

L'examen pour l'orientation en commission
de circonscription préscolaire et élémentaire.

Propositions pour une contribution plus
précoce du médecin de l'Éducation nationale
à la prévention des difficultés scolaires

Dr Christine SALOMON

SOMMAIRE

I) Le médecin de l'Education Nationale et l'orientation des enfants en difficulté scolaire.....	5
A) OBSERVATION DES PRATIQUES DES MÉDECINS POUR L'EXAMEN CLINIQUE DE CCPE.....	5
B) LA CCPE.....	6
1. <i>Rappels législatifs</i> ² :.....	6
2. <i>Fonctionnement</i> :.....	7
3. <i>Rôle de la CCPE</i>	10
C) OBSERVATION, ANALYSE, DYSFONCTIONNEMENT DE LA CCPE ÉTUDIÉE.....	10
II) Pour une contribution plus efficace du médecin à l'égard des enfants en difficultés scolaires.....	11
A) LES ATTENTES DES MEMBRES DE LA CCPE VIS À VIS DU MÉDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE.....	11
1. <i>Recueil par entretiens</i>	11
2. <i>Résultats des données</i>	12
B) ÉTUDE DE DOSSIERS DE LA CCPE CONCERNÉE PAR CE TRAVAIL.....	18
C) A PROPOS D'UNE ÉTUDE SUR L'ÉCHEC SCOLAIRE (10).....	20
D) DISCUSSION.....	23
III. Préconisations.....	28
A) DES ATTENTES À LA DÉMARCHE MÉDICALE.....	28
1. <i>L'examen clinique : un approfondissement nécessaire</i>	28
2. <i>Pour une meilleure articulation entre le médecin « examinateur » et le médecin de CCPE</i>	33
B) POUR UN PARTENARIAT PLUS SUIVI AUPRÈS DES ENFANTS EN DIFFICULTÉS SCOLAIRES.....	34
C) PROPOSITION D'UN OUTIL PRATIQUE POUR LES JEUNES MÉDECINS D'AMIENS.....	35

REMERCIEMENTS.

*A notre maître de stage,
Madame le Docteur Routhier
Médecin responsable départementale de la Somme,*

Pour son accueil, ses compétences et sa disponibilité.

A Anne-Marie, qui m'a guidée tout au long de l'année avec bienveillance,

A Claude, pour sa bonne humeur le long des petites routes de la Somme,

A Maryse et Stéphanie, pour leur présence, leur gentillesse, et leurs conseils,

A toute l'équipe de la cité scolaire pour son entrain,

A Madame Jégu pour l'aide apportée tout au long de ce travail,

A toutes les personnes rencontrées pour ce travail, pour leur disponibilité,

A Isabelle, pour sa compagnie,

A la promotion, pour les petites soirées tisanes ...,

Et surtout, à Philippe.

INTRODUCTION

« Les enfants de ce pays sont globalement en bonne santé. Mais ne pas apprendre correctement, c'est bien souvent courir le risque de tomber malade » (33).

Ces enfants dont les cursus scolaires nécessitent une adaptation sont l'objet de démarches particulières, de la part de l'enseignant le plus souvent, mais également de toute personne s'occupant de l'enfant et en particulier ses parents. Si la difficulté n'a pu être résolue au niveau de l'école, un dossier destiné à la commission de circonscription pré-élémentaire et élémentaire (CCPE) est constitué.

Le dossier CCPE comprend, entre autre, un feuillet médical que le médecin de l'Education Nationale (mEN) doit remplir.

En tant que médecin exerçant depuis peu dans l'Education Nationale, j'ai eu quelques difficultés à me situer vis à vis de cet examen médical exigé par la loi. Je me suis demandée comment mener l'examen clinique, quel en était le but, quelles étaient les attentes des membres de la commission vis à vis de notre intervention, quelle pouvait être la place d'un médecin devant un enfant en difficultés scolaires ?

Dans la Somme, le service de promotion de la santé en faveur des élèves (SPSFE) emploie 11 médecins titulaires et 11 médecins vacataires. Ces médecins vacataires, jeunes pour la plupart, récemment issus des études (au cours desquelles le domaine de la santé scolaire n'est quasiment pas abordé), se posaient également ces questions.

En tentant de répondre à ces interrogations, ce travail pourrait contribuer à faciliter la tâche de ces jeunes médecins et orienter leur examen clinique pour le bénéfice de l'enfant et de la commission.

Dans une première partie, nous reprendrons les pratiques observées pour la CCPE étudiée (n° 11) et l'aspect législatif de la CCPE.

Dans un deuxième temps, à travers le résultat des entretiens effectués auprès des membres de la commission, nous dégagerons le rôle attendu du mEN lors de la visite médicale et en commission. A partir de ces entretiens, une réflexion pour une contribution plus efficace du mEN auprès des enfants en difficulté scolaire est présentée.

Enfin, des préconisations concernant l'examen médical et une participation plus précoce du mEN à la prévention des difficultés scolaires sont proposées.

I) Le médecin de l'Education Nationale et l'orientation des enfants en difficulté scolaire.

Chaque enfant dont le dossier est soumis à la CCPE devrait avoir bénéficié d'un examen clinique complet effectué par le mEN.

Nous décrirons les pratiques observées du médecin de santé scolaire ; puis un rappel législatif de la CCPE, de ses fonctions et de son rôle, seront présentés ; enfin quelques dysfonctionnements de la CCPE n° 11 seront mentionnés.

Dans ce travail, le terme de difficulté scolaire recouvre toutes les causes (médicales, sociales, familiales...) entravant les apprentissages scolaires. Les troubles de l'apprentissage sont une des causes de ces difficultés, et se définissent comme : « un ensemble hétérogène de troubles causés par une dysfonction, détectée ou non, du système nerveux central mais n'ayant pas pour origine un handicap visuel, auditif ou moteur, une arriération mentale, un trouble affectif ou un milieu défavorisé »(1).

A) Observation des pratiques des médecins pour l'examen clinique de CCPE

Tous les médecins de secteur sont amenés à effectuer des examens cliniques dans le cadre de la CCPE ; mais tous les médecins de secteur ne sont pas membres de CCPE. Cette distinction a son importance pour la transmission de l'information médicale. En effet, le médecin examinateur, si il est différent du médecin de CCPE, et si il n'assiste pas à la commission, devra (d'autant plus) noter des informations précises dans le dossier et la fiche de CCPE, afin que le médecin siégeant en commission soit en mesure de répondre aux membres de la commission et de donner un avis objectif.

Pour avoir assisté à quelques commissions, et suite à la consultation de dossiers CCPE (confère § B du II), il s'avère que les dossiers et les fiches de CCPE sont inégalement remplis, et parfois difficilement exploitables par le médecin siégeant à la commission.

Est-ce par manque de temps ? Par défaut d'informations quant à la finalité de cet examen ?

Par difficulté du médecin à se positionner vis à vis de la demande de la commission ?

De reprendre l'aspect législatif de la CCPE nous permettra de préciser le rôle attribué à cette commission et la position de ses différents membres.

B) La CCPE

La CCPE est une instance officielle qui a à réfléchir et à proposer des solutions à un enfant en difficulté scolaire. Ces difficultés peuvent relever de différentes étiologies : déficit sensoriel, moteur, mental, social.

1. Rappels législatifs ² :

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées (loi du 30 Juin 75 n° 75- 534) a pour objectif d'affirmer dans leur ensemble les droits du handicapé, de simplifier la législation et la réglementation jusqu'alors en vigueur.

Parmi les droits du handicapé sont ainsi précisés:

- le droit à l'éducation et à l'instruction, c'est à dire pour la nation l'obligation d'éduquer et d'instruire les enfants handicapés
- le droit aux soins, c'est à dire l'obligation d'une solidarité nationale pour les soigner
- le droit au travail et à l'intégration sociale, de même que le droit à une garantie de ressources pour les handicapés adultes.

Pour l'enfant, l'orientation éducative et l'attribution des Allocations d'Education Spéciale (AES) sont sous la responsabilité de la Commission Départementale d'Education Spécialisée (CDES).

Les commissions d'orientation, créées par la loi de 75, assurent le traitement social du handicap ; (le texte ne donne pas de définition précise du handicapé ; « sera désormais considéré comme handicapé toute personne reconnue comme telle par les commissions départementales »)(11).

La CDES, composée de 12 membres issus pour partie du secteur médical, social, associatif et scolaire et nommée par le préfet, est appelée à statuer sur des orientations vers les établissements d'éducation spécialisée, c'est à dire des structures médico-sociales, relevant à la fois du ministère des affaires sanitaires et sociales et du ministère de l'éducation nationale.

² selon la circulaire n° 76 – 156 et n° 31 du 22/4/76.

La CDES est aidée dans cette tâche par des commissions dites « de terrain » : la Commission de Circonscription Pré-élémentaire et Élémentaire (CCPE) et la Commission de Circonscription du Second Degré (CCSD) pour le secondaire jusqu'à 16 ans, fin de la scolarité obligatoire.

La décision d'orientation prise par la CDES s'impose à l'établissement qui doit recevoir l'enfant, sous réserve toutefois de places disponibles. La CDES attribue également des aides financières : l'AES (687 FF), assortie éventuellement d'un complément de première catégorie (687 FF), de deuxième (1202 FF) ou troisième catégorie (2233FF). La décision d'attribution de cette aide s'impose à la Caisse d'Allocation Familiale (CAF) qui est l'organisme payeur. A titre de remarque, notons que la CCPE ne peut prendre la décision d'une aide financière, cette décision incombe à la CDES à qui le dossier est alors transmis.

