.
- On note 1 fois les addictions.
- On note 1 fois la souffrance néonatale.
- On note 1 fois la difficulté de langage.
- On note 1 fois la grande médiocrité de l'enseignement.

Concernant les réponses à la question 4 : ***Quels moyens mettez-vous en œuvre pour dépister ces principales causes identifiées précédemment ?***

- On note 5 fois les faire lire.
- On note 4 fois l'utilisation de test auditif.
- On note 4 fois l'utilisation de test visuel ;
- On note 4 fois l'observation du comportement de l'enfant.
- On note 4 fois rien.
- On note 3 fois l'examen clinique de l'enfant.
- On note 2 fois l'interrogatoire des parents.
- On note 2 fois les faire écrire.
- On note 2 fois le recours au carnet de santé.
- On note 1 fois les faire compter.
- On note 1 fois le recours aux structures spécialisées (CMP, CAMSP, RASED).
- On note 1 fois le contact avec l'enseignant.
- On note 1 fois la prescription d'orthophonie.
- On note 1 fois le recours à un psychomotricien.

Concernant les réponses à la question 5 : ***Rencontrez-vous des difficultés dans votre prise en charge de l'échec scolaire au quotidien ?***

- On note 8 fois une dépendance à des professionnels dont 4 fois un déficit en pédopsychiatre, 3 fois un déficit de professionnels sans précision, 3 fois des délais d'attentes trop longs pour les orthophonistes, 2 fois des délais d'attente trop longs sans précisions, 2 fois des délais d'attente trop longs pour les structures spécialisées, 2 fois un déficit en médecin scolaire, 2 fois une distance géographique trop importante entre le lieu d'habitation de l'enfant et les structures de prise en charge, 1 fois un délai d'attente trop long avec la pédiatrie hospitalière, et 1 fois un déficit en pédiatres libéraux.
- On note 3 fois aucune difficulté avec le recours aux orthophonistes ;
- On note 3 fois le peu de relations entre le milieu médical et le milieu scolaire.
- On note 3 fois des difficultés administratives.

- On note 3 fois le manque d'information pour l'orientation des enfants.
- On note 2 fois une demande inadaptée de séances d'orthophonie.
- On note 1 fois l'absence de communication entre le médecin et les structures spécialisées (CMP, CMPP)
- On note 1 fois la limitation due à la déontologie médicale dans le partage de l'information avec des intervenants non-professionnels de santé.
- On note 1 fois l'absence de difficultés rencontrées.

Concernant les réponses à la question 6 : ***D'après vous quels moyens simples pourraient être mis en œuvre dans l'aide à la prise en charge par les médecins généralistes de l'échec scolaire en primaire ?***

- On note 6 fois le besoin de formation adaptée.
- On note 4 fois la création d'une grille d'évaluation et 1 fois l'utilisation de l'ERTL6 à généraliser.
- On note 3 fois le besoin d'une codification de l'acte.
- On note 3 fois la nécessité de plus de communication entre le milieu médical et l'Education Nationale.
- On note 3 fois la nécessité d'un médecin référent de l'enfant.
- On note 2 fois le besoin de temps médical.
- On note une fois l'utilisation du carnet de santé.
- On note 1 fois la création de structure adaptée.

### ***III) Discussion***

Si on analyse les résultats de la première enquête, on constate que les 48 cas déclarés en difficultés scolaires sont principalement répartis dans les niveaux CE1 et CM2 avec une majorité de garçons. Ces deux classes sont finalement des années charnières en primaire. En effet le CE1 marque la fin du cycle des apprentissages fondamentaux et se trouve directement après le CP, une année importante pour les premières acquisitions dans des domaines aussi importants que la lecture et l'écriture. Les troubles de ces apprentissages sont d'ailleurs une cause fréquente d'ES touchant 10 à 12 % des enfants scolarisés et majoritairement des garçons, se révélant donc clairement à cette période. Le CM2 est également une année importante, elle marque la fin du cursus primaire et la fin du cycle des approfondissements où les acquis fondamentaux doivent être solides pour l'entrée au collège.

Aussi cette recrudescence des cas en difficultés scolaires pour ces deux niveaux, marquée dans notre étude, est également en accord avec les conclusions du rapport de l'HCE 2007 qui stipule que « l'école élémentaire ne permet pas, en général, de réduire les difficultés repérées au début de la scolarité obligatoire. » D'ailleurs dans cette première enquête sur les 14 enfants en difficulté scolaire en fin de CM2, seuls 3 enfants sont orientés en 6ème SEGPA et 1 redouble, la majorité débutant déjà le collège avec des problèmes scolaires.

Une des mesures mises en place par l'Education Nationale en cas d'ES peut être le redoublement. Il est mentionné dans notre étude 2 fois dont une fois en fin de CE1 et 1 fois en fin de CM2. Le redoublement n'est donc pas une mesure fréquente ce qui respecte d'ailleurs les conclusions du dernier rapport de l' HCE 2007 : « le redoublement précoce est inefficace. »

Ces premières constatations montrent l'intérêt majeur de dépister très précocement dans le cursus scolaire de l'enfant toutes difficultés pouvant être cause d'ES afin d'y remédier le plus rapidement possible. Le médecin généraliste a sans doute un rôle à jouer dans ce but.

Si on prend les causes ressenties de difficultés scolaires par les professeurs dans notre première enquête, on note une part importante (18 fois sur 48) de difficultés en lecture, écriture ou en calcul, 3 fois le diagnostic de dyslexie est précisé et 2 fois on note une dysgraphie. Ces situations nécessitent l'intervention d'un orthophoniste qui n'a lieu que sur prescription médicale.

D'ailleurs si on interprète en parallèle les résultats de notre deuxième enquête, on s'aperçoit que les médecins généralistes interrogés et qui disent en majorité (7 sur 10) avoir un rôle à jouer dans la prise en charge de L'ES chez les enfants en primaire précisent 4 fois sur 7 la prescription d'orthophonie comme raison de leur implication.

On note donc ainsi une concordance dans les résultats des deux enquêtes sur la nécessité d'un passage chez le médecin généraliste dans le cadre d'une consultation pour difficultés scolaires aboutissant ainsi à une prescription médicale.

La deuxième cause la plus souvent ressentie par les professeurs concernant l'ES ( 13 fois sur 48) est le milieu familial évoqué sous forme de mots ou expressions comme « absence », « perturbant », « marginal », « déficient », « sans repère », « éveil culturel pauvre », « manque de suivi » . En parallèle dans notre seconde enquête la cause sociale (8 fois sur 10) et familiale (7 fois sur 10) ressort également en deuxième et troisième position dans les causes d'échec scolaire citées par les généralistes question 3. Et de plus, auprès des médecins généralistes affirmant avoir un rôle à jouer dans la prise en charge de l'ES, on note 4 fois le médecin généraliste comme étant un point de passage des familles , 3 fois les troubles éducatifs ou de maltraitance, et 3 fois la souffrance des parents.

Le médecin généraliste est un médecin de proximité, et souvent considéré comme médecin de famille, avec une connaissance de part ce statut du milieu intra familial et de ses troubles. Il peut donc de ce fait avoir une place importante voire légitime dans le dépistage de l'ES lié à des troubles familiaux et sociaux.

Dans les autres causes ressenties, les problèmes médicaux purs sont minoritaires (2 fois sur 48 dont 1 fois une myopie et une fois une infirmité motrice cérébrale congénitale). Pourtant on retrouve des causes psycho-comportementales plus fréquentes (12 fois un manque de concentration, 8 fois un manque de motivation et 8 fois une agitation ou violence physique ou verbale de l'enfant) qui pourraient masquer des problèmes sous-jacents nécessitant un avis médical afin d'éliminer des diagnostics tels que des troubles auditifs, un TDAH, une précocité intellectuelle, une anxiété, une dépression ou un autre trouble psychiatrique pouvant relever d'une prise en charge spécifique adaptée. D'ailleurs dans l'enquête 2, le médecin généraliste semble sensibilisé aux problèmes psycho-comportementaux, car la moitié des médecins interrogés citent les problèmes psychologiques dans les causes d'ES et disent être attentifs aux troubles du comportement de l'enfant lors de leurs consultations pour 4 sur 10 d'entre eux.

Si on analyse les intervenants sollicités par les professeurs, le RASED est mentionné dans la moitié des cas (24 fois sur 48) témoignant de l'importance des réseaux intra-scolaires dans la prise en charge de l'ES. Parmi le RASED, 14 fois le maître E et 10 fois le psychologue scolaire sont relevés. On doit préciser que durant l'année scolaire étudiée dans notre enquête le poste de maître G n'était pas pourvu ; et d'ailleurs depuis et malgré le recours fréquent à cette structure par les enseignants son maintien semble de plus compromis. Dans notre deuxième enquête, le RASED est mentionné une seule fois au cours de tous les interviews et est donné en réponse à la question 4 « Quels moyens mettez-vous en œuvre pour dépister ces principales causes identifiées précédemment ? » alors qu'en aucun cas le médecin généraliste ne peut solliciter le RASED, ce qui témoigne d'une méconnaissance du système de lutte contre l'ES de l'Education Nationale.

Ensuite l'intervenant le plus souvent sollicité par les professeurs s'avère être l'orthophoniste (18 fois sur 48) ce qui reconferme la nécessité d'une prescription médicale pour la prise en charge optimale.

L'intervenant le moins sollicité (1 fois sur 48) par les professeurs est le médecin dont la spécialité n'est pas précisée. A noter que durant l'année scolaire étudiée, la

communauté de communes Plaine Nord Loiret était fortement dépourvue en médecine scolaire; il n'y avait qu'un médecin scolaire départemental basé à Orléans. Le médecin n'est cité qu'après d'autres intervenants tels que les parents (9 fois), les structures comme CMPP (5 fois) et CMP (4 fois) et le psychologue (4 fois) sans autre précision. On peut voir se dessiner par ces résultats un certain fossé entre milieu médical et l'Education Nationale dans la prise en charge de l'ES. Cela est conforté par les réponses dans la deuxième enquête des médecins généralistes qui en majorité semblent concernés par leur rôle à jouer dans le dépistage de l'ES (7 médecins sur 10) alors qu'ils n'apparaissent pas pour les professeurs comme intervenants à solliciter dans cette prise en charge.

De plus l'analyse des mesures mises en place par le corps professoral dans la première enquête retrouve bien l'utilisation prédominante d'action à visée pédagogique intra-scolaire (RASED spécifié 14 fois sur 48,13 fois une aide individualisée dont 4 PPRE spécifié, maître E 5 fois, 4 fois une pédagogie différenciée, 4 fois une table isolée avec exercice adapté, 4 fois un parrainage ou tutorat); alors que les mesures médicales et paramédicales apparaissent minoritaires (8 fois sur 48 des séances d'orthophonies, 2 fois une psychothérapie non spécifié et 1 fois une psychologue de ville proposée par le médecin traitant).

Dans l'enquête 2 on retrouve également un manque flagrant de communication entre le milieu scolaire et le milieu médical le contact avec un enseignant n'étant précisé qu'une fois dans les moyens mis en œuvre pour dépister les principales causes d'échec scolaire. Ce manque de communication peut être expliqué dans certains cas par le désintérêt de quelques médecins (3 médecins sur 10 comprenant 2 sans opinion et une réponse négative à la deuxième question) qui considèrent que l'échec scolaire est du ressort de l'Education Nationale et non de la médecine générale.

Si on analyse plus particulièrement les autres résultats de l'enquête 2, on peut ajouter que la première cause évoquée par les médecins interrogés concernant les causes d'échec scolaire est d'ordre médical (10 fois sur 10 avec 2 fois des causes auditives précisées, 2 fois la douleur de l'enfant, 2 fois des causes visuelles et 1 fois la migraine de l'enfant). On peut noter d'emblée un désaccord dans les résultats avec la première

enquête où les professeurs identifiaient comme première cause d'ES des troubles de la lecture et d'écriture, qui ne sont retrouvés qu'en 5ème position chez les médecins généralistes (3 fois sur 10 les dys sont notés). Ce qui est étonnant c'est que dans les moyens mis en œuvre par les médecins dans l'enquête 2 question 4, la lecture arrive en première position (5 fois sur 10) devant les moyens de dépistage auditif et visuel (4 fois sur 10 pour l'un et l'autre) ; on peut s'interroger sur la réelle connaissance des médecins généralistes concernant les causes de l'ES et sur leur formation quant au dépistage des dys par la lecture qu'ils disent mettre en œuvre.

Si on étudie les réponses à la question 5, on s'aperçoit que les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur prise en charge de l'ES concernent les relations avec les professionnels de santé (8 fois sur 10) notamment un déficit en nombre (pédopsychiatres (4 fois), professionnels sans précision (3 fois), médecin scolaire (2 fois) et pédiatres libéraux (1 fois)). Aussi ils mentionnent leurs difficultés en terme de délai d'attente trop long (orthophonistes (3 fois), sans précision ou concernant les structures spécialisées (2 fois pour chaque), la pédiatrie hospitalière (1 fois)). Enfin ils font état de distance géographique trop importante pour une prise en charge adaptée (2 fois). Toutes ces difficultés peuvent aboutir à un désinvestissement du médecin généraliste dans sa prise en charge surtout quand se surajoutent des difficultés administratives (relevées 3 fois sur 10) et un manque d'information avoué sur la bonne orientation à mettre en œuvre concernant les enfants en échec scolaire (3 fois sur 10)

On constate aussi que dans 3 cas sur 10, les médecins se plaignent d'un manque de communication avec le milieu scolaire. D'ailleurs ils peuvent se retrouver confrontés à un problème de déontologie médicale dans le partage des informations avec des intervenants non-professionnels de santé tels que les professeurs des écoles ; ce qui peut participer aux difficultés relationnelles. Le déficit, voire l'absence, de médecins scolaires comme relai médical au sein de l'école prend alors peut-être toute son importance dans le manque de communication entre deux milieux scolaire et médical de ville, pourtant enclin à participer à la prise en charge de l'ES de l'enfant.

Enfin à travers la question 6 les généralistes nous donnent quelques pistes à explorer afin d'améliorer leur prise en charge de l'ES. Tout d'abord il paraît évident que le problème principal vient d'un manque de formation adaptée à la prise en charge de l'enfant notamment concernant l'ES( 6 fois sur 10) alors que les consultations de pédiatrie prennent une part de plus en plus importante en médecine générale devant la disparition progressive de la pédiatrie de ville. Aussi les médecins généralistes sont demandeurs d'une grille d'évaluation simple à mettre en œuvre au cours de leur consultation (4 fois sur 10) si cet acte est codifié et reconnu en tant que tel (3 fois sur 10), le temps médical accordé à cet examen se ferait alors au détriment d'autres actes (2 fois notés) .Dans ces moyens on retrouve une fois précisée l'utilisation de l'ERTL6 comme moyen à généraliser. Une autre idée évoquée est la nécessité d'avoir un médecin référent de l'enfant, comme cela se pratique pour l'adulte afin d'optimiser le suivi de l'enfant (3 fois sur 10) ou encore la bonne utilisation du carnet de santé comme moyen de coordination entre les professionnels de santé (1 fois sur 10). Pour finir un médecin évoque la création de structures spécialement adaptées à la prise en charge de l'ES en primaire.

A partir de l'analyse des données de ces deux enquêtes, on constate que les médecins généralistes sont majoritairement d'accord pour participer et avoir un rôle à jouer dans le dépistage précoce de l'ES ; par contre il paraît nécessaire de trouver des moyens d'améliorer et de systématiser certains éléments dans leurs prises en charge. Au niveau de sa consultation, le médecin généraliste doit être attentif au dépistage de l'ES précocement et notamment si possible avant l'entrée au CP ou l'année du CP voire du CE1. Aussi le médecin doit être particulièrement attentif aux causes les plus fréquentes de l'ES : les TSA, les troubles socio-familiaux tout en continuant à éliminer des troubles neurosensoriels. Pour ce faire il paraît indispensable qu'une formation appropriée soit dispensée au médecin, sur les TSA notamment, afin de savoir les dépister de manière plus pertinente, d'orienter plus efficacement et de manière éclairée vers les orthophonistes et de savoir interpréter les résultats. Le médecin par ailleurs est le plus à même de repérer les problèmes psychoaffectifs et relationnels intrafamiliaux par sa place privilégiée de médecin de famille. Cependant ce dépistage

précoce de l'ES ne se fera pas sans l'appui et la collaboration du milieu scolaire et ses moyens actuels de lutte existants. En effet le rôle du médecin scolaire pourtant déficitaire et dont l'avenir paraît incertain peut apparaître comme relai d'information essentiel entre les professionnels de ville et les professionnels de l'éducation nationale. De plus le RASED, pierre angulaire du système de lutte éducatif contre l'échec scolaire et largement sollicité par les professeurs, semble pourtant de plus en plus menacé de disparition ou de restructuration devant des effectifs incomplets. Le RASED devrait pourtant être maintenu et amélioré avec la nécessité d'un échange avec un intervenant médical qui à défaut d'être un médecin scolaire pourrait être le médecin généraliste ou le pédiatre suivant l'enfant. Encore faudrait-il que les médecins connaissent mieux les réseaux intra-scolaires et qu'une réflexion soit faite sur les modalités d'échange d'informations compte-tenu de l'existence du secret médical.

Pour une prise en charge complète et optimale de l'ES, le médecin généraliste dans son rôle de coordonnateur de ces actions reste confronté au problème récurrent de déficit ou d'inadéquation géographique des professionnels médicaux et paramédicaux sollicités paraissant difficile à améliorer à court terme. Se surajoute sans doute une méconnaissance des structures existantes (CMP, CMPP,...), avec une communication déficiente.

De toutes ces constatations obtenues à partir de nos deux enquêtes on peut tenter de proposer ce que devrait être une consultation type du médecin généraliste pour le dépistage précoce de l'échec scolaire chez tout enfant rentrant en primaire.

Cette consultation devrait de façon optimale être réalisée au cours de la sixième année et au plus tard avant le début du CE1. Cette consultation obligatoire est déjà prévue dans le carnet de santé (p56 de la version actuelle) et doit être réalisée normalement par le médecin scolaire à l'école. Cependant devant la pénurie en médecin scolaire cet examen pourtant essentiel n'est pas fait de manière systématique ou réalisé bien souvent par une infirmière scolaire. Une consultation médicale complémentaire par le médecin généraliste paraît donc tout à fait justifiée. Cette consultation doit alors s'attacher à des éléments de dépistage des causes principales recensées de l'ES par des moyens précis tels que :

- l'utilisation systématique de l'ERTLA6 qui permet de repérer les enfants à risque de développer des troubles dans les domaines de la lecture, de l'orthographe, de l'écriture, du calcul, des TSA, de l'hyperactivité et/ou des troubles de l'attention et du comportement. Ce test peut répondre aux contraintes de l'exercice de la médecine générale car rapide de passation (15 à 20 min), facile à réaliser et fiable (étude prospective de santé publique 2005 sur la validité de l'ERTLA6). Le résultat de ce test peut aboutir à une prescription orientée, éclairée et non imposée ou subite, d'un bilan orthophonique,
- un attachement particulier du médecin lors de l'interrogatoire à l'environnement socio-familial de l'enfant et des difficultés éventuelles existantes comme par exemple des problèmes de conflits parentaux, financiers, de déracinement, de maltraitance, d'addiction parentale ou de l'enfant...doit permettre d'aboutir à une orientation plus pertinente vers une consultation psychiatrique ou pédopsychiatrique accompagnée et expliquée dans sa démarche ou une mise en relation avec les services sociaux,
- un examen clinique systématique et orienté dans le dépistage des troubles neuro sensoriels et moteurs. Cet examen comprendra des tests visuels réalisables en cabinet de médecine générale avec une analyse morphologique de l'œil et du suivi oculaire par l'utilisation d'une lampe crayon avec vérification de la présence symétrique du réflexe photo-moteur. L'utilisation d'un ophtalmoscope à lumière halogène permettra de vérifier à distance la présence normale de la lueur pupillaire orange et symétrique éliminant ainsi une éventuelle cataracte ou tumeur rétinienne. On pourra enfin réaliser un test d'acuité visuelle de loin à l'aide de planche de lettres de Monoyer ou de dessins, vers 5-6 ans une acuité visuelle sera considérée normale à 10/10. Les tests auditifs à réaliser utiliseront l'otoscope pour l'analyse morphologique de chaque oreille, la voix à différents niveaux sonores et enfin des objets sonores calibrés à différentes fréquences ou boîte de Moatti afin d'affiner le dépistage fonctionnel. Enfin les tests de la motricité ne nécessitent pas d'outils particuliers en médecine générale, et consisteront principalement à observer l'enfant dans la réalisation, par exemple, d'un saut en avant ou à cloche pieds, du déshabillage coordonné pour la motricité globale ou encore de dessiner un bonhomme en trois parties pour la motricité fine. Le résultat de ces tests

neurosensoriels et moteurs simples peut aboutir à l'orientation spécifique en cas d'anomalies détectées vers un ophtalmologue, un ORL, un neurologue et/ou un psychomotricien.

Cette consultation approfondie qui vise le dépistage en médecine générale de l'ES de l'enfant entrant en primaire est évaluée en temps à environ 30 minutes et devrait donc bénéficier d'une cotation et codification bien entendue adaptée.

Enfin, dans notre dernière partie, il convient de pondérer notre travail de thèse et les résultats de nos enquêtes par la présence de biais inhérents à tout travail de recherche.

Dans les biais généraux, on note tout d'abord un biais de décalage dans le temps entre la réalisation des deux enquêtes. La première enquête a été faite sur l'année scolaire 2007/2008 tandis que le recueil des données de la seconde enquête a eu lieu en mai/juin 2010. Ce biais peut impliquer des modifications locales durant ce laps de temps dans la prise en charge de l'échec scolaire que ce soit dans le milieu intra scolaire, au niveau des professionnels ou des structures sollicitées ou dans la perception des médecins interrogés. On peut noter ensuite un échantillon de sujets analysés faible dans les deux enquêtes rendant les résultats pertinents pour une zone géographique limitée étudiée mais ne permettant pas d'extrapoler au plan national. On doit préciser également que la définition du milieu rural pour les deux enquêtes repose sur la définition de la ruralité qui s'inscrit dans le mode de vie de cette zone géographique plus que sur une définition administrative et démographique. Enfin les méthodes employées pour les deux enquêtes dans les recueils des données de nature qualitatives impliquent donc un niveau de preuve de bas grade dans la valeur des résultats.

Si on analyse plus particulièrement les biais de la première enquête, on note que le recueil libre des informations par les professeurs sur les fiches individuelles informatives est dépendant du niveau d'implication de chaque professeur et de leur degré d'exigence dans l'inclusion des cas ressentis d'échec scolaires dans leur classe. Concernant la deuxième enquête on peut noter que les réponses des médecins peuvent être influencées par leur degré de vigilance et par le temps qu'ils pouvaient

sacrer dans leur journée de travail à notre interview. Aussi la retranscription par écrit de propos oraux peut entraîner une perte d'information et/ou de sens dans les idées.

## **CONCLUSION**

Dans notre travail de thèse nous avons relevé la multiplicité des causes possibles d'échec scolaire en primaire, les moyens de lutte actuels et les limites dans leur prise en charge. Notre première enquête nous a permis de faire une photographie des causes ressenties de l'échec scolaire par les professeurs durant une année scolaire en primaire en milieu rural. Celle-ci a retrouvé comme principales causes les TSA, les troubles socio-familiaux et les troubles psycho-comportementaux ; les déficits neurosensoriels ou moteurs étant minoritaires. Dans les mesures mises en place par les professeurs on retiendra essentiellement des mesures intra-scolaires avec prédominance du RASED. Le milieu médical semble peu présent et peu sollicité dans l'aide à la prise en charge. Dans la seconde enquête on a constaté que la majorité des généralistes interrogés étaient sensibilisés aux problèmes de l'échec scolaire et prêts à participer à son dépistage. Les causes de l'échec scolaire qu'ils nous ont rapportées sont principalement d'ordre médical puis d'ordre socio-familial et psycho-comportemental. Les discordances dans les résultats des deux enquêtes ont montré la nécessité d'améliorer la communication et l'information entre milieu médical et scolaire, et la formation des professionnels concernés.

De l'ensemble des résultats de nos deux enquêtes il apparaît évident et justifié de replacer le médecin généraliste au centre du système de lutte contre l'échec scolaire en primaire d'autant plus que la médecine scolaire est en voie de disparition. Pour ce faire l'action du médecin généraliste doit être précoce, si possible avant l'entrée en primaire, et idéalement au cours d'un examen dédié, reconnu et codifié. Cet examen sera centré sur les causes les plus fréquentes d'ES à cet âge : les TSA, les troubles socio-familiaux et psycho-comportementaux, tout en éliminant un possible trouble neurosensoriel. Pour l'aider dans son dépistage, nous serions partisans d'utiliser de façon systématique un outil spécifique comme l'ERTLA6 afin d'aboutir par exemple à une prescription médicale

précoce, éclairée et non subie de bilan orthophonique. Pourquoi ne pas envisager d'ailleurs l'ouverture au sein même de l'école primaire de consultations de médecine générale spécifiques au dépistage de l'échec scolaire en collaboration avec le travail des professeurs des Ecoles et la médecine scolaire ?

## **ANNEXE N°1**



## **ANNEXE N°2**

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : A

Sexe : M / (F)

Age :

Nom du groupe scolaire : GRENEVILLE niveau actuel (classe) : CE1  
Ancienneté dans le groupe scolaire :

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...) : psychologue, orthophoniste, maître E

Mesures mises en place : maintien dans le cycle, pédagogie différenciée, soutien, aide du Rased

Nom de l'enseignant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : ✓

Sexe : (M) / F

Age : 10 ans

Nom du groupe scolaire : P BONNIN niveau actuel (classe) : CE2  
Ancienneté dans le groupe scolaire : 7 ans. (1 maintien)

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : attention fugace, manque de vocabulaire (pauvre et vulgaire), ne travaille qu'avec quelqu'un à côté de lui, comportement agité et perturbateur.

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...) : SMP.

Mesures mises en place : travail adapté, retour dans niveau inférieur pr certaines matières, pourcentage par un élève de la classe.

Nom de l'enseignant : \_\_\_\_\_ Date : 11/07/08  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : /

Sexe : M / (F)

Age : 9 ans

Nom du groupe scolaire : BONNIN niveau actuel (classe) : CE 2

Ancienneté dans le groupe scolaire : 6 ans

**Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté**

**scolaire de l'enfant :** blocage devant l'échec, peu de motivation bavardage lors de la découverte d'une nouvelle leçon -> paralysie l'élève pour les exo d'application et pr l'apprentissage de la leçon.

**Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...):** orthophoniste, CMP,

**Mesures mises en place :** travail en ateliers par niveau parcourez par un élève de la classe.

**Nom de l'enseignant :** ~~XXXXXXXXXX~~ **Date :** 11/09/08  
(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : NG.

Sexe : (M) / F

Age : 12

Nom du groupe scolaire : Grenouille. niveau actuel (classe) :

Ancienneté dans le groupe scolaire : 3 ans

**Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté**

**scolaire de l'enfant :** Non maîtrise de l'acquisition relative à sa classe. Lacunes intellectuelles importantes. Français peu maîtrisé oral et écrit. Ne s'écrit pas.

**Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...):**

**Mesures mises en place :**

RASED -> CE2.

Aide individualisée.

**Nom de l'enseignant :** **Date :** 22/05/08  
(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : /

Sexe : M / **F**

Age : 10 ans

Nom du groupe scolaire : P. Bonin. niveau actuel(classe) : CM1  
Ancienneté dans le groupe scolaire : Sans.

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : problème relationnel avec la mère, manque de motivation, pas d'attention et de concentration.

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...): psy. proposé.

Mesures mises en place : Travail adapté, travail en atelier, partage par l'équipe de la classe.

Nom de l'enseignant :  Date : 11/07/08  
(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : N.D.

Sexe : **M** / F

Age : 12

Nom du groupe scolaire : Grenville niveau actuel(classe) :  
Ancienneté dans le groupe scolaire : 9

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : Indifférence devant tout travail scolaire - Noyé dans un milieu familial sans repères.

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...):

Mesures mises en place :

RAISED → CE2.  
Aide individualisée.

Nom de l'enseignant :  Date : 27/05/08.  
(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : N K

Sexe : M / (F)

Age : 12

Nom du groupe scolaire : OUTARVILLE niveau actuel (classe) : C.N.1

Ancienneté dans le groupe scolaire : 4 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : mémorisation, mixité de la langue orale, calcul, manque de suivi à la maison, calcul.

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...) : RASED + groupe de soutien.

Mesures mises en place : 1x 1h/sem (ressort) + 1x 45m de soutien/sem

Nom de l'enseignant : ~~XXXXXXXXXX~~ Date : 18/07/08  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : G O

Sexe : (M) / F

Age : 12

Nom du groupe scolaire : Boisseaux niveau actuel (classe) : C.N.2

Ancienneté dans le groupe scolaire : 2

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : lacunes dues à son arrivée en France en début de C.N.2. Programmes africains ≠ programmes français

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...) : /

Mesures mises en place : soutien scolaire et aide individuelle de l'enfant pour rattraper le retard + aide dans la famille, consciente des lacunes.

Nom de l'enseignant : ~~XXXXXXXXXX~~ Date : 27 juillet 08  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : J.L.

Sexe : (M) / F

Age : 12

Nom du groupe scolaire : Grenaille      niveau actuel(classe) : CM2.

Ancienneté dans le groupe scolaire : 8 ans

**Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :** Milieu social, entourage familial très déficient - Grosses difficultés relationnelles avec les autres enfants. Non réceptif à la acquisition scolaire → CM, Des progrès minimes depuis 1 an - Besoin d'aide à ses côtés.