Ces commissions sont compétentes à l'égard de tous les enfants et adolescents handicapés physiques, sensoriels ou mentaux de leur naissance à leur entrée dans la vie active, et pour ceux qui n'y entrent pas, jusqu'à l'âge de 20 ans.

La CCPE, créée par l'article 6, § VII de la loi du 30 Juin 75 a compétence pour les enfants relevant de l'enseignement pré-scolaire et élémentaire.

La présidence est assurée par l'Inspecteur de l'Education Nationale (IEN).

Elle est composée de 8 membres.

Ces commissions disposent chacune d'un secrétariat permanent, assuré par un instituteur ou une institutrice spécialisé sous la responsabilité conjointe de l'inspecteur départemental de l'Education nationale, et, soit du médecin scolaire du secteur, soit du médecin de Protection maternelle et infantile.

2. Fonctionnement :

Sont applicables aux commissions de circonscription :

- l'obligation des membres de siéger personnellement
- le quorum et la majorité
- la vérification annuelle de la composition de la commission
- les obligations de secret
- l'adjonction de toute personne utile à titre consultatif.

Constitution des dossiers :

La CCPE peut être saisie par tous ceux qui ont à connaître du cas de l'enfant. Ont pouvoir de saisine de la CDES : les parents ou personnes qui ont à charge l'enfant, l'équipe éducative par l'intermédiaire du chef d'établissement ou du directeur de l'école, le DDASS, l'autorité de tout centre, établissement ou service médical ou social intéressé (par exemple le médecin scolaire), la CDES.

Quand l'enfant est déjà scolarisé, c'est au directeur de l'établissement scolaire fréquenté qu'il appartiendra le plus souvent de saisir la commission. Dans tous les cas, les parents ou les responsables de l'enfant seront informés de la saisine.

La constitution du dossier est assurée par le secrétariat qui, sur instructions du président, après avoir alerté les membres de l'équipe éducative (médecin, psychologue, assistante sociale, enseignants), demande à chacun d'exposer son point de vue à l'aide du feuillet relevant de sa compétence.

Des examens complémentaires peuvent être demandés aux spécialistes ou aux organismes spécialisés, s'ils paraissent nécessaires.

A l'aide des imprimés, mis en place par l'administration, il est ainsi constitué un dossier de base comprenant :

- le feuillet de renseignements pédagogiques
- le feuillet de renseignements médicaux
- le feuillet de renseignements sociaux
- le compte-rendu de l'examen psychologique
- le compte-rendu des examens complémentaires, s'il y a lieu
- le feuillet de synthèse rempli par l'équipe éducative, après confrontation des résultats des examens ou enquêtes effectuées.

Aucun dossier ne doit être constitué sans qu'un contact ait été établi avec la famille ou les responsables de l'enfant. En effet, afin d'obtenir la parfaite compréhension des parents ou de ceux qui ont la charge de l'enfant et de les amener ainsi à accepter les décisions de la commission, il est bon qu'ils soient invités à venir au secrétariat de la CCPE ou bien qu'ils soient vus à domicile par une assistante sociale scolaire ou de secteur . Les parents sont

également convoqués à la réunion de la CCPE ; ils peuvent se faire assister par une personne de leur choix ou se faire représenter.

Le médecin de l'équipe éducative prend contact avec la famille pour savoir si l'enfant est suivi et dans ce cas prend toujours contact avec les praticiens.

La commission convoquée par son président, se réunit aussi souvent que nécessaire, pour la CCPE au moins une fois par mois.

Elle ne peut siéger que si la moitié plus un de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité absolue avec voix prépondérante du président en cas d'égalité ; Les membres de l'équipe technique n'ont pas voix délibérative. En cas d'absence du président, la commission désigne un président de séance.

La partie médicale confidentielle du dossier, couverte par le secret professionnel, n'est examinée que par le ou les médecins membres de la commission, qui donnent aux autres membres les renseignements qu'ils jugent possible de communiquer sur le cas considéré. Il en est de même pour la partie sociale confidentielle du dossier, dont la connaissance est réservée aux assistantes sociales de la commission qui jugent de l'opportunité des informations à communiquer aux autres membres.

Après chaque réunion, le secrétariat établit un procès-verbal et le soumet à la signature du président.

La décision indique le délai au terme duquel elle sera révisée, (maximum de deux ans).

Les dossiers des enfants dont les cas ont été résolus par la commission sont conservés à son secrétariat (la partie médicale sous la responsabilité du médecin scolaire), seul le feuillet de synthèse est transmis à l'établissement scolaire ou à l'organisme qui reçoit l'enfant.

Notifications et décisions :

La décision est notifiée par le secrétariat, dans un délai maximum d'un mois, aux parents.

Une copie de la décision est adressée au secrétariat de la CDES, et celui de la COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel) dans certains cas, à l'établissement d'origine, à l'établissement scolaire ou à l'établissement qui reçoit l'enfant, à la personne qui a saisi la commission. Une copie est conservée à la CCPE aux fins d'exploitations statistiques. Un recours gracieux contre la décision de la CCPE peut

être formé, dans le délai d'un mois qui suit la notification par toute personne ou organisme intéressé, devant la CDES et non devant la CCPE.

3. Rôle de la CCPE.

Elle décide avec l'accord des familles des placements ou orientations n'entraînant pas une prise en charge financière. Elle décide du maintien ou de l'admission en classe normale avec enseignement de soutien spécialisé, avec enseignement d'adaptation, ou section ou classe particulière, ou d'un établissement spécialisé.

Elle propose à l'inspecteur d'académie l'octroi de bourse d'enseignement d'Adaptation.

Elle propose à la compétence de la CDES, les cas pour lesquels il s'agit de statuer sur l'attribution de l'AES ou de son complément, les cas pouvant entraîner une prise en charge financière (après les avoir examinés), les cas pour lesquels elle est dans l'impossibilité de prendre une décision.

En cas de désaccord des familles à une proposition de placement en établissement ou classe spécialisée l'établissement où l'enfant accomplissait sa scolarité doit continuer à accueillir ce dernier, sauf décision contraire explicite de la commission.

Dépenses et fonctionnement

Elles sont réparties entre le ministère de l'Education nationale et le ministère de la Santé.

C) Observation, analyse, dysfonctionnement de la CCPE étudiée

La CCPE n° 11 concerne à la fois un secteur rural et un secteur urbain.

Au cours de l'année 1997- 1998, la CCPE s'est réunie 14 fois, et 269 dossiers ont été étudiés. Les trois CCPE auxquelles j'ai assisté se sont déroulées selon la réglementation, seul le représentant DDASS n'était pas toujours présent. La parole pouvait être prise par chacun, les décisions étaient argumentées et consensuelles.

Aucun parent ne s'est présenté lors de ces 3 CCPE, rares ont été les enseignants à pouvoir se libérer pour parler de leur élève.

Quant au volet « social », il était rarement couvert par l'assistante sociale, mais était parfois plus ou moins connu des autres membres de la commission pour certaines familles.

En ce qui concerne la partie médicale, une partie des élèves dont le dossier passait en CCPE n'avait pas été vu du tout ou pas récemment. Ces examens sont demandés quelques semaines avant la date de la commission ; Ils nécessitent du temps, pour l'examen lui-même, et pour se rendre sur les lieux dans certains cas. En effet, dans les zones rurales, il n'est pas rare de faire beaucoup de kilomètres pour examiner un, voire deux enfants, ce qui peut prendre un demi-journée. A titre de remarque, notons que le temps passé par un médecin de secteur pour les examens de CCPE n'est pas quantifiable étant donné le recueil de données des temps de travail actuel.

Dans la mesure de ses possibilités, le médecin examinateur, si il était différent du médecin siégeant en CCPE, est venu.

II) Pour une contribution plus efficace du médecin à l'égard des enfants en difficultés scolaires

Pour mieux comprendre la contribution que le médecin de l'Education Nationale pouvait apporter en commission de CCPE, il m'a paru important de connaître qu'elles étaient les attentes des membres de la commission vis-à-vis de l'examen médical, et quelles étaient leurs perceptions de notre rôle lors de l'examen clinique et en commission.

A) Les attentes des membres de la CCPE vis à vis du médecin de l'Education nationale.

1. Recueil par entretiens.

Après accord de l'inspecteur de l'éducation nationale, président de la CCPE étudiée, et celui de ma responsable départementale, j'ai rencontré les membres de la CCPE du secteur dont je dépendais, plus un Inspecteur de l'Education Nationale et une secrétaire d'une autre CCPE, une secrétaire de la CDES dont dépend cette CCPE, une secrétaire de CCSD faisant « suite » à cette CCPE et trois médecins de l'éducation nationale (dont l'une siégeant en CCPE, l'une en CCSD et l'une en CDES).

Ce qui représente 14 entretiens directs. Un contact téléphonique avec le médecin de la DDASS, responsable de la CDES et de la COTOREP a eu lieu.

Les entretiens se sont déroulés individuellement, sauf pour les parents d'élèves rencontrés ensemble, sur les lieux de travail des interviewés, à l'aide d'une grille de questions modulée selon l'interlocuteur (cf en annexe 1 la trame de ces questions).