**Intervenants sollicités ( médecin, psychologue, orthophoniste,...) :** Psychologue - RASED → CE2

Aide individualisée -

**Mesures mises en place :**

Nom de l'enseignant : ~~Herbier~~      Date : 27/05/08.

(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : J.P.

Sexe : (M) / F

Age : 12

Nom du groupe scolaire : Grenaille.      niveau actuel(classe) : CM2

Ancienneté dans le groupe scolaire : 9 ans

**Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :** manque de concentration. Difficultés à parler devant un adulte ou un auditoire. Refus de travail scolaire. Événement culturel méconnu. Peu discipliné. Peu épanoui dans son milieu familial.

**Intervenants sollicités ( médecin, psychologue, orthophoniste,...) :** prise en charge RASED → CE2. Orthophoniste → CE2.

**Mesures mises en place :** Rattrapage CM1, travail individualisé.

Nom de l'enseignant : ~~Herbier~~      Date : 27/05/08.

(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : J

Sexe : M /  F

Age : 9 ans

Nom du groupe scolaire : GRENEVILLE niveau actuel(classe) : CE1

Ancienneté dans le groupe scolaire : 3 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :

Intervenants sollicités ( médecin, psychologue, orthophoniste,...): orthophoniste - maître E

Mesures mises en place : maintien dans le cycle pédagogique différencié, soutien, aide du Rased

Nom de l'enseignant :

Date :

(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : B

Sexe :  M / F

Age : 9 ans

Nom du groupe scolaire : GRENEVILLE niveau actuel(classe) : CE1

Ancienneté dans le groupe scolaire : 6 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :

Intervenants sollicités ( médecin, psychologue, orthophoniste,...): orthophoniste - maître E

Mesures mises en place : - maintien dans le cycle  
- pédagogie différencié - soutien - aide du Rased

Nom de l'enseignant :

Date :

(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant :

Sexe : M / **F**

Age : 6 ans 1/2

Nom du groupe scolaire : P. BERNIN niveau actuel (classe) : CP

Ancienneté dans le groupe scolaire : 4 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté

scolaire de l'enfant : - confusion des sons, difficulté à écrire tous les sons entendus, de plus en plus de mal à accepter l'écart grandissant avec le groupe classe -

Intervenants sollicités (médecin, psychologue,

orthophoniste,...): orthophoniste maître E

Mesures mises en place : prise en charge de 3/4h par semaine par le maître E pour approfondir la lecture, la connaissance de l'alphabet (groupe de 4) sans orthophoniste à venir

Nom de l'enseignant : [REDACTÉ] Date : 26/5/09

(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant :

Sexe : **M** / F

Age : 6 ans 1/2

Nom du groupe scolaire : P. BERNIN niveau actuel (classe) : CP

Ancienneté dans le groupe scolaire : 2 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté

scolaire de l'enfant : élève perturbé par le médecin familial (parent séparé)  
- un besoin constant de se faire remarquer, d'attirer l'attention de l'adulte.

Intervenants sollicités (médecin, psychologue,

orthophoniste,...): psychologue scolaire maître E

Mesures mises en place : prise en charge 2 fois 3/4h par semaine par le maître E pour approfondir la lecture (groupe de 4)

Nom de l'enseignant : [REDACTÉ] Date : 26/5/08

(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : D. C.

Sexe : (M) / F

Age : 11 ans (1997)

Nom du groupe scolaire : Outarville      niveau actuel (classe) : C12

Ancienneté dans le groupe scolaire : 5 années

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :

- non acquisition de repérage des temps importants de l'apprentissage (explication, mise en commun...)
- dyslexie

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...):

- enseignant du RASED (aide E)
- orthophoniste

Mesures mises en place : - soutien individualisé et différenciation

Nom de l'enseignant : ~~XXXXXXXXXX~~      Date : juin 2008

(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : Z. E.

Sexe : M / (F)

Age : 12 ans (1996)

Nom du groupe scolaire : OUTARVILLE      niveau actuel (classe) : C12

Ancienneté dans le groupe scolaire : une demi-année

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :

- importantes difficultés de compréhension (impossible d'en cerner les causes)

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...):

Mesures mises en place : - soutien individualisé et différenciation (APRE)  
- orientation en 6ème SESPA)

Nom de l'enseignant : ~~XXXXXXXXXX~~      Date : juin 2008

(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : M. V.

Sexe : **(M)** / F

Age : 12 ans (1996)

Nom du groupe scolaire : OUYARVILLE niveau actuel (classe) : CM2

Ancienneté dans le groupe scolaire : 6 années

**Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :**

- difficulté de concentration et d'organisation
- non acquisition du repérage des temps importants de l'apprentissage (explication, mise en commun...)
- incapacité à réaliser une tâche mobilisant plusieurs procédures

**Intervenants sollicités ( médecin, psychologue, orthophoniste,...) :** - enseignant du RASED (aide E)

**Mesures mises en place :** - soutien individualisé et différenciation (PPRE)  
- orientation 6<sup>ème</sup> SEGPA

**Nom de l'enseignant :** [REDACTÉ] **Date :** juin 2008  
(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : C. R.

Sexe : **(M)** / F

Age : 12 ans (1996)

Nom du groupe scolaire : OUYARVILLE niveau actuel (classe) : CM2

Ancienneté dans le groupe scolaire : 2 années

**Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :**

- Nombreux "blocages" dans la mise en œuvre de sa réflexion (causes d'ordre psychologique)
- Incapacité à réviser ses acquis

**Intervenants sollicités ( médecin, psychologue, orthophoniste,...) :** - psychologue scolaire du RASED

**Mesures mises en place :** - soutien individualisé et différenciation (PPRE)  
- orientation en 6<sup>ème</sup> SEGPA

**Nom de l'enseignant :** [REDACTÉ] **Date :** juin 2008  
(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : E L

Sexe : M / F

Age : 8

Nom du groupe scolaire : Outarville niveau actuel(classe) : CE2  
Ancienneté dans le groupe scolaire : 3 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : manque de confiance en soi. Elève qui remplit des cases ou des réponses pour faire plaisir à la maîtresse mais qui ne comprend pas toujours elle-même ce qu'elle écrit.

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...): psychologue scolaire - orthophoniste - en attente d'une place au CHPP - Maître E

Mesures mises en place : soutien individuel en classe. Différenciation avec quelquefois travail du niveau inférieur (CE1).

Nom de l'enseignant : ~~XXXXXXXXXX~~ Date : 5-8-08  
(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : B P

Sexe : M / F

Age : 8

Nom du groupe scolaire : Outarville niveau actuel(classe) : CE1  
Ancienneté dans le groupe scolaire : 2 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : Difficultés de compréhension de façon générale

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...): psychologue scolaire - maître E

Mesures mises en place : Demande d'orthophonie à la famille aux vacances de la Toussaint avec toujours aucun résultat au fin d'année

Nom de l'enseignant : ~~XXXXXXXXXX~~ Date : 58-08  
(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : JO

Sexe : M / (F)

Age : 9

Nom du groupe scolaire : OUTARVILLE niveau actuel (classe) : CE2

Ancienneté dans le groupe scolaire : 7 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : lacunes phonologiques lacunes en lecture considérable, peu d'intérêts pour les apprentissages scolaires lacunes en mathématiques et en français.

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...) : CNPP + psychologue

Mesures mises en place : soutien en lecture 1h/sem en deux séances.

Nom de l'enseignant : ~~XXXXXXXXXX~~ Date : 13/07/08  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : DC

Sexe : (M) / F

Age : 9

Nom du groupe scolaire : OUTARVILLE niveau actuel (classe) : CE2

Ancienneté dans le groupe scolaire : 2 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : difficultés à se concentrer, dysgraphie, passage à l'écrit extrêmement difficile, organisation spatiale et matérielle

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...) : orthophoniste, CNPP

Mesures mises en place : tutorat + demande d'AVS (obtenue pour l'année prochaine).

Nom de l'enseignant : ~~XXXXXXXXXX~~ Date : 13/07/08  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : JB

Sexe : (M) / F

Age : 10

Nom du groupe scolaire : OUTARVILLE niveau actuel (classe) : CP1  
Ancienneté dans le groupe scolaire : 7 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : manque de motivation face aux apprentissages scolaires, lecture, concentration, violence dans ses rapports aux autres, passage à l'écrit quasi inexistant

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...) : CRPP, orthophoniste

Mesures mises en place : tutorat + groupe de soutien 1x45 min /sem.  
orientation segpa lan prochain

Nom de l'enseignant : ~~mondeprof~~ Date : 18/07/08  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : LM

Sexe : (M) / F

Age : 10

Nom du groupe scolaire : OUTARVILLE niveau actuel (classe) : CP1  
Ancienneté dans le groupe scolaire : 7 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : lecture, calcul, mémorisation, manque d'investissement en classe, manque de suivi à la maison, maîtrise de la langue française.

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...) : RASED

Mesures mises en place : RASED 1 fois /sem + groupe de soutien 45 min /sem

Nom de l'enseignant : ~~mondeprof~~ Date : 18/07/08  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : M A

Sexe : (M) / F

Age : 10

Nom du groupe scolaire : OUTARVILLE niveau actuel(classe) : CM1

Ancienneté dans le groupe scolaire : 7 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : manque de motivation, manque de suivi à la maison, maîtrise de la langue française, manque de confiance en lui, lecture.

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...): aucun sauf RASED

Mesures mises en place : RASED 1h/sem + groupe de soutien 45 min une fois/sem.

Nom de l'enseignant : ~~XXXXXXXXXX~~ Date : 18/07/08  
(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : M K

Sexe : (M) / F

Age : 11

Nom du groupe scolaire : OUTARVILLE niveau actuel(classe) : CM1

Ancienneté dans le groupe scolaire : 4 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : mémorisation, concentration, maîtrise de la langue orale, lecture, passage à l'écrit, manque de suivi à la maison

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...): RASED, groupes de soutien.

Mesures mises en place : 1 x 1h (rased)/sem + groupe de soutien 1 x 45 min/sem. en classe.

Nom de l'enseignant : ~~XXXXXXXXXX~~ Date : 18/07/08  
(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : P. A

Sexe : M /  F

Age : 7 ans

Nom du groupe scolaire : <sup>Elémentaire</sup> BAZOCHES niveau actuel (classe) : CP

Ancienneté dans le groupe scolaire : 7 mois

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : Retards dans les apprentissages, démotivation,

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...): psychologue scolaire

Mesures mises en place : Bilan psy. en cours (démotivation des parents pour les demandes d'aide)

Nom de l'enseignant : XXXXXXXXXX Date : 01/04/08  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : G. A

Sexe :  M / F

Age : 7 ans

Nom du groupe scolaire : <sup>Elémentaire</sup> BAZOCHES niveau actuel (classe) : CP

Ancienneté dans le groupe scolaire : 7 mois

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : Agitation, manque "de limites"

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...): Psychologue scolaire

Mesures mises en place : CMP (séance hebdomadaire)

Nom de l'enseignant : XXXXXXXXXX Date : 01/04/08  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : FM

Sexe : M / (F)

Age : 10 ans

Nom du groupe scolaire : <sup>élémentaire</sup> ~~Baroches~~ niveau actuel (classe) : CM2  
Ancienneté dans le groupe scolaire : 5 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :

manque de motivation, de concentration

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...) : psychomotricienne.

Mesures mises en place : entretiens avec les parents

Nom de l'enseignant : ~~■■■■■■■■■■~~ Date : avril 2008  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : M-C

Sexe : M / (F)

Age : 7 ans

Nom du groupe scolaire : <sup>élémentaire</sup> ~~Baroches~~ niveau actuel (classe) : CP  
Ancienneté dans le groupe scolaire : 7 mois

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : "mal-être", anxiété, mémorisation

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...) : psychologue

Mesures mises en place : psychothérapeute, orthophoniste

Nom de l'enseignant : ~~■■■■■■■■■■~~ Date : 01/04/08  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : A L

Sexe : M / (F)

Age : 8 ans

Nom du groupe scolaire : Bazoches niveau actuel (classe) : CE1

Ancienneté dans le groupe scolaire : 18 mois

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :

Manque de concentration, motivation, précipitation

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...):

Mesures mises en place :

Aide E à l'école

Nom de l'enseignant : ██████████ Date : 28/03/08  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : P J

Sexe : (M) / F

Age : 8 ans

Nom du groupe scolaire : Bazoches niveau actuel (classe) : CE1

Ancienneté dans le groupe scolaire : 18 mois

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :

Milieu familial marginal, nombreuses absences.

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...):

Indifférence de la famille à toute proposition

Mesures mises en place :

Equipe éducative pour rencontrer la famille mais absence de celle-ci. Aide E à l'école

Nom de l'enseignant : ██████████ Date : 28/03/08  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : C F

Sexe : (M) / F

Age : 8 ans

Nom du groupe scolaire : Bazoches      niveau actuel (classe) : CE1

Ancienneté dans le groupe scolaire : 18 mois

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :

Dys...? quelque chose  
Difficulté pour aborder l'écrit.

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...):

orthophoniste proposé à la famille (au cours de 2 entretiens - octobre - février)

Mesures mises en place :

Aide E à l'école

Nom de l'enseignant : ██████████      Date : 28/03/08

(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : M D

Sexe : (M) / F

Age : 8 ans

Nom du groupe scolaire : Bazoches      niveau actuel (classe) : CE1

Ancienneté dans le groupe scolaire : 18 mois

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :

Milieu familial perturbant

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...):

C n PP - psychologue scolaire - médecin

Mesures mises en place :

<sup>suit</sup> psy privé proposé par le médecin de famille

Nom de l'enseignant : ██████████      Date : 28/03/08

(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : SN

Sexe :  M / F

Age : 10 ans

Nom du groupe scolaire : élémentaire Bazoches niveau actuel (classe) : CM2

Ancienneté dans le groupe scolaire : 3 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :

manque de motivation, de concentration  
absence de la mère pour faire les devoirs (divorce: père peu présent)  
Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...):

Mesures mises en place : entretiens avec les parents

Nom de l'enseignant : ██████████ Date : avril 2008  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : B.F

Sexe :  M / F

Age : 7 ans

Nom du groupe scolaire : <sup>élémentaire</sup> Bazoches la G niveau actuel (classe) : CP

Ancienneté dans le groupe scolaire : 7 mois

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : Pas de mémorisation. Anxiété

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...): Psychologue scolaire, orthophoniste

Mesures mises en place : Bien avec le psychologue scolaire qui oriente vers un orthophoniste et CMPP (pas de démarches des parents pour l'instant)

Nom de l'enseignant : ██████████ Date : 01/04/08  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : PS

Sexe : (M) / F

Age : 11 ans

Nom du groupe scolaire : <sup>élémentaire</sup> Basoches niveau actuel (classe) : CM2  
Ancienneté dans le groupe scolaire : 3 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :

*milieu familial non stimulant  
absentéisme / tabagisme?*

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...):

Mesures mises en place : *entretiens avec les parents  
Equipe 'éducative'*

Nom de l'enseignant : ~~██████████~~ Date : avril 2008  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : GQ

Sexe : (M) / F

Age : 10 ans

Nom du groupe scolaire : <sup>élémentaire</sup> Basoches niveau actuel (classe) : CM2  
Ancienneté dans le groupe scolaire :

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant :

*manque de concentration, destruction du matériel scolaire,  
nervosité, perturbations dans le milieu familial*

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...): CMP

Mesures mises en place : *nombreux entretiens  
placement dans une famille d'accueil*

Nom de l'enseignant : ~~██████████~~ Date : janvier 2008  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : P M

Sexe : M / F

Age : 7 ans

Nom du groupe scolaire : <sup>Dumontaine</sup> BAZOCHE niveau actuel (classe) : CP  
Ancienneté dans le groupe scolaire : 7 mois

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : Retards dans les apprentissages

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...) : Psychologue scolaire.