Un premier contact oral auprès de chacun des membres, avait été établi lors de CCPE précédentes par ma « tutrice » de stage (médecin de l'Education Nationale exerçant sur le secteur étudié). Un courrier a ensuite été envoyé rappelant les objectifs de l'entretien et la date des rendez-vous.

Les entretiens ont duré entre 30 et 90 minutes, chaque interviewé ayant fait preuve d'une grande disponibilité.

2. Résultats des données.

a) Perception du rôle du « médecin scolaire » par les membres de la commission.

Bon nombre des membres ne faisait pas de différence entre le médecin « examinateur » et le médecin siégeant en commission. Ceci s'explique en grande partie par le fait que souvent le médecin de la commission a lui-même vu les enfants dont il présente le dossier. Dans les autres cas, le médecin ayant examiné l'enfant tente de se libérer pour assister à la commission, à défaut le médecin de la commission présente le dossier. Une personne, lors des entretiens, a soulevé la question de l'objectivité du regard et de la décision du médecin de la commission lorsque celui-ci a examiné l'enfant et qu'il est sollicité sur son orientation.

On note une cohérence des idées formulées par les membres de la commission. Nous les synthétiserons sans préciser à chaque fois leur interlocuteur.

Le mEN est perçu comme un technicien et un expert médical, dont le regard spécialisé est complémentaire du regard de chaque membre, également spécialiste de son domaine.

Une remarque sur la CCPE étudiée : le mEN est souvent le seul représentant médical, parfois un médecin de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) est présent. Le médecin de l'intersecteur de psychiatrie n'était pas présent aux CCPE auxquelles j'ai assisté.

Une observation régulièrement mentionnée est l'importance pour le médecin de rester clinique. C'est à dire, d'être capable de retracer l'histoire médicale de l'enfant et de l'expliquer, de donner des informations précises sur les éventuels antécédents, sur la

présence ou l'absence d'un déficit sensoriel, en particulier la vue et l'audition, de fournir un avis objectif sur l'état de santé actuel de l'enfant (les questions relatives au secret médical seront abordées ultérieurement).

Les membres de la commission attendent également un regard complémentaire pour situer l'enfant dans sa famille, parents, fratrie, composition ou recomposition familiale, son contexte social « vu par le côté médical ».

Plusieurs membres sont intéressés par le comportement de l'enfant pendant la visite, à savoir son rapport à « l'étranger », puisque dans la plupart des cas l'enfant ne connaît pas le médecin scolaire ou ne s'en rappelle pas, et plus encore par le comportement que l'enfant adopte vis-à-vis de la personne qui l'accompagne, sa mère le plus souvent. En effet, nous sommes un des rares membres à pouvoir observer le comportement de l'enfant avec son parent et celui du parent vis à vis de son enfant, au cours des différentes situations de l'examen médical. Il faut toutefois rester modeste quant au fonctionnement relationnel que l'on a pu percevoir au cours de l'examen. En effet, la situation est très particulière et parfois délicate, pour chacun des intervenants, médecin inclus, puisque rappelant une situation d'échec.

Il est très attendu de la part du médecin, et nous y reviendrons dans la partie discussion, un avis quant à la relation entre le handicap et/ou le déficit (sensoriel, moteur, mental) et/ou les antécédents médicaux et les difficultés d'apprentissage scolaire présentées par l'enfant.

Bon nombre des membres attendent une affirmation claire, presque tranchée, permettant de relier ou d'éliminer une cause médicale aux troubles de l'apprentissage scolaire, une réponse « cause médicale », à un « effet scolaire ». Ce lien, ou cette absence de lien, est parfois bien difficile à établir...

Il est sous-entendu dans cette attente que le médecin s'est mis au préalable en contact avec les différents intervenants médicaux s'occupant de l'enfant.

Dans le même ordre d'idée, il est attendu que le médecin positionne le problème médical à sa juste dimension dans la vie scolaire de l'enfant, et qu'il puisse apprécier sa dimension dans la vie familiale, aussi bien auprès de l'enfant que de ses parents ou frères et sœurs.

S'agit-il d'une médicalisation excessive et explicative de toutes difficultés ou au contraire d'une banalisation d'un problème médical qui nécessiterait plus d'attention ?

Un autre des rôles attribué au mEN, est celui de pouvoir « argumenter face » au président de la commission quand un désaccord existe pour un enfant : « il n'est pas trop mal placé pour le faire ». Il est une personne considérée comme pouvant dire que « l'école ne peut pas tout » et que le problème se situe à un autre niveau.

En ce qui concerne l'orientation de l'élève, le rôle du médecin est précieux. Il est très important qu'apparaissent les contre-indications ou non contre-indication médicale à une orientation future, en particulier pour les élèves orientés en SEGPA (Section Enseignement Général et Professionnel Adapté). La contre-indication formulée n'oblige pas nécessairement à révéler la pathologie en cause.

Le médecin de l'Education nationale reste un « médecin extérieur à la famille », et plus ou moins rattaché à l'institution scolaire pour l'enfant et sa famille. Il peut en résulter une « certaine méfiance » de leur part, d'où une perte d'information pour le médecin et peut-être une certaine réticence quant aux préconisations recommandées.

D'après l'un des parents d'élève, « il n'est pas bon de tout médicaliser, les gens n'aiment pas ça », en particulier les problèmes sociaux ». Pourtant, le rôle « social » du mEN a été évoqué à plusieurs reprises, car « certaines informations lui sont accessibles de par son statut de médecin ». « Il est important que le médecin sache beaucoup de choses sur les familles, il n'est pas forcé de les dire ».

Le médecin est également perçu comme quelqu'un pouvant amener « un autre regard de l'enseignant sur l'enfant » au sein de l'école lors de sa visite ou via la commission (un des rôles également du psychologue scolaire).

Dans les cas graves de maladie ou de troubles du comportement, les deux inspecteurs interrogés attendent du mEN qu'il se prononce sur l'aptitude à la scolarisation.

Suite à l'avis médical, l'inspecteur prendra la décision du type de scolarisation ou d'instruction à proposer.

Plusieurs membres ont également rappelé le rôle de la CCPE, et indirectement du médecin pour certains cas, dans les cas de signalement d'enfant en danger.

En résumé, rappelons :

L'importance d'un regard et d'un examen qui doit rester médical.

L'attribution d'une compétence technique qui doit permettre aux membres de la commission de se faire une idée de la responsabilité médicale, ou de son absence, dans les difficultés scolaires présentées par l'enfant. La contribution à une orientation qui ne soit pas contre-indiqué pour l'enfant.

L'intérêt de noter le comportement de l'enfant et de ses parents pendant la visite médicale, malgré une situation artificielle.

b) Regard des médecins de l'éducation nationale sur leur rôle en CCPE.

Lors des entretiens, il apparaît un même souci de « garder sa spécificité de médecin », « de rester clinique », de pouvoir fournir des explications techniques si besoin (d'où la nécessité de connaître les dossiers et d'avoir le temps de se documenter sur certaines pathologies rares).

Pour chacune d'elle, il est intéressant de retracer avec précisions la vie médicale de l'enfant (vie familiale, place dans la fratrie..), de parfois « relativiser les antécédents et la maladie », le « médical n'expliquant pas tout », tant auprès de la famille que des membres de la CCPE, « remettre les choses à leur place ».

Nous avons également constaté lors de ces entretiens, l'intérêt d'insister sur les contre-indications médicales ou non contre-indication à une orientation professionnelle.

De même que pour les autres membres de la commission, ces médecins soulignent l'intérêt de « repositiver » la vie de l'enfant dans l'école, de ne pas « déprécier l'enfant », de garder un œil critique, et parfois de « ne pas craindre de remettre l'école en cause ».

c) Les autres questions abordées au cours des entretiens.

Nous aborderons globalement l'ensemble des autres points discutés lors des entretiens.

Le secret médical ne pose pas de difficultés aux différents membres de la commission, tant médicaux que non médicaux, dans la mesure où il est rappelé que chacun des membres est

soumis à une obligation de réserve. Il a été dit par plusieurs membres que le médecin n'est pas obligé de tout dire, mais simplement « ce qui peut servir à l'enfant » et ce qui permet de prendre une décision adaptée.

Le rôle de liaison du mEN n'est pas spécifique, sinon avec ses confrères et les instances médicales extérieures à l'Education Nationale. « Tous les membres de la CCPE ont un rôle de liaison ».

Pour ce qui est de la *présence du médecin « examinateur »* à la CCPE, l'ensemble des membres est favorable à sa présence en commission. En effet, plus de choses sont dites qu'écrites, l'échange et les confrontations directes sont plus enrichissantes et l'écrit « peut être sujet à interprétation ». Pour la majorité des membres, le fait que le médecin examinateur soit également le médecin nommé de la commission, ne constitue pas une entrave à son objectivité, et la plupart apprécie que le médecin présent parle « directement » de l'enfant et non pas à travers un dossier.

En ce qui concerne *une évolution du profil des enfants dont le dossier est soumis à la CCPE*, les réponses sont variées. La plupart des membres parle d'une proportion croissante d'enfant « à caractère social », dont les conditions socio-économiques et familiales sont difficiles, « de plus en plus d'enfants à troubles du comportement, qui entravent les apprentissages ». Chacun des deux inspecteurs a proposé un profil type :

premier profil: « garçon, né en fin d'année, issu d'un milieu défavorisé, fratrie nombreuse, maman isolée et démunie, petit handicap visuel ou auditif (fréquence estimée à 8 cas sur 10) »

second profil : « enfant maghrébin de deuxième ou troisième génération, volonté parentale de culture maghrébine forte, situation d'enfant roi jusqu'à l'adolescence période à laquelle les parents disent qu'ils vont s'occuper d'eux »

Nous reviendrons dans le chapitre D sur les difficultés à obtenir des chiffres et des études sur les dossiers CCPE pouvant donner une proportion des problèmes sociaux par rapport aux problèmes médicaux.