Mesures mises en place : Orientation vers le CMPP  
↳ prise en charge hebdomadaire

Nom de l'enseignant : ██████████ Date : 01/06/08  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : A V

Sexe : M / F

Age : 10 ans

Nom du groupe scolaire : <sup>André Malraux</sup> RPI Beissacq niveau actuel (classe) : CM1  
Ancienneté dans le groupe scolaire : 4 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : difficultés de concentration  
agitation sur la chaise  
coordination des membres très mauvaise en EPS.  
motivation très faible des leçons.

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...) : parents

Mesures mises en place : → rééducation fournie.  
→ remarques en classe pour le remettre au travail.  
→ aide journalière (car élève relativement passif et qui déserte par les conseils).

Nom de l'enseignant : ██████████ Date : 1<sup>er</sup> juillet 2008  
(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : M.H

Sexe : M / (F)

Age : 10 ans

Nom du groupe scolaire : RPI <sup>Andréville</sup> <sup>Boissecours</sup> <sup>Écault</sup> niveau actuel (classe) : CM1  
Ancienneté dans le groupe scolaire : 4 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté

scolaire de l'enfant : difficultés de lecture (lenteur)  
orthographe s'approchant de la phonétique pour certains mots.  
non verbalisation de leçons ou de mots répétés, révisés maintes fois.

Intervenants sollicités (médecin, psychologue,  
orthophoniste,...):

maître  
orthophoniste (depuis les années passées)

Mesures mises en place : soutien scolaire → remise à niveau

Nom de l'enseignant : ██████████

Date : 1<sup>er</sup> juillet 2008

(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : E.M

Sexe : M / (F)

Age : 9 ans

Nom du groupe scolaire : RPI <sup>Andréville</sup> <sup>Boissecours</sup> <sup>Écault</sup> niveau actuel (classe) : CE2  
Ancienneté dans le groupe scolaire : 1 an

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté

scolaire de l'enfant : difficultés de déchiffrage en lecture  
inversion de syllabes  
confusions de sons complexes tant à l'oral qu'à l'écrit

Intervenants sollicités (médecin, psychologue,  
orthophoniste,...):

éducateur qui suit l'enfant

Mesures mises en place : séances d'orthophonie + aides ponctuelles dans la classe

Nom de l'enseignant : ██████████

Date : 1<sup>er</sup> juillet 2008

(fax : 02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : L T

Sexe :  M / F

Age : 9 ans

Nom du groupe scolaire : BOISSEUX niveau actuel (classe) : CE1

Ancienneté dans le groupe scolaire : 5

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté

scolaire de l'enfant : enfant qui ne veut pas grandir, ne tient pas compte, s'occupe des affaires des autres, difficulté à déchiffrer en lecture, très grosses lacunes en maths (n'a pas compris le système décimal); il se plaint et "agace" les autres enfants

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...): maître E, les parents

Mesures mises en place : enfant sur une table isolée, exercices adaptés en maths recadrage permanent

Nom de l'enseignant :

Date :

(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : PK

Sexe :  M / F

Age : 3,5 ans

Nom du groupe scolaire : BOISSEUX niveau actuel (classe) : CE1

Ancienneté dans le groupe scolaire : 4

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté

scolaire de l'enfant : beaucoup de confusions de sons (en encodage), problèmes de concentration, de rapport avec les autres (adultes et enfants), sollicite l'attention en permanence, violence verbale et physique envers les autres enfants, toujours en train de contourner les règles.

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...): suivi orthophonique depuis 2-3 ans, médecin scolaire

Mesures mises en place : enfant sur 1 table isolée en classe, bin des cartes recadrage permanent

Nom de l'enseignant : ██████████

Date : 02/04/03

(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : G T

Sexe : (M) / F

Age : 4,5 ans

Nom du groupe scolaire : Boisseaux niveau actuel (classe) : CE1

Ancienneté dans le groupe scolaire : 4

**Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté**

**scolaire de l'enfant :** Absence totale de production (ne se met pas au travail),  
déchiffrage très lent en lecture (ils sont complexes, ne sont pas acquis), n'écrit pas ou très très peu, le geste  
n'est pas maîtrisé - Tenace un peu à l'oral - perd tout (son matériel scolaire, ses lunettes)  
de tout par souci sur ses choses.

**Intervenants sollicités (médecin, psychologue,**

**orthophoniste,...):** psychologue scolaire, suivi CMP Adhésions, maître E.

**Mesures mises en place :** table levée, parfois travail en tête à tête pour la révision.  
toutes les motivations possibles ont été tentées sans résultat. (maintien en CE1  
recartage permanent l'an prochain)

Nom de l'enseignant : [REDACTÉ] Date : 2/07/08

(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : L M

Sexe : M / (F)

Age : 8 ans

Nom du groupe scolaire : Boisseaux niveau actuel (classe) : CE1

Ancienneté dans le groupe scolaire : 2,5 ans

**Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté**

**scolaire de l'enfant :** difficulté d'élocution (oubli des petits mots, verbes non conjugués...)  
difficulté dans le geste graphique (écriture oral maîtrisée), problème dans la compréhension  
des consignes, des lectures et des problèmes de maths - Richinet / Attention / de l'attention / l'affection

**Intervenants sollicités (médecin, psychologue,**

**orthophoniste,...):** suivi maître E, psychologue du CHPP, orthophoniste arrêté  
vers le mois de novembre (pour ne pas faire double avec le travail de CHPP) et mon regret!

**Mesures mises en place :** aide individuelle à certains moments, exercices d'écriture

Nom de l'enseignant : [REDACTÉ] Date : 2/07/08

(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : L A

Sexe : **M** / F

Age : 8,5 ans

Nom du groupe scolaire : Boisseaux niveau actuel (classe) : CE2

Ancienneté dans le groupe scolaire : 6

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : problème de lecture au tableau (myopie corrigée par l'été écoulé) après 2 ans de demandes incessantes de l'enseignant → le contrôle a été redemandé sans succès; graves lacunes d'orthographe et de copie; problème dans la geste graphique.   
répétition phonétique

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...): les parents (maître E en CP et en CE1)

Mesures mises en place : orthophoniste intervenant sans résultat depuis entrée en CE2 (nov 2006).  
enfant assis à proximité du tableau, exercices d'écriture

Nom de l'enseignant : [REDACTÉ] Date : 2/07/08

(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## FICHE INDIVIDUELLE INFORMATIVE

Initiales du nom et prénom de l'enfant : A R

Sexe : M / **F**

Age : 12

Nom du groupe scolaire : Boisseaux niveau actuel (classe) : CE2

Ancienneté dans le groupe scolaire : 9 ans

Cause(s) ressentie(s), par le professeur, de la difficulté scolaire de l'enfant : dyslexie importante.

Intervenants sollicités (médecin, psychologue, orthophoniste,...): orthophoniste intensif, poursuivi jusqu'en CE2 et même CE2 sur la volonté de l'enseignante

Mesures mises en place : orthophonie - aide individuelle - lecture des consignes reformulations différentes pour une meilleure compréhension des consignes par exemple

Nom de l'enseignant : [REDACTÉ] Date : 1/07/08  
(fax :02.38.39.63.26 ou boîte aux lettres du Dr HERVIEUX)

## **ANNEXE N°3**

## **QUESTIONNAIRE MEDECIN**

### **1/ Présentation :**

- Sexe
- Age
- Cabinet seul ou en groupe
- Exercice rural, semi-rural, urbain

**2/ Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prise en charge de l'échec scolaire(ES) chez les enfants en primaire ? Pourquoi?**

**3/ Quelles sont les principales causes d'une manière générale de l'échec scolaire en primaire ? Quelles sont celles que vous rencontrez le plus souvent dans votre consultation ?**

**4/ Quels moyens mettez-vous en œuvre pour dépister ces principales causes identifiées précédemment ?**

**5/ Rencontrez-vous des difficultés dans votre prise en charge de l'échec scolaire au quotidien ?**

**6/ D'après vous quels moyens simples pourraient être mis en œuvre dans l'aide à la prise en charge par les médecins généralistes de l'échec scolaire en primaire ?**

## **ANNEXE N°4**

## Interview n°1

### **1/ Présentation :**

Sexe masculin

Age 63 ans

Exercice seul en milieu rural

### **2/ Pensez- vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prise en charge de l'échec scolaire(ES) chez les enfants en primaire ? Pourquoi ?**

« Oui, et pourquoi ? Parce que les parents viennent en parler et parce qu'il existe des maladies au niveau psychiatrique qui peuvent expliquer pourquoi il est en échec scolaire. Je pense à des apraxies, je pense non pas à la bouteille à l'encre c'est-à-dire les séances d'orthophonie. Il y a entre autres un centre à Lyon concernant les enfants en échec scolaire, qui ne sont pas en échec scolaire parce qu'ils ne font rien, mais parce qu'ils sont surdoués ou hyperactifs. »

### **3/ Quelles sont les principales causes d'une manière générale de l'échec scolaire en primaire ? Quelles sont celles que vous rencontrez le plus souvent dans votre consultation ?**

« Je pense qu'elles sont plutôt psychologiques ou sociales que médicales pures ; pour moi la part médicale est de moins de 10%. Ce sont, soit des familles qui ne s'intéressent pas à ce que font les enfants et encore on est dans une zone relativement protégée à ce niveau là ; je pense plutôt aux régions périurbaines, soit parce que l'enfant n'a pas compris qu'il travaillait aussi pour son avenir et que l'école ne l'intéresse pas en revanche ; intervient aussi un autre facteur le manque de sommeil ou la captation par le cerveau de facteurs extrinsèques, voire addictifs, tels que les

ordinateurs et les jeux vidéos etc. D'ailleurs j'ai eu le cas en consultation hier après midi pour le coup c'était un enfant de 4<sup>e</sup> et non pas en primaire, qui va probablement se faire hospitaliser en psychiatrie pour une addiction à l'ordinateur et ça existe de plus en plus ! »

***4/ Quels moyens mettez-vous en œuvre pour dépister ces principales causes identifiées précédemment ?***

« Pour les tests auditifs ce n'est pas évident. Au plan visuel c'est archi évident ; sinon je ne fais pas grand chose au niveau des tests. Un certain nombre d'enfants ont vu leur résultats grandement s'améliorer après le port de lunettes, et je me rappelle qu'il y a une trentaine d'années une superbe institutrice dans un petit village dépistait elle-même les enfants qui n'entendaient pas ; et une jeune fille qui a été prise en charge par un ORL, après avoir été appareillée, a fait des études supérieures ; c'est l'institut qui l'avait dépistée. En consultation, au niveau auditif, on est rapidement limité, et j'oriente en consultation spécialisée, au niveau ophtalmo l'examen de base est aisé. »

***5/ Rencontrez-vous des difficultés dans votre prise en charge de l'échec scolaire au quotidien ?***

« Dans la zone il n'y a pas de difficultés pour avoir des orthophonistes et les enfants en ont un peu de trop, c'est presque systématique quand on a un enfant !!! Quant aux pédopsys et aux centres plus spécialisés comme les CMPP, je n'ai aucun rapport avec ces gens là. »

***6/ D'après vous quels moyens simples pourraient être mis en œuvre dans l'aide à la prise en charge par les médecins généralistes de l'échec scolaire en primaire ?***

« Si l'échec scolaire pouvait être quantifié comme dans la grille du Mini-Mental State Examination (M.M.S), ça pourrait être intéressant en consultation. Et je finirais par une

citation d'un polytechnicien célèbre dont j'ai oublié le nom qui disait : « Donnez moi un enfant de quelque milieu qu'il soit et je vous en ferai un polytechnicien » ; et moi je pense que c'est faux. »

## Interview n°2

### **1/ Présentation :**

Sexe masculin

Age 31 ans

Exercice en groupe en milieu semi-rural

### **2/ Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prise en charge de l'échec scolaire(ES) chez les enfants en primaire ? Pourquoi?**

« Probablement. Pourquoi ? Parce que l'ES précoce en primaire est souvent multifactoriel et lié à des problèmes sociaux sous-jacents ou à des éventuelles carences éducatives ; avec un milieu familial souvent défavorisé, le médecin généraliste peut être un point de passage de ces familles ; il peut dépister des gros troubles éducatifs, voire des maltraitements. Après sur la prise en charge elle-même, cela devient assez complexe et ça suscite une coordination avec le milieu scolaire que, pour moi, je n'ai pas encore vu au cours de ma carrière. »

### **3/ Quelles sont les principales causes d'une manière générale de l'échec scolaire en primaire ? Quelles sont celles que vous rencontrez le plus souvent dans votre consultation ?**

« Je n'en rencontre pas si souvent que cela ; je pense qu'il y a des causes médicales à dépister : troubles auditifs, visuels. On va dire les choses médicales de base à dépister : un trouble relationnel avec les parents, une incapacité à vivre en collectivité,

s'il y a des difficultés au sein de la famille cela peut se prolonger dans le milieu scolaire ; après j'ai assez peu d'expérience sur la question. Mais je pense que le rôle du médecin, c'est de dépister les cause somatiques dans un premier temps, puis les causes psycho-affectives dans un deuxième temps. »

***4/ Quels moyens mettez-vous en œuvre pour dépister ces principales causes identifiées précédemment ?***

« Les tests de dépistage auditifs on va dire classiques, un petit bout de papier à coté de l'oreille sans matériel précis, puis après c'est en fonction des plaintes éventuelles, avec une orientation vers un ophtalmo ou un orl. »

***5/ Rencontrez-vous des difficultés dans votre prise en charge de l'échec scolaire au quotidien ?***

« Je n'ai pas d'expérience précise à relater mais effectivement, comme c'est dépendant de plusieurs professionnels (orthophoniste, psychologue éventuel etc.) et qu'il y a assez peu de relation entre le médical et le milieu scolaire, ça peut mettre du temps ; la plainte arrive chez le médecin peut-être un peu tard. On a l'impression que les enseignants se couvrent un peu aussi, et qu'à la moindre « petite sortie de piste », décalage, manque d'attention, « anormalité » , si on ne rentre pas dans le moule, il faut passer par la case orthophoniste presque systématiquement. C'est un petit peu ambivalent ; des fois cela va trop vite et des fois cela traîne ; c'est souvent assez peu concerté finalement. »

***6/ D'après vous quels moyens simples pourraient être mis en œuvre dans l'aide à la prise en charge par les médecins généralistes de l'échec scolaire en primaire ?***

Théoriquement il y a un examen par un médecin scolaire à l'entrée en CP, il serait pas mal que le médecin généraliste ait une formation adaptée qui leur permette de faire cet examen. Cela peut faire partie du travail, mais il faut que ce soit valorisé, rémunéré à

juste titre et codifié ; je ne pense pas que j'invente la poudre ! Il y a un manque de formation interne pour nous et peut-être un manque d'implication. Ça peut être un rôle intéressant à jouer, mais il faut avoir le temps et la rémunération adéquate.