Un aspect soulevé par la question de l'évolution des profils des enfants dont les dossiers passent en CCPE, est la notion d'une fréquence grandissante de dossier liés à « de petits handicaps ». Une des hypothèse fournie est attribuée au progrès de la médecine néo-natale.

Les séquelles des accouchements seraient moindres, et les enfants bénéficient d'une scolarité classique. Une autre hypothèse est que les parents reçoivent une meilleure information sur les conventions d'intégration, et serait plus demandeurs. Il semble que le milieu social influe sur ces demandes, plus les familles sont aisées, plus la demande d'intégration est importante. Notons que les deux hypothèses pourraient être complémentaires.

La maltraitance a été évoquée de nombreuses fois. Les signalements judiciaires seraient en augmentation. Est-ce une véritable augmentation ou un meilleur repérage des situations à risques ?

Une constatation souvent évoquée est la difficulté de proposer une solution pour certains enfants, et de proposer finalement « la solution la moins mauvaise possible ». A ce sentiment de ne pouvoir offrir une solution vraiment adaptée, s'ajoute le **manque de place dans les structures appropriées** telles que EREA, IME, CLIS... « il faut gérer la pénurie ».

Les **changements fréquents de médecins de santé scolaire** sont une difficulté pour un travail coordonné. Le médecin est peu connu des membres, et inversement, ce qui ne facilite pas les échanges et diminue l'aspect de complémentarité que le médecin peut apporter et trouver lors des commissions.

En résumé :

Le secret médical ne semble pas poser de difficulté particulière en commission.

Le médecin de santé scolaire est le lien avec les structures médicales et les médecins extérieurs à l'Education Nationale.

Il est vivement souhaité que le médecin qui a vu l'enfant soit présent à la commission.

Il semble que de plus en plus de dossiers à « caractères social » soient soumis à la CCPE.

La pénurie de structures adaptées pour recevoir les enfants en difficultés scolaire reste un problème sans solution actuellement.

d) Rôle de chacun des membres définit par lui-même

- *Inspecteur de l'éducation nationale* : se définit comme président coordonateur de la CCPE, qui se doit de recueillir les informations en donnant la parole à chacun, d'appliquer les textes et de décider pour l'enfant de la « moins mauvaise solution ».

- *Secrétaire de CCPE* : se définit plutôt comme une coordinatrice, dont le rôle est d'assurer le suivi des dossiers, d'assister au conseil de cycle, d'assurer le suivi des préconisations, de rencontrer les parents, d'apaiser les situations.
- *Psychologue* : se définit comme ayant un « rôle d'étude du mode de fonctionnement mental face aux apprentissages, de l'aspect relationnel et parfois un rôle de « repositionner les parents vis à vis d'un refus ». « Importance de rester prudent sur les interprétations selon le contexte, les mesures étant faites à un moment donné ». Dans cette CCPE, le psychologue qui a vu l'enfant le présente, mais n'intervient pas dans la décision, qui est laissée à l'autre psychologue présent pour une meilleure objectivité de la décision.
- *Médecin de l'éducation nationale* : rester médical et dans son domaine pour contribuer à la meilleure orientation possible.
- *Enseignant spécialisé* : « voir où en est l'enfant dans ses acquis, essayer de comprendre sa stratégie, comment cet enfant fonctionne et comment il organise sa pensée ».
- *Directeur d'IME* : « essayer de construire des réponses en tant qu'institution autour d'un enfant qui ne relève pas d'établissement ; s'assurer que toutes les solutions ambulatoires ont été épuisées ».
- *Parents d'élèves* : se sentent « garant vis à vis des parents de ce qui est dit en commission ».
- *Personnel DDASS* : non rencontré.

B) Etude de dossiers de la CCPE concernée par ce travail

Pour compléter ces entretiens, et pour rechercher si un profil particulier d'enfant se dessinait, il nous a paru intéressant d'étudier une partie des dossiers de cette commission. Compte tenu du travail à effectuer sur le secteur, il ne m'était pas possible d'étudier l'ensemble des 269 dossiers couvrant l'année 1997-1998. En accord avec la secrétaire de CCPE, étant donné que les dossiers sont différemment répartis selon l'année scolaire en fonction des orientations, nous avons choisi d'étudier un dossier sur trois selon leur ordre

de passage en commission (ordre aléatoire puisque établi à chaque commission selon les écoles). Sur les 90 dossiers à voir, 82 dossiers ont pu être étudiés. En effet, 5 dossiers étaient alors en CCSD, 1 dossier était trop incomplet pour être étudié, 2 enfants avaient déménagés, leur dossier avait donc rejoint une autre CCPE.

Sur les 82 dossiers étudiés, 55 concernaient des garçons (soit 67%), pour 27 filles. 67 enfants vivaient avec leurs deux parents (soit 81%) ; par contre 26 situations familiales (31%) étaient particulières (familles monoparentales, violences familiales, coutumes particulières, aide éducative en place, tutelle UDAF...).

En ce qui concerne la profession des parents, 6 parents appartiennent aux catégories sociales dites « supérieures », 57 parents appartiennent à la classe sociale que j'ai considérée « moyenne », 16 d'entre eux n'ont pas de profession (dont 3 mères seules). Pour 3 dossiers, la profession n'était pas répertoriée.

Sur les 82 dossiers, 32 (39%) contenaient une fiche médicale remplie pour la CCPE de l'année.

Les bilans psychologiques ont conclu pour 17 enfants à une déficience intellectuelle.

Parmi les dossiers consultés, un seul concernait un enfant présentant un handicap physique sévère.

Les enfants appartenaient pour 23 d'entre eux à des familles de deux enfants, et pour 59 d'entre eux à des familles de trois enfants ou plus.

Parmi ces 82 enfants, 23 étaient déjà suivis en orthophonie (28%), 24 étaient suivis en psychothérapie (29%), l'une n'excluant pas l'autre, et pour 31 d'entre eux, un suivi (orthophonique ou psychologique) a été conseillé par la commission.

Un signalement d'enfant en danger a été fait.

Parmi les orientations, 8 enfants ont été orientés vers un IME.

En annexe 2, figure le tableau récapitulatif de ces différentes données, ainsi que les divers orientations prononcées par la CCPE pour l'ensemble de l'année.

C) A propos d'une étude sur l'échec scolaire (10)

Une étude a été réalisée sur la Gironde en 1988. Cette étude n'a pas été faite dans le cadre de la CCPE, mais dans un cadre plus vaste, qu'est la difficulté scolaire et l'échec scolaire.

(Pour reprendre G.Bouyssou (6) « l'échec scolaire, ce n'est plus la difficulté scolaire inhérente aux apprentissages. L'échec scolaire, c'est la peur de l'école, c'est la conviction de ne pas avoir sa place, c'est la certitude d'en être rejeté »).

Néanmoins, il m'a paru intéressant de relater les paramètres étudiés dans cette vaste étude qui recourent une partie de ceux étudiés dans les dossiers de la CCPE d'Amiens.

L'ambition de cette étude était d'étudier les déterminants de l'identification des difficultés scolaires et de leur prise en charge médicale et/ou spécialisée.

L'enquête s'est déroulée dans le cadre de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile A de la Gironde. Des « unités écologiques géographiques » ont été définies (selon leur type de population, la densité des populations...), puis dans ces unités, 56 écoles primaires (privées ou publiques) ont été identifiées en tenant compte du taux de retard scolaire et du degré d'équipement de l'école ou de son environnement en structure de prise en charge, médicale ou spécialisée, des difficultés scolaires.

Il a été demandé aux 200 enseignants qui ont accepté de participer à l'étude :

- de désigner dans leur classe, et selon leurs propres critères, les élèves qu'ils estimaient être en échec scolaire ou en difficulté scolaire, et de remplir pour chacun d'eux un questionnaire

- il leur a été proposé de recevoir un chercheur qui les a interviewés sur des aspects plus qualitatifs de leur pratique pédagogique et sur leur analyse des difficultés scolaires.

Au total, 185 enseignants ont rempli le questionnaire et ont été interviewés, et 741 dossiers ont été recueillis.

90% des enseignants ont une explication pour les difficultés scolaires de leurs élèves. **Une prédominance pour les raisons psychologiques : 26 %** est notée, puis suivent des raisons

familiales 19,9%, une remise en cause du système scolaire dans 15,7 % des cas, une relation avec les dons ou aptitudes dans 12,8 % des cas, une raison sociologique dans 11,5 % des cas.

A noter, un indicateur *socio-démographique* : **60,2 % sont des garçons**, (pour 39,8 % de filles) et l'écart se creuse au détriment des garçons au fur et à mesure des cursus scolaires. (La surreprésentation des garçons est aussi retrouvée dans l'étude de Thévenot (39)).

75 % des enfants vivent avec père et mère, ce qui contredit l'idée d'une genèse des difficultés scolaires liées à l'anomie familiale. Par contre, les perturbations affectives de la cellule familiale sont évoquées par les enseignants.

La *population immigrée* fait l'objet d'une identification d'un nombre d'enfant en échec scolaire plus important que pour les autres catégories.

Mais dans l'article de Dubet (16), on peut lire : « les enfants étrangers accusent un certain retard à l'école primaire, mais ils le rattrapent pendant les années de collège : à situation familiale et sociale comparables, les enfants d'immigrés réussissent mieux que les collégiens français ».

Sur le plan social, **77,6 % appartiennent à la classe sociale populaire**. L'absence générale de soutien de l'enfant dans son travail scolaire est d'autant plus fréquente que la position sociale de la famille est basse. L'enseignant prévoit une scolarité difficile ou sans espoir pour seulement 7,3 % des enfants des familles favorisées alors que pour les familles défavorisées un pourcentage de 26 % est atteint.

En ce qui concerne les indicateurs scolaires, il est noté de plus en plus de redoublement du CP (cours préparatoire) au CM2 (cours moyen deuxième année). (Même remarque pour l'étude sur la CCPE de Thévenot (39)).

Les instituteurs préconisent pour 57,2 % de leurs élèves une intervention extra-scolaire.

Les déterminants essentiels pour une prise en charge spécialisée sont les facteurs scolaires. Une indication d'intervention est d'autant plus fréquemment formulée par les enseignants, que les élèves sont peu avancés dans leur scolarité, d'autant plus fréquente que leur diagnostic de l'inadaptation scolaire est grave et que leur pronostic concernant la scolarité de leur élève est réservée.

Pour 26% de leurs élèves, les enseignants avaient formulé une indication de prise en charge psychologique, et pour 24 %, une indication de prise en charge orthophonique avait été faite (l'une n'excluant pas l'autre).

L'indication d'un recours spécialisé semble indépendante du mode d'interprétation que l'enseignant donne des difficultés scolaires de l'élève. Elle est indépendante également de l'évaluation que fait l'enseignant du niveau social de la famille de l'élève.

La présence de structure ou de spécialiste (orthophoniste en particulier) de la prise en charge des difficultés scolaires proche de l'école, a un impact non négligeable sur les indications de recours formulées par les instituteurs. Les instituteurs tendent à engager des démarches d'autant plus fréquemment pour les élèves dont les parents s'intéressent activement à la scolarité de leurs enfants, et d'autant plus que ces élèves sont issus de milieux sociaux plus aisés. *Les paramètres sociaux interviennent donc de façon manifeste dans la prise en charge spécialisée des difficultés scolaires.*

Dans la deuxième partie de l'étude une réflexion est menée sur la médicalisation de l'échec scolaire. « Médicaliser l'échec scolaire, c'est traduire les difficultés des enfants en terme médical, c'est à dire de situation pathologique. C'est également requérir la compétence et l'autorité du prescripteur pour leur traitement ».

Y a-t-il véritablement médicalisation du champ scolaire et plus précisément de l'école élémentaire ? Les observations faites dans l'étude ne le montrent pas; par contre des orientations se dessinent au niveau de la pratique des orthophonistes et des psychologues scolaires qui se rapprochent du concept de thérapie.

En effet, dans les années 50, l'orthophonie s'entendait comme une orthopédagogie ; en 75, c'est le concept de thérapie spécialisée du langage qui fait autorité, faisant ainsi basculer cette conception dans le domaine du curatif. Les psychologues scolaires connaissent le même type d'évolution, « la psychologie scolaire, incontestablement, s'éloigne de plus en plus de la pédagogie pour prendre en compte toutes les données d'inspiration psychanalytique » (10).

D'une manière générale, il a été constaté une indifférence de la part des instituteurs à l'égard des prises en charge médicalisées de l'échec scolaire. Indifférence qui diminue en fonction de la densité du système d'offre de ces prise en charge et de la stratégie des acteurs médicaux et para-médicaux à l'égard de l'école.

En résumé,

Tout en restant prudente quant à l'interprétation des résultats de l'étude de dossiers d'Amiens, et lucide sur les différences de la population étudiée, quelques paramètres semblent recouper l'étude de la Gironde:

Les difficultés scolaires ou échecs scolaires semblent plutôt concerner les garçons (60 % pour l'étude de Gironde, 67 % pour la CCPE d'Amiens).

Les enfants vivent pour la plupart d'entre eux avec leur deux parents (75 % en Gironde, 80 % à Amiens), ce qui n'exclut pas les dysfonctionnements familiaux...

Les enfants sont issus de la classe sociale dite populaire en Gironde (78 %), de la classe considérée moyenne à Amiens (80 %).

En ce qui concerne les conseils de prise en charge en psychologie et en orthophonie, il n'était pas facile de savoir à Amiens si les recommandations avaient été suivies.

D) Discussion

« En dehors des infirmités patentées et des maladies « officielles », beaucoup d'enfants dont le développement et la santé apparaissent normaux se révèlent « anormaux » lorsqu'ils sont confrontés aux exigences de l'école. Ils méritent tout autant d'attention et posent même plus de problèmes que les handicapés ou malades » (12).

Cette phrase traduit le sentiment que j'ai eu en réalisant la plupart des examens médicaux demandés pour la CCPE, puis ensuite en assistant aux commissions.

D'après mon travail, ce qui est attendu du médecin de l'Education Nationale par les membres de la commission, est une compétence technique qui permette à ces membres d'apprécier si une composante médicale intervient ou non dans les difficultés scolaires présentées par l'enfant.

Ceci implique donc d'avoir réalisé un examen médical dans une logique visant à rechercher les facteurs pouvant expliquer les difficultés scolaires de l'enfant. Les grandes causes médicales de l'échec scolaire doivent donc être connues du médecin. D'autre part, les antécédents médicaux doivent être retracés avec précision, les grandes acquisitions (marche, langage, propreté...) notées, le mode de vie décrit, les prises en charge médicales ou para-médicales répertoriées. L'examen clinique physique, en particulier neurologique et sensoriel doit être minutieux.

En possession de ces données, le médecin de CCPE pourra apporter un avis objectif à la commission.

Il reste néanmoins difficile dans certains cas d'imputer ou d'infirmier une relation de cause à effet entre une « anomalie clinique » connue, actuelle ou ancienne, et les difficultés d'apprentissage présentées par l'enfant (comme par exemple les relations entre otites à répétitions plus ou moins associées à une diminution de l'acuité auditive et la difficulté scolaire présentée). Cette notion n'est pas toujours aisée à faire passer auprès des membres non médicaux.

Le mEN doit connaître son domaine de compétences, permettre par son examen, d'éliminer ou d'imputer une composante organique à des difficultés scolaires, ne pas vouloir tout expliquer ou « excuser » par le « médical » et accepter que la difficulté scolaire ne soit pas de son domaine.

Mais cet examen, si minutieux qu'il soit, reste très ponctuel et laisse une impression « d'arriver trop tard ». Notre examen est en quelque sorte un constat de l'état clinique, familial, voire social, d'une situation déjà connue, suivie, dont la résolution n'a pu se faire au sein de l'école.

A titre de remarque, notons que les dossiers étudiés, de même que les cas examinés au cours des CCPE auxquelles j'ai assisté, ne concernaient que très peu d'enfants présentant un handicap physique, sensoriel ou mental décelé avant leur scolarité. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, pour ces enfants présentant un handicap ou une maladie, les parents conscients de possibles difficultés à venir de leur enfant, auraient pris les devants, et demandé la mise en place d'un projet d'accueil ou d'intégration. Dans la mesure où l'enfant poursuit une scolarité « normale », le dossier n'est donc pas vu par la commission. Il semble beaucoup plus difficile à des parents d'entendre la difficulté scolaire quand elle est révélée par l'école.

Les difficultés scolaires concernent un nombre important d'enfants « près d'un quart des élèves sont déjà en difficulté à la fin de la première année de la scolarité obligatoire ; A l'entrée au collège, 20 % savent à peine lire. Chaque année, environ 10 % des jeunes de 16 ans quittent l'école sans aucun bagage scolaire (8).

Les troubles de l'apprentissage peuvent être source d'atteinte à la santé physique ou mentale, « les rapports sont étroits entre santé, santé mentale, apprentissage de la lecture et de l'écriture. Les somatisations sont connues de tous les praticiens. Etre en échec scolaire, ne pas acquérir les compétences que l'école cherche à transmettre, est un facteur de risque ».(33)

En tant que médecin dans l'éducation nationale, comment pourrions-nous contribuer à une meilleure prévention de ces difficultés scolaires, pour une meilleure santé de ces élèves?

Une multitude de facteurs sont impliqués dans la réussite scolaire, et il serait ambitieux de vouloir tout résoudre au niveau de l'école.

Les apprentissages scolaires font suite à de très nombreuses acquisitions antérieures (motrices, sensitives, cognitives...), et les conditions affectives, entre autres, dans lesquelles elles ont été acquises sont primordiales.

La **protection maternelle et infantile** (PMI), suit un certain nombre d'enfants dès la petite enfance, puis en maternelle. Une bonne articulation avec ce service permettrait peut-être de suivre plus précocement dans l'année scolaire, certains enfants repérés par la PMI, comme risquant d'être en échec scolaire.