### Interview n°3

#### **1/ Présentation :**

SEXE masculin

AGE 64 ans

Exercice en groupe en milieu semi-rural

#### **2/ Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prise en charge de l'échec scolaire(ES) chez les enfants en primaire ? Pourquoi?**

« Quand tu m'as annoncé le sujet de la thèse je ne voyais pas beaucoup la place du médecin généraliste, et là je suis en train de chercher un peu ; en plus, je me disais que peut-être chez les adolescents on avait l'approche de l'adolescence et des difficultés liées. Mais en ce qui concerne la période de l'école primaire, en fait on est sollicité par l'école ; et la plupart du temps ce qu'on nous demande, c'est de faire une ordonnance pour un bilan orthophonique, alors que souvent le rendez-vous est déjà pris. On fait la prescription, soit parce que le dossier est déjà parti, soit parce que les gens se sont manifestés ; alors on est juste un rouage de prescription. Après nous, il y a une orthophoniste dans le groupement médical. Donc, ça nous arrive de parler entre nous, d'essayer de comprendre un peu le fonctionnement de la famille ; je pense à un enfant vu récemment dont l'orthophoniste me disait qu'il suivait exactement le chemin de son frère aîné et donc qu'il y avait une composante familiale et sociale évidente. »

**3/ Quelles sont les principales causes d'une manière générale de l'échec scolaire en primaire ? Quelles sont celles que vous rencontrez le plus souvent dans votre consultation ?**

« Il peut y avoir des enfants qui ont une souffrance néonatale plus ou moins dépistée, plus ou moins avérée, des enfants qui sont en difficultés scolaires dès la maternelle. Après, au plan social il y a le manque d'implication de la famille au niveau de l'école ; le fait pour les familles de se sentir éloignées du système scolaire, parce que les parents eux mêmes ont eu un parcours scolaire difficile ; ils considèrent à la fois que l'école est importante mais elle leur est un peu étrangère. Il y a peut-être des enfants qui ont des difficultés de langage, issus de famille d'immigrés par exemple. En cherchant bien je n'ai pas l'impression d'en voir beaucoup dans mes consultations. En fait, je pense qu'il y a plusieurs causes imbriquées généralement. »

**4/ Quels moyens mettez-vous en œuvre pour dépister ces principales causes identifiées précédemment ?**

« En fait, je ne fais rien. »

**5/ Rencontrez-vous des difficultés dans votre prise en charge de l'échec scolaire au quotidien ?**

« L'orthophoniste prend encore assez facilement. Il y a un suivi par le psychologue scolaire, par le psychomotricien scolaire je crois, je ne sais plus mais il y avait une classe spécialisée CLIS je crois, je ne sais pas si elle y est toujours. Parfois pour remplir un dossier pour rentrer en CLIS, le questionnaire est un peu compliqué, et je me reporte au bilan orthophonique ; il y a quatre feuillets où je ne me sens pas tout à fait apte. Parfois il y a une inadéquation entre la distance du CLIS et le lieu d'habitation. »

**6/ D'après vous quels moyens simples pourraient être mis en œuvre dans l'aide à la prise en charge par les médecins généralistes de l'échec scolaire en primaire ?**

« On se repose beaucoup sur la médecine scolaire mais elle est un peu déficiente parait-il en nombre. L'accès au pédiatre pour nous ici est difficile ; c'est surtout le milieu hospitalier et certaines famille ont un contact difficile avec ce monde, et avec notre patientèle ce n'est pas facile de les orienter vers un pédiatre libéral.

En fait, quand on réfléchit à ce sujet, on s'aperçoit que la médecine générale touche énormément de facettes de la vie, et ce serait dommage que les médecins généralistes disparaissent ... »

**Interview n°4**

**1/ Présentation :**

SEXE féminin

AGE 53 ans

Exercice en groupe en milieu semi-rural

**2/ Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prise en charge de l'échec scolaire(ES) chez les enfants en primaire ? Pourquoi?**

« Moi je dirais directement dans l'ES, non ; par contre dans le profil des gamins en ES, oui. L'ES n'a rien à voir avec l'état médical de l'enfant. Par contre, c'est vrai qu'il faut repérer les enfants en difficulté que ce soit à l'école ou dans la famille. C'est peut-être le seul rôle du médecin, c'est-à-dire de faire un lien entre l'ES de l'enfant et les difficultés familiales. Mais ça n'est qu'un élément d'un ensemble. Par contre, est-ce que nous, on intervient directement sur l'ES ? Non, pour moi c'est clair. »

***3/Quelles sont les principales causes d'une manière générale de l'échec scolaire en primaire ? Quelles sont celles que vous rencontrez le plus souvent dans votre consultation ?***

« Alors honnêtement, moi la première, je ne peux pas répondre parce-que je n'ai pas de statistiques et je ne suis que généraliste. Et je ne suis pas du tout représentative de ce que peut être l'ES, je n'en sais rien, je n'en sais strictement rien. Pour vous quelles sont les principales causes ? Je ne sais pas. Par contre la deuxième partie de la question, il y a sûrement dans ma clientèle, parmi les enfants que je suis des enfants en difficultés scolaires. C'est évident que le niveau social est très important dans l'ES, ça, c'est sûr, et deuxièmement je dirais que le niveau affectif de la famille est très important ; la présence maternelle pas du tout, je lis toujours ça partout, je ne suis pas du tout d'accord ; une mère qui est présente quand elle est présente c'est-à-dire une heure par jour ça suffit largement à l'enfant pour ne pas être en ES, par contre le rôle éducatif parental et biparental est primordial ; l'absence d'un père est aussi grave que l'absence d'une mère, pour moi, dans l'ES. Bien sûr après il y a des niveaux... Bon, je suis deux familles qui sont de l'UDAF toutes les deux et qui sont elles-mêmes en difficultés intellectuelles ; il est évident que les enfants sont en ES. C'est parce qu'il n'y a pas de relais de la société ; là, moi je dirais que ça ne nous concerne même pas. C'est que la société n'a pas établi de relais pour eux ; donc ils sont à la déroute. Ce n'est pas qu'ils sont idiots c'est qu'ils sont à la dérive. Ils ont beaucoup trop à penser, ne serait-ce que pour gérer leur mère et leur père, pour ne pas être en ES. Je suis représentante des parents d'élève et c'est plus en tant que telle que j'en parle, plutôt qu'en tant que généraliste. C'est étonnant, mais c'est comme ça. Dans les ES que je vois, il y a aussi beaucoup de parents qui considèrent que leurs enfants sont grands, c'est-à-dire responsables etc., ... Donc je pense qu'il n'y a pas assez d'adultes. Moi je crois que notre travail repose plus sur la relation d'une mère et d'un père à leurs enfants, dès le début, dès la naissance, c'est-à-dire de la relation maternante d'éducation. C'est pour ça que je disais moi : je pense que l'on n'intervient pas directement sur l'ES. Par contre dire à une maman que l'on tient pas un enfant comme ça, qu'elle peut le tenir, l'aider à

monter, à se déshabiller ou le laisser se déshabiller tout seul, voilà ça, ça fait parti des choses .Est ce qu'on repère des enfants en difficulté ? Oui sûrement, mais qui ne sont pas forcément en ES d'accord. Les causes médicales sont très rares. »

***4/ Quels moyens mettez-vous en œuvre pour dépister ces principales causes identifiées précédemment ?***

« J'interroge les parents, j'observe, c'est le temps qui fait les choses, c'est tout l'intérêt de la médecine générale ; c'est ce que ne fait jamais l'hôpital. Mais c'est surtout l'évolution en fait ; moi j'ai souvenir de deux gamins qui étaient non seulement en ES mais en échec tout court, c'est-à-dire échec dans leur vie ; donc l'ES n'était qu'un élément du puzzle, mais comme souvent pour nous, moi je dirais, que nous on voit le reste du puzzle. L'ES, on le sait bien avant qu'il y ait ES pour certaines familles ; par contre c'est vrai qu'on parle beaucoup d'ES dans d'autres familles. Et là, moi je ne sais pas du tout, je ne sais pas ce qui peut intervenir, jouer...j'en sais rien. Moi, je vois l'ES dans ma consultation comme un élément du puzzle supplémentaire pour la prise en charge d'un enfant qui me semble en difficulté, mais ce n'est pas en soit un motif (pour moi) de consultation ni même de prise en charge. Si pour moi l'enfant va bien, la famille est à peu près stable, équilibrée ; enfin on ne peut pas être stable à notre époque... non mais c'est réel... en fait ce n'est pas de toute façon ma principale préoccupation ; moi c'est le bien être de l'enfant, alors qu'il soit en ES ! L'ES c'est pour qui ? C'est pour les parents ou c'est pour l'enfant, moi je suis là pour soigner un enfant pas pour soigner une société ; donc je soigne l'enfant ! Voilà.

Sinon très souvent je les fais compter, lire, écrire surtout en primaire effectivement, pour voir s'ils savent former des lettres des mots, un rond , s'ils savent sauter sur un pied, s'ils disent bonjour , comment ils se tiennent ici, s'ils cassent tout ou s'ils débarrassent tout donc on aura l'aspect éducatif, moi je dirais dès la naissance. L'aspect éducatif c'est effectivement ne pas surprotéger un enfant dès sa naissance en le laissant dès qu'il a la parole et ça, c'est pathologique. Nous, on est plus confronté à la famille qu'à l'enfant face à la société. C'est la même chose pour les adultes d'ailleurs : ils viennent

ici pour un arrêt de travail en nous disant qu'ils ont un accident de travail ou que leur boulot ne correspond pas... on est bien obligé de les croire ; qu'est ce qu'on a comme vision de ça ? On a qu'un aspect des choses, on n'a pas la société en face, on a pas l'entreprise, bon ou bout de 10 ans on sait que telle entreprise a plus d'accidents de travail ; donc il dit sûrement vrai, mais quand quelqu'un vous dit qu'il a mal au dos parce qu'il entasse des cartons toute la journée, on ne sait pas s'il entasse vraiment des cartons toute la journée, s'ils sont vides ou pleins ,combien y'a de poids dedans. C'est pareil pour l'enfant, si le prof est complètement débile et cinglé, c'est sûr que les enfants ne sont pas bien et je suis désolée de le dire, il y en a. Il y a des instits comme y'a des médecins fous. Il y a des instits qui vont se braquer contre un gamin, ça arrive, donc il est en ES sur 2 à 3 ans et quand c'est au moment de l'apprentissage du langage au CP ou CE1, c'est dramatique pour la suite, et c'est pas forcément parce que la famille ne va pas bien. Mais ça nous, on l'ignore...On n'est pas top la dessus... »

***5/ Rencontrez-vous des difficultés dans votre prise en charge de l'échec scolaire au quotidien ?***

« Alors oui des difficultés de communication avec le corps enseignant, ça c'est évident, énorme ; de toute façon avec tout ce qui touche à l'Education Nationale y compris les psychologues... on a beaucoup de difficultés à communiquer. Des médecins scolaires, il n'y en a plus ; au collège ça se passe un petit peu mieux parce qu'il y a une infirmière souvent, et que l'infirmière, quand elle a un problème ou une difficulté, elle nous appelle et ça m'est arrivé deux fois cette année. Sauf quand j'avais mes propres enfants en primaire, j'avais beaucoup de contacts avec les profs, mais en fait ça n'était pas des contacts professionnels. Mais j'apprenais beaucoup de choses sur les enfants que je suivais.

Pédopsychiatrie et psychologues, ça n'existe quasiment plus, et ça tout le monde le dit : des pédopsychiatres, il n'y en a plus ou très peu, et c'est extrêmement difficile de les avoir ; déjà c'est difficile de convaincre les parents qu'il faut, on n'est pas forcément épaulé par l'Education Nationale puisque de toute façon y'a un secteur, qui est propre à

l'Education Nationale de suivi de gamins en ES et de suivi psychologique ou psychiatrique ; les parents l'acceptent parce que les gamins sont en ES et que les parents sont convoqués par les profs etc.... Donc ils rentrent dans cette filière là ; s'il y a un problème familial, souvent l'école l'ignore ou ne veut pas le savoir, mais c'est toujours dans un milieu scolaire. C'est-à-dire qu'on n'est pas du tout dans une thérapie de l'enfant, on est dans une thérapie de son adéquation à la société d'aujourd'hui et c'est extrêmement difficile d'avoir un rendez vous avec un pédopsychiatre ; y en a plus, c'est une profession en voie de disparition. Et dans les grosses difficultés je dirais même qu'on a des difficultés à avoir un pédopsychiatre en consultation. Quand on envoie un gamin asthmatique qui ne va pas bien, pour avoir un psychiatre qui soit présent, ne serait-ce que pour assister à l'entretien, moi j'ai eu le cas, je me suis battue pendant 3 ans pour arriver à ce que l'enfant, qui allait à l'hôpital pourtant très souvent arrive à voir un psychiatre quand il était hospitalisé. Je me suis battue 3 ans. Reste l'orthophonie. Le problème, c'est que c'est le fourre-tout, c'est-à-dire que l'orthophonie doit s'adresser au langage et sûrement pas aux difficultés scolaires liées à des troubles comportementaux ou des troubles affectifs de l'enfant ; l'orthophoniste n'a pas assez de formation pour être en même temps psychologue, voilà. Y en a qui l'ont, y en a qui le font parce qu'elles se rendent parfaitement comptes par elles mêmes qu'il faut une formation de psychologie et donc on a deux à trois orthophonistes de référence qui ont une formation à la psychologie voire à la prise en charge psychothérapeutique ; mais l'orthophoniste pure a un abord psychologique de l'enfant mais c'est un abord dans un domaine très particulier qui est le langage. »

***6/ D'après vous quels moyens simples pourraient être mis en œuvre dans l'aide à la prise en charge par les médecins généralistes de l'échec scolaire en primaire ?***

« Simplement un signalement déjà de la part de l'Education Nationale, qu'il y ait un échange avec le psychologue scolaire d'un enfant en difficulté, qu'on ait un courrier, ne serait-ce que cela : cet enfant a des difficultés d'apprentissage, de lecture, etc.... déjà on aborderait le sujet différemment et plus spécifiquement ,parce que une fois de plus

pour moi le rôle du généraliste, c'est d'être dans le soin de la personne qu'on a en face de nous , si c'est le soin à l'enfant, c'est dans sa globalité, c'est-à-dire que l'ES parce qu'il n'en a rien à foutre de l'école et que ça ne l'intéresse pas ou qu'il s'y ennuie ; je dirais c'est pas notre problème ; par contre l'ES si c'est aussi un échec dans sa vie , sa relation aux autres ,son intégration familiale, sa relation à sa fratrie, son comportement son agressivité, son mal-être ,dans son sommeil , là cela nous concerne : l'enfant ne va pas bien. Vous avez des enfants en ES qui sont parfaitement heureux là où ils sont, je ne vois pas quel rôle on a à jouer, si ce n'est auprès des parents.

## Interview n°5

### **1/ Présentation**

SEXE masculin

AGE 56 ans

Exercice seul en milieu rural

### **2/ Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prise en charge de l'échec scolaire(ES) chez les enfants en primaire ? Pourquoi?**

« A mon avis le rôle du médecin généraliste est très limité. Je pense qu'il faut dépister au démarrage les enfants qui ont des retards, au niveau langage, au niveau des acquisitions, c'est surtout très tôt ; après je ne vois pas trop ce qu'en tant que médecin généraliste on peut faire ultérieurement, ça me laisse dubitatif...A mon avis c'est beaucoup plus au niveau des enseignants que c'est dépisté. D'ailleurs je constate une chose moi, c'est vrai que l'on prescrit de l'orthophonie, et moi je suis persuadé que dans un certain nombre de cas, c'est trop vite mis en œuvre. Les enfants, il faut leur laisser du temps aussi, alors évidemment on veut hâter ; tout le monde veut que son enfant se révèle normal, on ne perd pas de temps. Je suis un peu sceptique et je me pose parfois la question de savoir si c'est pas le rôle des maîtresses, parfois à quoi

elles servent !?Très vite elles branchent sur l'orthophonie. Moi, c'est ce que je constate, sur des choses qui sont probablement, pas forcément anormales ; mais bon elles sont formées surtout les jeunes c'est comme ça. »

***3/ Quelles sont les principales causes d'une manière générale de l'échec scolaire en primaire ? Quelles sont celles que vous rencontrez le plus souvent dans votre consultation ?***

« D'abord l'ES, la principale cause, il faut reconnaître qu'il y a de enfants qui n'ont pas les capacités de suivre. Maintenant tout le monde doit aller faire des études ; d'autre de plus il y a des gens au niveau des familles qui ne sont motivés, des familles ne suivent pas du tout, ne sont pas derrière les enfants, ne les motivent pas, ne font pas ce qui faut pour les aider. Moi je pense que c'est plus le social ; le médical à mon avis c'est minoritaire, des troubles mentaux à la naissance mais ça représente pas grand-chose. Par contre il y aura toujours des différences de niveau dans la vie. Il y a des gens qui sont plus faits pour les études que d'autres, on a toujours eu ça et on aura toujours ça. Il faut essayer d'améliorer les choses au maximum, pousser tout le monde vers le haut ; moi je trouve que c'est pas trop mal d'ailleurs en France, on laisse sa chance relativement à tout le monde. Bon c'est qu'au niveau social, un enfant qui est dans une famille où les parents ne sont pas motivés ou ne peuvent pas, c'est mal parti pour lui, c'est évident. Mais quand même c'est pas mal relié maintenant ; au niveau de l'école on aide quand même bien les gens qui veulent essayer de s'en sortir. Au niveau médical, à mon avis mais j'ai peut-être tort, je ne pense pas que l'on puisse changer grand-chose. »

***4/ Quels moyens mettez-vous en œuvre pour dépister ces principales causes identifiées précédemment ?***

« Je vous dis moi que je ne mets rien du tout en œuvre, je ne pense pas qu'il y ait beaucoup d'ES qui soient dus aux troubles auditifs maintenant. Quand il existe des

troubles du comportement, c'est dépisté avant la scolarité, et c'est rare que ce soit en cours de scolarité. Parfois le syndrome d'hyperactivité les parents, peuvent nous en parler mais nous on ne sait pas quoi faire. En général c'est adressé dans les centre CMPP ou des structures adéquates, c'est suivi comme ça. Mais c'est vrai, qu'on a l'impression qu'il y en a, de plus en plus d'enfants qui n'arrivent pas à être canalisés ; les enseignants ne sont pas bien avec ça. »

***5/ Rencontrez-vous des difficultés dans votre prise en charge de l'échec scolaire au quotidien ?***

Moi, je ne rencontre pas spécialement de difficulté parce-que je suis honnête. Comme je m'en préoccupe pas, on m'en parle très rarement en consultation. Quand on m'en parle, je leur dis plutôt de s'adresser aux structures scolaires. Avec les orthophonistes dans l'ensemble ça va, on arrive à se débrouiller ; les parents arrivent à emmener leurs enfants.

***6/ D'après vous quels moyens simples pourraient être mis en œuvre dans l'aide à la prise en charge par les médecins généralistes de l'échec scolaire en primaire ?***

« Je pense que c'est l'école beaucoup plus que nous qui le prend en charge. C'est la maitresse d'ailleurs, dès la maternelle, qui s'en occupe. Pour les orthophonistes, nous on est uniquement là pour signer les feuilles d'orthophoniste. Moi je n'ai jamais refusé d'ailleurs. Par contre, je ne m'estime pas formé pour interpréter un bilan orthophonique ; je ne suis pas compétant et je ne m'y intéresse pas assez.

Je pense qu'il y a beaucoup plus d'ES qu'autrefois parce qu'avant ils étaient orientés vers des filières moins intellectuelles plus rapidement. »

## Interview n°6

### **1/ Présentation**

SEXE masculin

AGE 52 ans

Exercice en groupe en milieu semi-rural

### **2/ Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prise en charge de l'échec scolaire(ES) chez les enfants en primaire ? Pourquoi?**

« Oui bien sûr, pourquoi ? Parce que ça témoigne d'une souffrance soit chez les parents, soit chez les enfants, soit chez les enseignants, voilà pour faire court comme réponse. »

### **3/ Quelles sont les principales causes d'une manière générale de l'échec scolaire en primaire ? Quelles sont celles que vous rencontrez le plus souvent dans votre consultation ?**

« Ce sont des causes médico-psycho-sociales, la précarité, le déracinement, après il y a les causes psycho-comportementales, des troubles du développement. Dans le psycho-comportemental on retrouve tous les dys-, les TED, le TDAH. Sinon, dans les psycho-sociales il y a la précarité, le déracinement, tous les étrangers quoi, mais aussi le niveau culturel des parents. »

### **4/ Quels moyens mettez-vous en œuvre pour dépister ces principales causes identifiées précédemment ?**

« L'examen systématique des enfants dès la naissance déjà, le carnet de santé dont on s'aide, on a les facteurs psycho-comportementaux à cocher ; donc ça c'est la première

chose ; la guidance parentale ensuite. Sinon on recourt aux structures d'aide CMP, CAMSP, RASED, contact avec les enseignants aussi. Parfois je les fais lire aussi, un dépistage grossier. »

***5/ Rencontrez-vous des difficultés dans votre prise en charge de l'échec scolaire au quotidien ?***

« Oui évidemment qu'on rencontre des difficultés : manque de professionnels et délai d'attente, avec les orthophonistes d'une part, d'autre part même avec la MDPH les temps d'attente pour avoir une AVS sont longs ; le temps d'attente pour avoir un diagnostic précis sur certains TED aussi. Il n'y a pas de pédopsychiatre, donc ça n'en parlons pas, le délai d'attente dans les structures spécialisées est trop long. Et puis il y a les difficultés sociales ; on n'arrive pas à avoir de reconnaissance par la MDPH, on n'arrive pas à avoir les ALD, ils n'arrivent pas à avoir la CMU. »

***6/ D'après vous quels moyens simples pourraient être mis en œuvre dans l'aide à la prise en charge par les médecins généralistes de l'échec scolaire en primaire ?***

« Il faudrait que L'ERTLA6 soit généralisé, c'est applicable, si on s'y intéresse, c'est inapplicable, si il n'y a pas de codifications. Moi, j'en fais de temps en temps, mais actuellement on ne peut pas le faire de manière généralisée. Le moyen simple, ce serait que chaque enfant ait un médecin référent et que le référent soit le médecin traitant ; et non les instituteurs qui adressent eux mêmes à des structures dépendant de l'Education Nationale, surtout dans les zones où il n'y a pas d'échec scolaire. Par ailleurs il faudrait augmenter les formations des médecins sur le dépistage de l'autisme, le dépistage des dys-, et que ça puisse être fait de façon simple en cabinet de ville ; par contre le dépistage, ça ne sert pas à grand-chose s' il n'y a rien qui suit derrière ; au fin fond des départements c'est la galère et mieux vaut habiter une grande ville en centre et être riche.»

## Interview n°7

### **1/ Présentation**

SEXE féminin

AGE 59 ans

Exercice en groupe en milieu rural

### **2/ Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prise en charge de l'échec scolaire(ES) chez les enfants en primaire ? Pourquoi?**

« Peut-être qu'il a un rôle à jouer, mais moi je ne le joue pas du tout. Premièrement je n'ai pas une relation excessivement bonne avec l'école, je ne fais rien d'ailleurs pour en avoir, et les instituteurs non plus. Tout ce qu'on a à gérer, c'est éventuellement une demande d'orthophonie ; c'est la demande primordiale, et c'est souvent les familles qui la font ; ça vient souvent d'une interpellation par les instits. Il y a aussi toutes les demandes pour vérifier qu'ils entendent bien, qu'ils voient bien, mais tout dépend du matériel, c'est quand même technologique ; mais au plan du niveau scolaire, moi je le demande tout le temps aux enfants. Enfin souvent quand je fais les examens classiques, je demande dans quelle classe ils sont, s'ils redoublent enfin tout ça. Mais je ne me sens pas du tout investi d'un rôle dans le pourquoi du comment ; les rares fois où j'ai eu des choses à faire, c'était des ados. Si j'ai eu deux cas en 30 ans de carrière, c'est tout de même pas terrible, de refus d'école, de phobie scolaire. Pour l'un je ne savais pas quoi faire je m'y suis prise comme un pied ; et il ne sont plus là ces gens et je ne sais pas ce qu'elle est devenue ; l'autre, c'était un gros problème social, et finalement j'ai fait un certificat en lien avec la psychiatre ; c'est une gamine qui a fait une tentative de suicide à 14 ans et qui est maintenant prise en charge comme il faut, après être allée en pédiatrie. Maintenant le CMP enfant vient en pédiatrie et il y a une psychiatre qui la prend en charge comme il faut, mais ce sont des cas graves, et ne

concernant pas l'échec scolaire mais la phobie scolaire. L'échec scolaire pur, je n'ai pas connu. »

***3/ Quelles sont les principales causes d'une manière générale de l'échec scolaire en primaire ? Quelles sont celles que vous rencontrez le plus souvent dans votre consultation ?***

« Je pense qu'il y a un mixte entre le médical et le psycho-social. C'est rarement une seule cause. Moi les causes, j'en sais rien ; je pense qu'il y a des dépistages qui ne sont pas fait comme il faut ; en particulier la dyslexie qui est très à la mode est pas faite comme il faut ; et c'est certainement une cause fréquente que, nous, on ne sait pas dépister ; il faut que les enfants arrivent maintenant en sixième pour qu'on commence à se dire qu'on aurait pu s'occuper d'eux avant. Ils vont voir l'orthophoniste plus facilement que le psychologue, et ça n'a pas changé depuis 30 ans ; et les instits non plus elles, n'ont pas changé, elles envoient toute suite à l'orthophoniste. On compose un truc qui a déjà était mis en place ailleurs. Avant il y avait aussi un RASED et tout un travail de prévention qui était très bien fait ; donc en fait, on se reposait la dessus. Il était quand même dans l'école, et ce à la demande des instits certes, mais sur place il pouvait vérifier s' il y avait des améliorations ; il proposait de la psy interne, c'est-à-dire que ça n'obligeait pas les gens qui n'avaient pas beaucoup de sous à aller voir un psychologue en ville, ce qui n'est pas possible pour des gens qui sont d'un milieu social pauvre. Et les attentes pour le CMP enfant, c'est catastrophique. On est dans un monde où le social est peu aidé, les assistantes sociales, on les cherche souvent. Il faut vraiment qu'il y ait un signalement pour des choses très graves, comme des choses sexuelles, pour qu'on aille chercher une assistante sociale et savoir qui est responsable du secteur. Après les dépistages c'est surtout la dyslexie, je pense, la dysgraphie, les dys-, on sait qu'il n'y a que les milieux favorisés qui s'en occupent, qui vont trouver des orthophonistes spécialisées dans les problèmes de mathématiques. Par exemple à Paris où je ne sais pas où, il y a que les gens qui ont internet qui savent trouver des

associations, des parents qui ont travaillé là-dessus, qui trouvent les bonnes adresses ; moi sincèrement je n'ai pas le temps de m'occuper de ça. »

***4/ Quels moyens mettez-vous en œuvre pour dépister ces principales causes identifiées précédemment ?***

« Rien du tout, à part le dépistage auditif et visuel, mais je les fais que très rarement lire ; seulement quand je suis dans un lien très fort avec les gens ; ça m'est arrivé quand les parents m'ont parlé de leur enfant en échec... Je les fais lire, mais vraiment très ponctuellement mais ce n'est pas dans mon habitude de demander au gamin de lire en CE1. Les instits, elles, sont tout le temps en train de faire des diagnostics médicaux, elles interviennent par rapport au carnet de santé, elles donnent des conseils, elles engueulent les gens quand ils n'ont pas eu les vaccins. »

***5/ Rencontrez-vous des difficultés dans votre prise en charge de l'échec scolaire au quotidien ?***

« Moi, ce que je voudrais, c'est surtout savoir où envoyer les gens. En fait ce qu'ils demandent ce sont des papiers ; on dirait qu'il y a une association de parents pour tel ou tel problème, on sait qu'il y a un centre et encore par oui-dire, enfin il faut vraiment bouger de chez soi pour avoir des informations. En pédiatrie, ils ont créé un centre pour la dyslexie. Alors, il y a un dépistage qui est pris en charge par l'hôpital, mais pour les dyslexiques, il faut déjà que les parents en soient arrivés à ce qu'il soit dyslexique. Il y a des gens qui sont obligés d'aller loin pour trouver des orthophonistes à certaines périodes de l'année, et tous les orthophonistes sont débordés ; et les pédopsychiatres n'en parlons pas il y en a trois sur Orléans et dans tout le département, à peu près, et c'est pas facile, ils sont presque ados quand on les envoie chez le pédopsychiatre. Les pédopsychiatres c'est surtout les CMPP et les CMP enfants parce que c'est souvent combiné avec des problèmes sociaux et des problèmes familiaux et compagnie. Les gens qui ont des moyens, ils trouvent des pédopsys, il n'y a pas de soucis. »

**6/ D'après vous quels moyens simples pourraient être mis en œuvre dans l'aide à la prise en charge par les médecins généralistes de l'échec scolaire en primaire ?**