A l'intérieure même du service de promotion de la santé, un **dépistage sensoriel** bien suivi et plus rapproché dans les années scolaires permettrait probablement à certains enfants « limites », c'est-à-dire, ceux présentant un léger déficit sensoriel qui étant donné leurs aptitudes scolaires, leur milieu familial... va les pénaliser, d'être dépistés, traités et pris en charge de manière plus satisfaisante. Une fois encore, ce dépistage sensoriel nécessiterait du temps...au détriment de quelles autres activités ? Dans le cadre de la prise en charge de ces déficits sensoriels, des solutions reste à trouver pour favoriser les démarches de certaines familles ; ce sont bien souvent les même enfants qui dès le lendemain de la visite médicale auront des lunettes, alors qu'il faudra de multiples interventions du service de santé scolaire pour que d'autres en possèdent enfin...(faute de moyens de transport, financier, problème de garde d'enfant..., mais ce ne sont pas toujours les plus démunis qui ne donnent pas suite au dépistage).

Un autre domaine d'intervention possible est celui des rythmes biologiques. L'importance du respect des rythmes biologiques chez l'enfant n'est plus à démontrer. L'enfant doit être disponible sur le plan physique et mental pour profiter de l'enseignement.

Une *disponibilité physique* implique un respect des rythmes biologiques de base (alimentation, sommeil, temps de loisir, de dépense physique...).

La « *disponibilité mentale* » est plus complexe, et les possibilités d'intervention du mEN, à mon avis, plus limitées. « Si quelques échecs scolaires relèvent de causes purement pédagogiques, la grande majorité d'entre eux sont symptômes du fonctionnement psychique de l'enfant »(40). Cette notion rejoint la conduite observée en commission ; En effet, pour bon nombre d'enfant, un suivi psychologique (ou psychiatrique) était conseillé, quand il n'existait pas déjà.

Le « motif de la consultation et l'enjeu de la prise en charge vise, pour la famille comme pour la collectivité, une amélioration du statut scolaire de l'enfant » (40). Le point de vue du psychiatre est différent. Il doit « faire entendre que l'échec scolaire est le plus souvent un symptôme de substitution, et entendre lui-même qu'il s'agit d'un facteur d'inadaptation » (40). Ces indications de suivi psychologique, déjà difficile à entendre et à accepter par la famille, se compliquent, dans la Somme, d'une attente de plusieurs mois avant d'obtenir un premier rendez-vous au centre médico-psychologique (CMP).

Il faut être tout de même prudent, et ne pas tomber dans le risque de médicalisation, voire de « psychiatisation », en adressant tout enfant en consultation « dès lors qu'il ne peut satisfaire à des normes de développement et d'intégration scolaire qui, au fil des réformes successives, deviennent plus contraignantes » (40). Parfois, le décalage entre les attentes de l'école et les capacités de mobilisation des familles est tel, que les difficultés scolaires relèvent plutôt d'un « traitement social » que médical.

Pour certaines familles ou dans certaines zones, réfléchir à un mode *d'intervention d'éducation pour la santé* auprès des parents, de la communauté éducative, dans le cadre d'un projet santé, sur les rythmes biologiques, les images véhiculées par les difficultés scolaires, les idées reçues sur la prise en charge psychologique, pourrait être une façon d'intervenir en faveur des élèves en difficultés scolaires.

Et ce d'autant, que bien souvent, plusieurs enfants d'une même fratrie sont connus des membres de la commission. Ceci implique une bonne connaissance de la communauté

éducative dans laquelle le mEN évolue, une bonne connaissance également des structures de prise en charge et de leur personnel. Les logiques de fonctionnement de chacun de ces acteurs sont différentes. Ainsi, la demande et l'échéance de l'enseignant s'inscrivent pour l'année scolaire, celles des personnels du CMP, pour une durée en générale bien supérieure, celles des parents dans un registre encore différent.

Les recherches menées sur l'apprentissage de la langue écrite mettent en avant le fait qu'il existe des capacités fortement prédictives de l'apprentissage de la lecture. « La plus prédictive est la *conscience phonologique*, c'est à dire la capacité des enfants prélecteurs à discriminer dans le langage oral des sons dénués de sens (syllabes, phonèmes, rimes...) et à pouvoir jouer avec (...).

Il a été montré qu'en améliorant la conscience phonologique des enfants, on améliore leur capacité de lecture »(43).

Des batteries d'épreuves étalonnées de dépistage destinées aux élèves pré-lecteurs ainsi que des épreuves étalonnées destinées aux élèves mauvais lecteurs existent.

Ces épreuves de dépistage de la conscience phonologique et de diagnostic des troubles des processus impliqués dans la lecture, pourraient être utilisées par les personnels de santé scolaire. Ainsi, par exemple, si à la suite de ces épreuves, une difficulté d'apprentissage du langage écrit ou oral est probable, après un diagnostic établi par des spécialistes, un suivi adapté pourrait être proposé à l'enfant.

Il semble que les troubles de l'apprentissage du langage écrit soient mal connus du monde scolaire et médical, et que certains enfants en auraient pati pour leur orientation.

Une meilleure connaissance de ce phénomène par les enseignants et les médecins permettrait probablement une aide plus constructive à l'enfant (dépistage, adaptation de l'enseignement, suivi spécialisé, accompagnement des parents...).

Les problèmes de l'apprentissage scolaire préoccupent l'enseignement, comme en témoignent les nombreuses réformes concernant les classes de soutien, de rattrapage, d'adaptation...mais le travail de la CCPE est peut-être à valoriser.

Sur Amiens, je n'ai pas pu trouver d'études statistiques concernant les enfants en difficulté scolaire, le profil d'enfants dont les dossiers sont soumis à la CCPE, le devenir de ces « enfants de CCPE », la proportion d'enfants atteints d'un déficit, le suivi des préconisations de la commission...Des études concernant la *recherche d'indicateurs de*

risque d'échec scolaire, concernant le suivi des enfants en difficulté scolaire, leur devenir, leurs orientations permettraient peut-être d'envisager d'autres formes de prise en charge, plus précoce, et de « raisonner autrement qu'en fonction de l'existant » comme le soulignait l'un des inspecteurs rencontré.

III. Préconisations

A) Des attentes à la démarche médicale

Pour mener au mieux la démarche médicale, deux règles sont à respecter :

« La première règle est d'être vigilant, à l'écoute de l'enfant et de son entourage pour qu'une relation de confiance s'établisse afin d'analyser et de caractériser au mieux la sémiologie. Ceci suppose de bien connaître les grandes causes de retard scolaire et leurs expressions cliniques.

La deuxième règle est d'être informé des différents intervenants possibles pouvant venir en aide tant au médecin dans sa démarche diagnostique qu'à l'enfant pour sa prise en charge »(17).

1. L'examen clinique : un approfondissement nécessaire

a) Les causes majeures des difficultés scolaires de l'enfant.

« Différentes situations peuvent se présenter :

- un déficit neurologique (infirmité motrice cérébrale, microcéphalie, affection neuromusculaire...);
- un handicap de perception (déficit sensoriel) ou de compréhension (déficience intellectuelle);
- un trouble d'acquisition apparaissant durant le développement (trouble du langage et du calcul);
- un trouble instrumental (trouble hyperkinétique avec déficit de l'attention, trouble de la structuration de l'espace, trouble de la graphomotricité);
- un trouble du développement affectif;
- un trouble du sommeil

De manière assez exceptionnelle, l'enfant peut être indemne de tout désordre mais sera réfractaire, voire « allergique » soit à la méthode pédagogique, soit à la personnalité de l'enseignant »(17).

b) Connaître l'enfant normal

« Connaître les étapes normales du développement de l'enfant permet de repérer un retard ou une difficulté.

Pour le diagnostic et la thérapeutique, il ne faut pas se centrer sur le symptôme repéré mais essayer de le situer dans l'histoire de l'enfant, de sa famille et des interactions parents-enfant.

La personnalité de l'enfant est évolutive : un même symptôme n'a pas la même valeur s'il est isolé ou associé à d'autres troubles, selon l'âge de l'enfant et le contexte environnemental »(29).

« Les recherches effectuées sur l'enfant de 6 à 12 ans sont beaucoup moins nombreuses que celles sur les enfants d'âge pré-scolaire et les adolescents. Mais il est établi que des progrès cognitifs majeurs sont accomplis à cette époque de la vie et que les habitudes acquises à l'âge scolaire auront non seulement une portée sur l'adolescence, mais également sur la vie adulte (...).

Le fait que l'âge scolaire fasse figure de parent pauvre dans la recherche est sans doute attribuable à l'absence de changements physiques majeurs pendant cette période. Les changements s'opèrent de façon continue mais jamais brutale (...) Les changements physiques durant le milieu de l'enfance constituent un raffinement de plus en plus important de ses capacités motrices. Entre 6 et 12 ans, on constate notamment une augmentation de la vitesse d'exécution, une amélioration graduelle de la coordination et une plus grande compétence dans l'exécution d'activités physiques précises »(3).

c) La consultation

Le médecin doit mettre en confiance non seulement les parents mais aussi l'enfant. Il est souvent nécessaire d'expliquer le but de la visite médicale.

Ecoute et patience sans idée préconçue sont les conditions d'une bonne démarche diagnostique, et ce d'autant que la visite médicale se déroule souvent à l'école, lieu loin d'être neutre pour certaines familles. Le médecin doit tenter d'apprécier la dimension donnée à la difficulté scolaire, l'importance donnée au problème médical (si un motif médical est invoqué), et tenter de les placer à leur juste place.