« Il faudrait inventer des grilles, par exemple de lecture. Si on me donne des moyens, je serais prête à le faire. Et puis il nous faudrait des adresses où on peut envoyer les gens, en particulier le dépistage de la dyslexie ou des critères de dyslexie qui pourraient être donnés à partir de grille. On ne va pas taper sur l'école, mais bon c'est un classique. »

Interview n°8

**1/ Présentation**

SEXE masculin

AGE 55 ans

Exercice en groupe en milieu rural

**2/ Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prise en charge de l'échec scolaire(ES) chez les enfants en primaire ? Pourquoi?**

« A priori, je pense oui, alors pourquoi ? Bah ! parce que bon ,déjà les enfants, c'est nous qui les suivons, on les voit ; après on se rend compte qu'il y a énormément d'intervenants autour de ces enfants, et que celui qui peut synthétiser les problématiques : c'est nous. D'autre part il y a un autre problème qui se pose à l'heure actuelle, c'est qu'il y a une disparition quasi-totale de la médecine scolaire ; donc il n'y a plus de médecin scolaire, et les parents sont un peu perdus. Alors les psychologues scolaires, y'en a mais je ne saurais pas dire combien, mais ils vont disparaître. Dans le dépistage de l'échec, je pense que, c'est plus les instits. Après pour la prise en charge, souvent ils vont nous les adresser pour savoir ce qu'il faut faire. Fréquemment on est

court-circuité parce qu'ils vont directement vers les orthophonistes ; alors on doit faire la prescription et puis voilà quoi... »

***3/ Quelles sont les principales causes d'une manière générale de l'échec scolaire en primaire ? Quelles sont celles que vous rencontrez le plus souvent dans votre consultation ?***

« Bah ! A mon avis les principales causes : premièrement médicales ; c'est de plus en plus rare, les gamins sourds sont dépistés de plus en plus tôt et sont mieux pris en charge ; deuxièmement, je dirais plus sociale ; c'est ce que l'on voit le plus souvent, des gosses qui sont un peu désinsérés avec des couples éclatés. »

***4/ Quels moyens mettez-vous en œuvre pour dépister ces principales causes identifiées précédemment ?***

« Alors moi je ne mets pas en œuvre de dépistage systématique, parce que je pense que ça se passe en amont de mon intervention. Nous, on traite les problèmes quand les gens nous en parlent, essentiellement les parents. Quand il y a un problème, et s'il nous en parle, on va mettre en œuvre des procédures ; dans les examens systématiques, les carnets de santé sont de mieux en mieux faits ; mais moi je ne les fais pas lire ni écrire ; on a d'autres choses à faire ; moi je fais du médical ; on regarde la vision, l'audition. »

***5/ Rencontrez-vous des difficultés dans votre prise en charge de l'échec scolaire au quotidien ?***

« La prise en charge, oui, elle est difficile, parce qu'il y a une multitude d'intervenants potentiels dont on sait pas très bien qui fait quoi, et qui centralise les données ; à mon avis c'est un bien grand mot, je ne dirais pas que l'ES c'est pris en charge, et la première prise en charge, à mon avis, une fois qu'on a sorti toutes les causes

médicales, psychologiques et tout ça, c'est plus au niveau de l'école ; il devrait y avoir des classes spécifiques, des choses comme ça. On n'a pas l'impression que ça aille vers ça ; on note un désinvestissement des pouvoirs publics. Le problème qu'on a, nous aussi, par rapport aux pédopsychiatres, c'est qu'il y a un déficit en professionnels qui est énorme. Sinon les psychologues, bah ! Nous on ne les connaît pas ; moi, un psychologue je ne sais pas trop ce que c'est ; on ne sait pas si c'est une psychanalyste, quelle est leur formation, comment ça s'articule derrière. Dans le soutien scolaire on a des gens qui gravitent ; je ne sais pas s'ils communiquent ensemble, mais en tout cas ils ne communiquent pas avec nous. Du coup, on n'a pas de professionnel référent dans l'école. »

***6/ D'après vous quels moyens simples pourraient être mis en œuvre dans l'aide à la prise en charge par les médecins généralistes de l'échec scolaire en primaire ?***

« Je pense qu'il faudrait qu'on ait un interlocuteur qui centralise un peu les données médico-sociales. Avant c'est vrai que c'était le rôle du médecin scolaire pour le côté médical ; il faudrait qu'il y ait vraiment un dossier suivi par enfant. Je sais qu'il y a l'assistante sociale ; ces pauvres filles ou ces pauvres gars, ils ont aussi cinquante mille trucs à faire...alors est-ce que l'instit pourrait faire ça ? Est-ce que c'est son rôle ?...c'est surtout derrière, une fois qu'on a dépisté, ce n'est pas très dur à dépister, l'ES, qu'on a vérifié qu'il n'était pas surdoué ce qui n'est pas la règle quand même en général. Qu'est ce qu'on fait derrière ? Quelles mesures on propose ? Le soutien et tout ça, comment ça va s'articuler ? Et là je pense qu'on est vite dépassé. Il faudrait qu'on ait des outils simples, le seul outil de liaison pour le moment, c'est le carnet de santé qui est quand même fondamental. Moi je l'utilise beaucoup ; si on veut un outil de liaison efficace, c'est le carnet de santé. Il s'est déjà pas mal amélioré, il est de mieux en mieux fait, de moins en moins con parce qu'avant les examens systématiques, c'était du style des années 50. Maintenant c'est vrai, il faudrait peut-être qu'on soit mieux

formé pour le dépistage et surtout qu'on puisse orienter vers quelqu'un qui soit un référent. »

## INTERVIEW N°9

### **1/ Présentation**

SEXE masculin

AGE 59 ans

Exercice en groupe en milieu rural

### **2/ Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prise en charge de l'échec scolaire(ES) chez les enfants en primaire ? Pourquoi ?**

« Un rôle sûrement, oui, dans le dépistage des dyslexies, des dysorthographies, des retards, des problèmes de QI, des retards psychomoteurs; dans tout ce qui est dépistage des enfants autistes, il y a un rôle à jouer c'est clair. C'est-à-dire que l'ES, ce n'est pas forcément un motif de consultation, c'est quelque chose qui vient après. On voit un enfant avec les parents, je leur demande s'il travaille bien à l'école. C'est la question qui fâche des fois; finalement même les parents ne nous le disent pas parce qu'ils ont honte; si leur enfant travaille mal ce n'est pas bien. Souvent je leur pose la question: bon, alors, l'école? Tu travailles bien? Tu as des bonnes notes? A ce moment là le gamin, il répond pas et la maman dit bah! Vous savez, il ne travaille pas bien etc....Donc déjà ce n'est pas un motif de consultation, ça peut l'être mais c'est rare très très rare. Si on ne demande pas à la famille, on n'est pas au courant. Puis, bon, c'est vrai que les profs ne nous appellent pas, chacun est dans son monde: l'école d'un coté, la médecine de l'autre. »

***3/ Quelles sont les principales causes d'une manière générale de l'échec scolaire en primaire ? Quelles sont celles que vous rencontrez le plus souvent dans votre consultation ?***

« Ce ne sont pas des causes liées à des pathologies, ce sont souvent des causes sociales, parmi mes petits patients. J'ai l'impression que les petits patients qui sont nés dans un milieu social défavorisé, ça n'avance pas ; les parents ne sont pas motivés, parce qu'eux mêmes n'ont pas fait d'études, je dirais basiques, même pour certains ; ou du moins eux-mêmes étaient déjà en échec scolaire, et ils sont sortis de l'école sans diplôme ; alors ces parents ne poussent pas trop leurs enfants à faire des études globalement. Il y a des exceptions, on peut voir des parents qui disent et qui tiennent le discours inverse ; j'ai pas fait d'étude, donc toi tu va en faire ; et ils poussent leurs enfants mais c'est loin d'être le plus souvent le cas. Il y a une chose, c'est que l'apprentissage de la lecture est fondamental et souvent moi, je fais lire les enfants pour voir s'il y a un problème ; voire je les fais écrire. On s'aperçoit alors qu'ils sont en retard, c'est phénoménal ! En premier donc c'est les causes sociales. Ces enfants ont des difficultés, par exemple de mémorisation, d'attention, d'écoute ; on a aussi des enfants qui sont hyperactifs ; et si les parents ne sont pas là pour guider tout ça, leur dire, voilà tu fais la lecture, tu fais ci tu fais ça, et bien les enfants ils continuent à être hyperactifs, ils ne font rien, ils sont livrés à eux mêmes. Donc globalement il y a le milieu social en premier. La deuxième cause, pour moi, ce sont les causes médicales qui jouent ; l'hyperactivité de l'enfant, c'est quelque chose d'important, c'est une chose qu'on voit ; mais quand on envoie l'enfant chez le pédiatre, on nous dit bah ! Non il y a rien, tout va bien, c'est pas grave ; on les envoie en consultation spécialisée où c'est pas bien pris en charge, alors qu'on sait que l'hyperactivité c'est quand même...je n'ai pas de statistique, mais moi, dans ma patientèle de gamins, j'en ai trois ou quatre qui sont comme ça, sur une bonne centaine ; y'en a certains, c'est l'horreur ! Alors, soit ils ont des parents qui les aident bien, qui les guident, qui les canalisent, soit les parents laissent tomber et c'est la catastrophe. Sinon il y a des causes médicales évidentes telles que les retards psychomoteurs, les arriérations mentales...Après il y a des

troubles chez l'enfant tels que la migraine de l'enfant ; un enfant qui a des troubles scolaires il faut bien l'interroger, savoir s'il a mal, pourquoi il ne travaille pas ; la migraine de l'enfant, c'est une des causes de l'ES aussi. Globalement la douleur de l'enfant, il faut s'y intéresser. Puis après il y a tous les troubles liés à leurs parents ; si le père est en conflit avec la mère, ça influe énormément. Ce qu'on voit souvent ce sont des enfants qui vont bien, et puis papa et maman se tapent dessus et divorcent. Et ça y est l'enfant est en ES, alors qu'il avait de très bonnes notes ; ce sont des choses qu'on voit. »

***4/ Quels moyens mettez-vous en œuvre pour dépister ces principales causes identifiées précédemment ?***

« Déjà un bon examen clinique complet, ça c'est important ; et puis éventuellement les faire lire et écrire ; et analyser un peu l'environnement familial. Et puis après on est dans la panade parce que quand on a dépisté un trouble relevant d'un pédopsychiatre. Et on n'en a pas ; donc on se débrouille. Quand on a un enfant psychotique, il n'y a pas de suivi ; le pédopsychiatre y en a pas, c'est un peu à la débrouille. J'estime moi, que mes enfants, qui ont des petites psychoses infantiles légères, des choses banales qu'on devrait prendre dès le départ, on ne peut pas les prendre en charge : on n'a pas de pédopsychiatre, on a rien ! »

***5/ Rencontrez-vous des difficultés dans votre prise en charge de l'échec scolaire au quotidien ?***

« La difficulté c'est qu'on manque de professionnels, de structures, de plein de choses. Les pédiatres de toute façon y en a plus, ils sont en voie de disparition, les pédiatres libéraux, je parle ; mais bon, y a des pédiatres à l'hôpital, mais à l'hôpital, c'est pareil ; on a des rendez-vous au bout de six mois, on n'a pas des rendez-vous immédiats au moment où on voudrait que l'enfant soit pris en charge. L'orthophonie, c'est la même chose, ils sont débordés. On n'a pas assez de professionnels pour prendre en charge

des enfants qui ont des dyslexies, des dysorthographies... La médecine scolaire n'existe plus, y a plus de médecin scolaire, au prix où on les paye c'est normal qu'il y ait personne ; ou alors faut vraiment que se soit une femme qui fasse ça par bénévolat parce que son mari gagne beaucoup d'argent, c'est souvent le cas d'ailleurs. Autrement j'ai eu plusieurs cas avec des pathologies lourdes, et c'est vrai que quand même, en allant jusqu'au médecin scolaire et au rectorat, on a réussi à mettre en place quelque chose. Mais c'est le parcours du combattant, il faut appeler le pédopsychiatre, le médecin de santé scolaire, c'est dur, très dur, c'est un investissement personnel en temps... »

***6/ D'après vous quels moyens simples pourraient être mis en œuvre dans l'aide à la prise en charge par les médecins généralistes de l'échec scolaire en primaire ?***

« Il faudrait qu'on organise des structures adaptées pour prendre en charge ces jeunes patients. Et puis des fois on a l'impression que les pédopsychiatres ce qu'ils veulent c'est des grosses pathologies, lourdes, énormes ; et nous on a besoin aussi d'une aide, enfin ce sont les patients qui ont besoin c'est pas nous, au niveau pédopsychiatrique, et on n'est pas formé pour faire ça, on n'a jamais été formé à faire de la pédopsychiatrie, j'outrepasse un peu mes compétences quelque part. Mais je suis obligé de répondre à une demande, à des patients qui sont là, alors qu'est qu'on fait, on les largue, on leur dit non ce n'est pas ma compétence, au revoir madame !!? En tant que médecin généraliste on ne peut pas tout faire, ça c'est clair. On nous dit, vous n'êtes pas bons en gynéco, vous n'êtes pas bons en endocrino, vous n'êtes pas bons en pédopsychiatrie, en gériatrie, on n'est bon à rien quoi !! Non ce n'est pas notre boulot ! Nous quand on appelle c'est que l'on a besoin d'aide, on a besoin de quelqu'un qui va répondre à un besoin d'un patient. Hors aujourd'hui, moi, quand j'appelle et quand on me dit oui, le rendez-vous chez le pédopsychiatre, y a pas de place rappelez dans trois mois, on vous met sur une liste d'attente et ce ne sera pas avant un an !! On est en France ou au Bangladesh ? C'est mon rôle de dépister, d'alerter voire de prévenir, mais je ne me sens pas capable d'être thérapeute sur ce sujet. C'est tout, je le dis comme je

pense ; je me débrouille, j'essaie de rendre service à des gens mais je sais que ce n'est pas mon job. Moi je serais d'accord pour faire une prise en charge conjointe avec un confrère pédopsychiatre qui nous enverrait des courriers et attirerait notre attention sur tel ou tel point à surveiller mais ce n'est pas le cas. »

## INTERVIEW N°10

### **1/ Présentation**

SEXE masculin

AGE 65 ans

Exercice seul en milieu rural

### **2/ Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prise en charge de l'échec scolaire(ES) chez les enfants en primaire ? Pourquoi?**

« Oui, parce qu'on constate souvent qu'un enfant est en souffrance, que la famille est en souffrance et que la souffrance fait partie de la médecine. Ce peut être des enfants qui sont, soit en échec parce qu'ils sont en souffrance psychologique, soit qui ne sont pas bien entourés ; l'échec étant à mon avis de différentes origines. On ne peut pas non plus, quand on est un observateur ne pas alerter les parents sur le risque qu'un enfant soit mis en échec. On voit beaucoup d'enfants avec des couples qui se séparent, des enfants qui sont en dépression ; on a maintenant couramment l'occasion de faire de la pédopsychiatrie puisqu'il n'y a pas grand monde qui la fait ; et donc effectivement ces enfants là sont en souffrance, et ont tendance souvent à se désocialiser ; ce qui aboutit à l'échec scolaire. Ce peut être des enfants dont les parents s'occupent peu d'eux, et des devoirs qui ne sont plus faits ou pas faits à la maison. On constate que le gamin qui devrait lire à tel repère de temps, ne le fait pas et est bien loin de ce qu'il devrait faire ou pourrait faire. On nous demande aussi des prescriptions d'orthophonie et ces prescriptions d'orthophonie ne sont souvent que la médicalisation d'un échec de

l'enseignement, c'est-à-dire que le Ministère de la Santé paye ce que le Ministère de l'Education Nationale n'a pas été capable de faire. Les frais qui sont engendrés nous retombent sur les épaules, alors qu'en définitif ce sont les enseignants qui sont pourtant assez nombreux, et qui à mon avis n'ont pas souvent tellement fait leur travail. »

***3/ Quelles sont les principales causes d'une manière générale de l'échec scolaire en primaire ? Quelles sont celles que vous rencontrez le plus souvent dans votre consultation ?***

« C'est très difficile dans une interview comme ça d'arriver à classer en même temps qu'on répond, ce n'est pas si facile ; et quand on répond, encore faut-il arriver à les classer à peu près bien. La première cause, c'est la grande grande médiocrité de l'enseignement actuellement, et je pense qu'effectivement l'enfant ne peut pas savoir ce qu'on ne lui a pas appris. Alors certains enfants sont effectivement dans une situation d'aisance, et comme on n'en demande de moins en moins certains gosses survolent en attendant qu'ils rencontrent dans d'autres écoles des difficultés pour la première fois de leur vie donc ils n'ont plus appris à affronter les difficultés, et puis d'autres gamins qui ne suivent pas bien parce que le niveau scolaire est lamentable. On parle actuellement d'éveil de l'enfant ; bon ils vont effectivement découvrir que dans les forêts il y a des champignons, des arbres. Après on va les emmener au bord de la mer, ils vont voir qu'il y a de l'eau ; ça c'est très très intéressant mais ce n'est pas comme ça que l'enfant peut apprendre, et les méthodes apparemment pédagogiques, moi je trouve que c'est d'un niveau très très bas. Deuxième cause, c'est l'enfant en souffrance. Une famille sur deux pratiquement se déchire et se divise. Il y a aussi des parents qui s'occupent relativement peu de leurs enfants, si la maman va à la gymnastique avec ses copines le soir, et que le papa est au club de foot, évidemment le pauvre gamin, il a pas tendance à faire ses devoirs, si tant est qu'il en ait ; et tout ça mélangé dans une époque où les gosses ne sont pas forcément très heureux, certainement très gâtés mais peut-être pas très heureux, je pense qu'il y a beaucoup de raisons d'avoir des échecs. Hier je suis passé chez mon copain pédiatre, vieux pédiatre bien connu du Loiret, et vers onze

heures du soir en prenant une coupe de champagne tous les deux, on discutait d'un truc très précis. Et on se disait c'est quoi la médecine ? Alors pour notre génération la médecine, ça a été souvent des affections organiques, on guérissait la tuberculose, la chaude pisse, le cancer du sein, et effectivement il y a des gens qui sont en souffrance pour d'autres choses. Mais la société de demain il faudra qu'elle mette des frontières dans ce que le médecin prend en charge et la Sécurité Sociale prend en charge, parce qu'effectivement ce sont deux choses différentes ; les hémorroïdes peuvent très bien être médicales et ne pas être pris en charge. Alors où va-t-on mettre à ce niveau là chez l'enfant le niveau de la prise en charge ? Sachant qu'il y a très peu de psychologues, les pédopsychiatres les délais de prise en charge sont beaucoup trop longs ... »

***4/ Quels moyens mettez-vous en œuvre pour dépister ces principales causes identifiées précédemment ?***

« C'est sûr que souvent effectivement on a à faire à un gamin qui a des petits soucis des fois, on nous demande parfois de faire des ordonnances d'orthophonie. Donc moi je ne fais jamais d'ordonnance sans vérifier le pourquoi de la chose ; donc des fois je le fais lire un peu, et très rapidement parfois on est renseigné : tout simplement, pour le gamin ce n'est pas un problème d'orthophonie, c'est qu'il a un retard profond ; mais effectivement ça peut être un gamin qui a un retard psychologique profond et on peut répondre à la demande de prescription en dehors de la question posée ; si le gamin a un retard peut être que des fois, ça ne relève pas de l'orthophonie mais d'un psychomotricien Je pense qu'il faut d'abord discuter avec l'enfant, lui demander s'il va bien, voir s'il est joyeux comme un pinson, s' il se livre à des activités sportives, s'il est heureux de vivre ou s'il est triste comme tout, et si c'est un gosse qui est en train de faire une déprime. Et puis effectivement des fois ça peut être des choses conjoncturelles, la naissance d'un petit frère, etc. Moi je les fais lire. »

## ***5/ Rencontrez-vous des difficultés dans votre prise en charge de l'échec scolaire au quotidien ?***

« On ne peut pas, nous, entrer en contact, et le code de déontologie nous le dit bien, dans les histoires de famille. On ne peut pas prendre le téléphone pour dire à l'enseignant méfiez-vous le petit Pierre ne va pas bien du tout. On peut par contre dire aux parents qu'on a l'impression qu'il y a des difficultés ; ce qui n'est pas évidente pour eux et qui pour nous semble important. Je crois que mettre en garde, ça fasse partie des choses médicales ; par contre, il faut bien sûr qu'on reste dans un discours parfaitement médical ; on doit intervenir si on pense qu'il y a souffrance, on ne peut pas intervenir si on considère qu'on intervient dans les affaires de familles, là c'est condamnable, et ce n'est pas notre métier. Il y a une barrière floue mais la barrière au fond, elle n'est pas si floue que ça ; si l'enfant souffre, il faut bien aider ce pauvre gosse. Alors la vie n'est pas juste, si on est un vieux installé, et qu'on a son réseau, évidemment le petit patient qui vient vous voir, on téléphone à linette ; linette elle prend le gamin, alors que normalement elle n'en prend plus dans des délais très raisonnables, et puis tout s'arrange. Mais si effectivement on est jeune installé, et qu'on n'a pas son réseau d'amitiés qui s'est constitué par des décennies de travail, on n'est pas dans les mêmes délais, et on ne peut pas trouver une solution rapidement. Donc je crois que quand on parle d'un délai, c'est comme tout ; si vous envoyez un patient chez le cardiologue et que le cardiologue est un très vieux copain, forcément il va faire un effort parce que c'est vous ; donc je crois que selon les gens, ils sont dans une totale inégalité d'accès aux soins, non pas par l'argent, la CMU, tout ça, mais par le biais par lequel ils sont passés et à ce niveau là il n'y a pas de remède à cela. Il y a effectivement une pénurie mais vous rendrez toujours plus vite service à un copain qu'à quelqu'un que vous ne connaissez pas, c'est comme ça la vie. »

**6/ D'après vous quels moyens simples pourraient être mis en œuvre dans l'aide à la prise en charge par les médecins généralistes de l'échec scolaire en primaire ?**

« Ca c'est le grand problème du temps médical ; quel est le temps médical dans une journée ? Il semblerait que les tâches augmentent de 11% par an, dit-on au Conseil National de l'Ordre ; si on demande aux médecins généralistes de faire des choses en plus c'est à condition qu'on leur demande de faire des choses de moins. Notre cher Président et les pouvoirs publics nous disent qu'ils vont nous alléger de tâches administratives ; ça fait rigoler tout le monde ; plus ça va plus ça augmente. L'ordinateur devait empêcher le papier et vous savez ce qu'il en est... Je crois que le médecin généraliste sera demain le seul recours parce qu'il n'y aura plus de psychiatres ; les pédiatres vont disparaître, et puis on a des régions où la natalité se porte bien, dans les régions comme ici par exemple où il y a un afflux de population sans pour autant qu'il y ait un afflux de médecins. Donc il faudra bien faire demain ce qu'on ne faisait pas hier à condition également que dans la journée, elle qui n'est pas augmentée, il y ait des choses qui disparaissent. Peut-être bien que si on n'était pas débordé en septembre par des certificats médicaux aussi intéressants que : est-ce que le gamin est apte à faire du sport à l'école, certificat qui n'est pas exigible, est-ce que l'adulte est apte à faire de la danse de salon, du billard...ce temps là qui est pris ne peut pas servir à faire autre chose. Donc c'est demain qu'il faudra voir un petit peu comment réorganiser le temps de travail. A chaque fois on a des pouvoirs publics qui nous disent que c'est leur priorité et on voit bien que c'est l'inverse ; j'ai quand même le sentiment qu'on se fout de notre gueule et vraiment bien. Je ne pense pas qu'on va prendre le rôle du pédiatre mais je crois qu'en définitive pendant un certains temps le médecin généraliste, dans certains endroit, ne voyait pas d'enfants parce que le pédiatre les voyait ; il ne voyait pas de femmes parce qu'elles voyaient leur gynéco, etc. Effectivement on a l'impression que c'était devenu qu'un centre de triage, et uniquement quelqu'un qui peut faire des courriers aux différents confrères. C'était comme ça que c'était perçu le médecin traitant ; le médecin généraliste n'était plus compétent pour rien, il faisait uniquement des courriers, et puis d'un seul coup, peut-être la pénurie venant, on

découvre malgré tout qu'on a fait médecine ; ce qui est quand même curieux. Alors, oui, tout ça c'est très gentil mais demain sans doute on nous demandera aussi d'être vigilant à l'éducation sanitaire, dans la prise en charge du diabétique, dans sa nutrition, on nous demandera de nous occuper aussi de la gériatrie ce qui est de plus en plus important ; alors si on n'est de moins en moins nombreux dans des journées de plus en plus pleines, on ne peut pas tricher avec ce qui est mathématique. Alors la solution, c'est peut être de demander aux pouvoirs publics d'arrêter de se foutre de notre gueule, d'arrêter de faire des promesses et d'avoir des idées fumeuses qui sortent de réunions qui ne servent à rien ; il faut absolument arriver à des choses qui soient concrètes et qu'on puisse placer dans une journée, autrement c'est scandaleux... »

## Bibliographie / Références

- 1) Rapport du Haut Conseil de l'Education, *L'école primaire, bilan des résultats de l'école*, 2007, 38p.
- 2) Jean-Paul Caille et Fabienne Rosenwalt, *Les inégalités de réussite à l'école élémentaire, construction et évolution*, France, Portrait sociale, édition 2006, pp 115-137.
- 3) Rapport du Haut Conseil de l'Education, *Le traitement de la grande difficulté scolaire au collège et à la fin de la scolarité obligatoire*, 2004.
- 4) France Soir, *Education- des solutions face à l'échec scolaire*, 31 mars 2009.
- 5) Dr Wahl Gabriel, Dr Madelin-Mitjavile Claude, *Comprendre et Prévenir les échecs scolaires*, Paris, Edition Odile Jacob, septembre 2007, 295p.
- 6) Leprince, C, 04 septembre 2007, *En France, l'échec scolaire commence à la maternelle*, consulté le 20 octobre 2008 à l'adresse suivante :  
<http://www.rue89.com/2007/09/04/en-france-lechec-scolaire-commence-a-la-maternelle>.
- 7) Meirieu, P, 2008, *Lutter contre « l'échec scolaire » : Pourquoi ? Comment ?*, consulté le 05 janvier 2009 à l'adresse suivante:  
<http://www.cafepedagogique.net/communautes/RefusEchec/Lists/Categories>.
- 8) Peiron,D, 30 janvier 2009, *Les multiples visages de l'échec scolaire*, consulté le 20 mai 2009 à l'adresse suivante :  
<http://www.lacroix.com/article/index.jsp?docId=2363822&rubId=788>

- 9) Impact Médecin, *La question de la semaine : Faut-il mieux former les médecins à leur rôle médico-social ?* Impact Médecin, le 23 octobre 2008.
- 10) Suchaut, B, *Le rôle de l'école maternelle dans les apprentissages et la scolarité des élèves*, publié dans Conférence pour l'A.G.E.E.M, Bourges, France, 30 janvier 2008.
- 11) Ordre national des médecins, 13 avril 2010, *Atlas Régionaux de la démographie médicale française : des disparités qui s'accroissent au niveau local*, consulté le 15 juin 2010 à l'adresse suivante : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-regionaux-de-la-demographie>.
- 12) Ordre national des médecins, 28 mai 2007, *Médecine du travail et médecine scolaire, spécialités en crise*, consulté le 05 avril 2008 à l'adresse suivante : [http://www.viva.presse.fr/Medecine-du-travail-et-medecine\\_8005.html](http://www.viva.presse.fr/Medecine-du-travail-et-medecine_8005.html).
- 13) Source AFP, 20 avril 2006, *Echec scolaire: souvent des causes médicales, selon le Dr Olivier Revol*, LYON (AFP) - "J'ai compris pourquoi tu ne pouvais pas": c'est l'adage de base du Dr Olivier Revol à tous les enfants en situation d'échec scolaire qu'il reçoit dans son cabinet de l'hôpital neurologique à Lyon, et à qui on répète à l'envi "quand tu veux, tu peux", consulté le 29 mai 2009 à l'adresse suivante : [http://www.actu.ma/echec-scolaire\\_i23528\\_2.html](http://www.actu.ma/echec-scolaire_i23528_2.html).
- 14) Ministère de l'Education Nationale, *Mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit*, Encart B.O. n°6 du 7 février 2002.

- 15) Ployet, J.L, Bremond, M, Papoin, J, La consultation pédiatrique, du premier mois à l'entrée au collège, Edition Masson, deuxième édition, octobre 2004, 341p.
- 16) Loos-Ayav, C, et Al, 2005, *Validité des épreuves du repérage des troubles du langage et des apprentissages de l'enfant de 6 ans (ERTLA6) – étude prospective*[1], consulté le 09 aout 2010 à l'adresse suivante : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-2-page-179.htm>.
- 17) *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, traduction française par J- Guelfi et al., Paris, 2003, 1120 p.
- 18) Ministère de la santé et des solidarités, *Le carnet de santé, spécimen mis à jour du premier janvier 2006, chapitre : Examen au cours de la sixième année*, pp 56-57, consulté à l'adresse : <http://wwwsfpediatrie.com> et <http://wwwsante.gouv.fr>.
- 19) Dr Cortinovis, C, *Impliquer pédiatres et généralistes, le dépistage visuel des enfants en 2010*, Le quotidien de médecin, n°8707, vendredi 12 février 2010, p7.
- 20) Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille, *Les enfants et adolescents pris en charge dans les centres médico-psycho-pédagogiques*, étude réalisée du 20 janvier au 2 février 2003, consulté à l'adresse : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er392/er392.pdf>