- Motifs de consultation

« Différentes situations peuvent se présenter :

- l'enfant ne parvient pas à suivre le programme scolaire et son niveau intellectuel est insuffisant
 - l'enfant présente un déficit de l'attention éventuellement associé à un syndrome hyperkinétique
 - l'enfant est affecté par un déficit instrumental d'une ou de plusieurs fonctions (langage, audition, vision, motricité, coordination)
 - l'enfant a un bon niveau intellectuel mais il souffre d'une difficulté relationnelle retentissant sur son efficacité intellectuelle
 - l'enfant n'a pas vraiment de déficit intellectuel mais il ne peut s'adapter au rythme de travail imposé
 - la personnalité de l'enseignant ou sa méthode pédagogique n'est pas adaptée à l'enfant.»
- (17).

-Antécédents :

Bien reprendre les antécédents de manière précise : le déroulement de la grossesse, l'accouchement, les antécédents néo-nataux, les principales étapes du développement des acquisitions psychomotrices et psycho-intellectuelles de l'enfant, c'est à dire : l'âge de la marche autonome (18 mois), l'acquisition du contrôle sphinctérien diurne (entre 2 et 3 ans) et nocturne (avant 7 ans pour les filles, 8 ans pour les garçon), l'âge des premiers mots et des premières phrases, l'âge d'acquisition du bonhomme, l'âge d'autonomie d'habillage, du déshabillage (17).

Si l'enfant est de nationalité étrangère ou de famille d'origine étrangère, savoir depuis quand l'enfant est en France, ce qu'il faisait avant de venir, quelles sont les coutumes de vie familiale, la langue parlée ...

- *Comportement* :

Le médecin doit s'intéresser au comportement de l'enfant et à son environnement, rechercher des troubles du sommeil, se renseigner sur les conditions de vie familiale

Le comportement de l'enfant pendant la visite ainsi que le type de relation entre l'enfant et son parent instauré au cours de la visite sont importants à noter.

- *L'examen clinique* :

- *Somatique* :

. ***Courbe de croissance*** : reconstituer les courbes de croissance de poids et de taille (toute variation de l'un ou l'autre de ces paramètres pourrait orienter vers une origine organique).

. ***Sensoriel*** : l'analyse des fonctions sensorielles visuelles et auditives est primordiale, les résultats sont d'ailleurs régulièrement demandés en CCPE.

. ***Anomalies morphologiques mineures*** : leur « recherche au niveau du faciès et des extrémités oriente fréquemment vers une anomalie génique... C'est en fait l'association de plusieurs anomalies dysmorphiques mineures qui doit évoquer au médecin l'existence d'une pathologie constitutionnelle » (17).

. ***L'examen neurologique*** « sera systématique et adapté au problème posé. L'examen neuro-somatique a pour but d'éliminer un déficit focalisé. Il est très important de dépister une infirmité motrice a minima, car l'existence d'une latéralisation trop précoce (avant 12 mois) ou encore d'une maladresse excessive du côté mineur peuvent être tout à fait la traduction de lésions cérébrales fixées anciennes. Une étude de l'asymétrie des phanères, notamment au niveau des pouces, du volume des éminences thénar et hypothénar, permet aussi de ne pas manquer un tel diagnostic (...). L'analyse du schéma de marche est importante aussi. Le médecin doit rechercher l'existence d'une asymétrie de la statique du pied, étudier le relever du pied au cours de la première phase du pas ainsi que l'usure de la pointe de la chaussure (17). Durant la marche doivent aussi être observés la position des

mains, le balancement des bras . « Le plus souvent l'examen neurologique standard est normal et peut être complété par la recherche de signes neurologiques mineurs »(17).

Procédure de Touwen utilisée pour la détection des « signes neurologiques mineurs ».

Position de l'enfant	Critères observés
Position assise	l'attitude générale de l'enfant (posture et activité motrice spontanée excessive) la manœuvre de serment (chorée de Prechtl) les éventuels mouvements « parasites » ; syncinésies la motricité fine la diadococinésie
Position debout.....	la posture et l'activité motrice spontanées les syncinésies et la manœuvre du serment la coordination et la motricité fine (diadococinésie, poursuite digitale) la marche (le long d'une ligne, sur les talons, sur la pointe des pieds, saut à cloche-pied) la motricité oculaire la motricité faciale (recherche de dyspraxies oro-bucco-faciales) le schéma corporel (l'étude du schéma corporel).

Tiré de « les troubles de l'apprentissage scolaire » (17).

Ces signes neurologiques mineurs ne commencent à avoir une valeur pathologique absolument significative qu'après l'âge de 6 ans.

L'examen psychomoteur et psychologique. Situer l'enfant dans son développement psychomoteur, et surtout psychologique reste difficile pour des médecins de formation généraliste avec peu d'expérience pratique. Il est donc important de s'entourer d'avis de personnes compétentes, et d'avoir conscience de ses limites dans ce domaine. (Il serait intéressant d'ailleurs d'être un peu plus formé dans ce domaine).

. Bien se renseigner auprès de la famille et de l'enseignant sur **les suivis médicaux et paramédicaux antérieurs et actuels de l'enfant** (comme orthophonie, CMP, psychomotricité...) et si nécessaire se mettre en liaison avec ces intervenants pour un complément d'information ; ces liaisons pourront aider le médecin de l'Education Nationale à répondre à la difficile question posée par les membres de CCPE, à savoir, quelle est la responsabilité du problème médical dans la difficulté d'apprentissage scolaire présentée par l'enfant.

En cas de maladies particulières ou rares, il est très souhaitable que le médecin responsable de l'examen clinique de l'enfant mette à jour le dossier, en précisant les grandes lignes de la pathologie et de son risque évolutif. En effet, les dossiers sont parfois

remis tardivement au médecin siégeant en CCPE , qui n'a pas toujours le temps de les préparer avant la séance. Se retrouver en commission et devoir expliquer une maladie dont le médecin n'a que de vagues réminiscences est inutile pour l'enfant, les membres de la commission et fort désagréable pour le médecin...

. Le reste de l'examen clinique concerne les appareils cardio-pulmonaire, digestif, génital, locomoteur...

Pour l'**orientation** future de l'enfant, noter la présence ou l'absence de contre-indication à une éventuelle orientation.

Bien retranscrire les informations dans le dossier médical et de manière lisible...

2. Pour une meilleure articulation entre le médecin « examinateur » et le médecin de CCPE.

A Amiens, la fiche utilisée est celle présentée dans ce document, il s'agit d'une fiche académique. Pour une meilleure articulation entre le médecin « examinateur » et le médecin de CCPE, quand ce n'est pas la même personne, je retracerai les attentes des médecins de CCPE dans chaque rubrique. L'ensemble des commentaires recoupe le chapitre précédent.

Le dossier médical doit être également soigneusement mis à jour.

Renseignements attendus dans la fiche de CCPE :

B) Pour un partenariat plus suivi auprès des enfants en difficultés scolaires

Les difficultés scolaires sont symptômes d'un dysfonctionnement qui peut se situer à plusieurs niveaux, médical, psychologique, familial, social, pédagogique... Il est fait appel au médecin de l'Education Nationale lorsque ces difficultés nécessitent une adaptation du cursus scolaire, situation douloureuse pour l'enfant, la famille, l'équipe éducative (qui peut se sentir elle aussi en échec par rapport à l'enfant).

Dans bien des cas, le diagnostic et la résolution de ces difficultés demandent (ou demanderaient) en plus de l'intervention pédagogique, l'intervention de partenaires extérieurs à l'école (médecins spécialisés, assistante social, orthophoniste, CMP...).

Ces indications d'aide ne sont pas toujours faciles à entendre pour les familles, en particulier pour ce qui a trait au social et au psychologique.

Il me semble que le mEN, bien qu'assimilé à l'école par la famille, aurait ici une place de « médiateur », de « coordonnateur », entre la famille, la communauté éducative, le monde social, médical et para-médical. Ce rôle serait d'autant plus utile qu'il interviendrait précocement par rapport aux difficultés de l'enfant, avant « l'envenimation » parfois constatée de certaines situations entre l'école et la famille.

En ce qui concerne les troubles de l'apprentissage, une formation actualisée des mEN et des enseignants, au repérage de ces troubles, voire à l'usage d'outils diagnostics ou prédictifs de troubles, permettrait probablement une alerte plus précoce, une prise en charge plus adaptée. Des orientations scolaires regrettables, faute de diagnostic et /ou de structures, parfois lourdes de conséquences pour l'enfant pourraient ainsi probablement être évitées.

En participant à des interventions comme celles énoncées dans la discussion (meilleure liaison PMI, dépistage sensoriel, disponibilité physique et mentale...) le mEN contribuerait à un dépistage plus précoce des difficultés scolaires et à une meilleure orientation de l'enfant.

En effet, une fois orienté en classe « spécialisée », et bien que l'école soit attentive à décroiser ses classes le retour en circuit « classique » semble rare.

Ce retour paraît d'autant moins probable, que l'enfant évolue dans une structure « extra-scolaire », de type IME, IR...

Une initiative intéressante du directeur de l'IME rencontré pour l'entretien va dans ce sens du décloisonnement du secteur spécialisé vis à vis du secteur « classique ».

Un mur d'escalade a été installé dans le gymnase de l'IME, mur ouvert aux établissements scolaires de la région. Cette activité permet aux enfants et aux enseignants de rencontrer ce « monde de l'éducation spécialisé », de se rendre compte de ce qui s'y passe , (ateliers professionnels, activités diverses...), de bousculer peut-être certaines idées reçues et de favoriser les échanges sur ce sujet.

C) Proposition d'un outil pratique pour les jeunes médecins d'Amiens.

Cet outil devrait aider le médecin débutant en santé scolaire, à se positionner vis-à-vis de la CCPE.

Il rappelle succinctement le cadre législatif de la commission, résume les attentes des membres de la CCPE vis à vis de l'expertise médicale , décrit les domaines à aborder lors de l'examen de l'enfant en difficultés scolaires et fournit quelques repères concernant le développement de l'enfant dit « normal » (cf annexe 3).

(Les domaines de la conscience phonologique, de troubles de l'apprentissage du langage écrit, de l'hyperkinésie ne sont pas abordés).

Conclusion :

Les enfants en difficulté scolaire interrogent, en premier lieu la communauté éducative, puis la société pour toutes les conséquences qui découlent de l'échec scolaire précoce. « Des enfants d'intelligence normale ou supérieure sont en situation d'échec scolaire. Les troubles d'apprentissages étant mal connus, ces enfants privés de diagnostic échappent à une prise en charge adaptée » (1).

La CCPE, instance destinée à statuer sur l'orientation des enfants dont le parcours scolaire est chaotique, utilise la compétence de ses membres afin de proposer l'orientation la plus favorable pour l'enfant.

D'après les entretiens réalisés pour ce travail, il est attendu du mEN une compétence technique qui permette à chacun des membres de la commission, d'apprécier si une composante médicale intervient, ou n'intervient pas, dans les difficultés scolaires présentées par l'enfant.

Le mEN « examinateur » doit donc avoir mené un examen médical minutieux, en particulier sur le plan neurologique et sensoriel. Il doit également connaître, pour les évoquer, voire les rechercher par des bilans complémentaires, les grandes causes des difficultés scolaires.

Ainsi, il pourra contribuer de manière plus objective à l'orientation de l'enfant.

Il reste néanmoins, difficile dans certains cas, d'établir une relation de cause à effet, entre une anomalie clinique et des difficultés d'apprentissage.

Le mEN intervient tardivement auprès de l'enfant en difficulté scolaire, puisqu'il ne le voit que lors du passage de son dossier en commission.

Or la prise en charge des difficultés scolaires est d'autant plus efficace, qu'elle est précoce.

Une meilleure collaboration des différents intervenants scolaires et extra-scolaires, une meilleure articulation du service de santé scolaire avec la PMI, un dépistage sensoriel plus fréquent au cours de la scolarité, permettraient une prévention et une meilleure prise en charge de ces enfants en difficulté.

Une formation des personnels médicaux et enseignants sur le repérage des troubles de l'apprentissage, vaste domaine de recherches actuelles, permettrait un suivi plus spécifique et des orientations ultérieures ciblées sur la réponse aux besoins de l'enfant.

Des études de dossier de CCPE, sur le profil des enfants en difficulté scolaire, les étiologies possibles, le devenir de ces enfants permettraient peut-être de dégager des « indicateurs de risque de difficultés scolaires ». De ces observations pourraient émaner des propositions innovantes et la mise en place de dispositifs souples pour rencontrer et aider l'enfant à partir de son milieu scolaire.

L'informatisation de la CDES, voire de la CCPE, et du dossier médical scolaire devrait harmoniser le recueil de données et en faciliter son exploitation. Les difficultés scolaires sont un vaste domaine de travail, encore peu connu, parfois délicat à aborder.

Tout en respectant les nuances des données collectées, l'informatisation devrait favoriser l'échange et la communication des partenaires. Un nouveau réseau de travail sera alors envisageable pour étudier les difficultés scolaires et ouvrir aux enfants concernés de nouvelles perspectives.

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS UTILISEES.

AES : Allocation d'Education Spéciale

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CCPE : Commission de Circonscription Pré-élémentaire et Élémentaire

CCSD : Commission de Circonscription du second degré

CDES : Commission Départementale de l'Education spéciale

CLIS : classe d'Intégration Scolaire

CMP : Centre Médico – psychologique

COTOREP : COMmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

EREA : Etablissement Régional d'Enseignement Adapté

IEN : Inspecteur de l'Education Nationale

IME : Institut Médico – Educatif

IR : Institut de Rééducation

mEN : médecin de l'Education Nationale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RASED : Réseau d'Aides Spécialisées aux élèves en Difficultés

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

SPSFE : Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves.

BIBLIOGRAPHIE.

1. Actualité et Dossier en Santé Publique, dossier : Les troubles de l'apprentissage chez l'enfant, un problème de santé publique, ADSP, mars 1999, n° 26, pp 23 – 66.
2. Association Départementale d'Education Sanitaire et Sociale de l'Isère, dossier technique : Les rythmes de vie de l'enfant, ADESSI, 1994.
3. BEE H., Psychologie du développement, les âges de la vie, Bruxelles : De Boek- Wesmael, 1997.
4. BLANCHET A., GOTMAN A., L'enquête et ses méthodes : l'entretien- Paris, Nathan-université,1994.
5. BOURILLON A., Pédiatrie- Paris, Masson, Abrégé, 1997.
6. BOUYSSOU G. ROSSANO P., Oser changer l'école, Paris, Albin Michel, 1996.
7. CANOUI P. ,MESSERSCHMITT P., RAMOS O., Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Paris, Maloine, 1993.
8. CHAUVEAU G., Comprendre la (non) réussite scolaire, in ROSENCZVEIG J.P., MONTAGNER H., Ecole et réussite, des atouts pour tous, Paris, la documentation française, coll. En toute lettre, 1992., pp 48 – 53.
9. CHEVALIER B., Diététique infantile, Paris, Masson, Abrégé, 1996.
10. COTTING., CUIN C.H., GUYOT J.C., L'échec scolaire, Paris, CTNERHI, PUF, 1988.
11. COURTEIX M.C., Formation des médecins de l'Education Nationale, Suresnes, CNEFEI, cours ENSP Fév.1999.
12. DELORMAS F., L'enfant et son sommeil, in La prévention et l'enfant, Paris, Vigot, 1987, pp 130-143.
13. DENIS.A., Le médecin de l'Education Nationale à l'école élémentaire, Mémoire ENSP, Rennes, 1996.
14. DIEU-OSIKA S., L'ERTL 4 un moyen simple de dépistage des troubles du langage en pratique de ville, Médecine et enfance, Nov.98, n°9, pp 488 - 489.
15. DUBET F., Le sens de l'école, Sciences humaines, Oct. 97, n° 76, pp19.
16. DUBET F., Pourquoi va-t-on à l'école, Sciences humaines, Oct. 97, n° 76, pp 20 – 23
17. FARRIAUX J.P., RAPOPORT D., Troubles de l'apprentissage scolaire, Paris, Doin, coll. progrès en pédiatrie, 1995.
18. FAYOLLE M., Examen médical annuel des élèves de SEGPA, Mémoire ENSP, Rennes,1996.

19. FERRIER J., La scolarité, cahiers de l'éducation, 1991, vol.11, pp 3 – 42.
20. FOURNIER M., Les nouveaux enjeux, Sciences humaines, Oct. 97, n° 76, pp 24 – 25.
21. FOURNIER M., Scolarité : ce qui a changé, Sciences humaines, Oct. 97, n° 76, pp 26 –29.
22. GASSIER CH., GEORGIN M.J., Guide de puériculture, Paris, Masson, 1988.
23. GOUPIL G., Elève en difficulté d'adaptation et d'apprentissage, Québec, Gaetan Morin, 1990.
24. GRENIER B., GOLD F., Développement et maladie de l'enfant, Paris, Masson, Abrégé, 1986.
25. GRISON J., L'examen minimal programmé des troubles morphostatiques et locomoteurs (de l'âge de la marche à la puberté), Médecine et enfance, 1998, n° 1, pp 41 – 43.
26. HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, santé des enfants, santé des jeunes, rapport adressé à la conférence nationale de santé 1997 et au parlement, Paris, HCSP, coll. Avis et rapport, 1997.
27. HOFFMAN – GOSSET M.A., Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation, Lyon, Chronique sociale, pédagogie/formation, 1996.
28. JACQUARD A., Mais que vient faire l'âge dans l'enseignement ?, Enfant d'abord, Mai 1993, n° 168, pp 30 – 31.
29. KABUTH B., VIDAILHET C., Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant, Revue du praticien, Oct. 98, n° 15, tome 48, pp 1689 – 1696.
30. KEMPH H., WALBAUM O., L'enfant en fin de maternelle, le pédiatre et le dessin du bonhomme, Médecine et enfance, Sept. 98, n° 7, pp 364 – 365.
31. MANTZ J., MAZET A., Le médecin scolaire face aux rythmes de vie de l'écolier, Annales de pédiatrie, Paris, 1992, 39, n° 5, pp 317 – 321.
32. MARCELLI D., Enfance et psychopathologie, Paris, Masson, Abrégé, 1996.
33. MAZET P.,DEJARDIN D.,CHOQUET M., Santé et apprentissages, Paris, la documentation française, coll. En toute lettre, 1996.
34. MEIRIEU P., Quelles finalités pour l'éducation et la formation ?, Sciences humaines, Oct. 97, n° 76, pp 30 – 35.
35. MILLE C., Echec scolaire ,in Ferrarri P. et Epelbaum C., Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, Flammarion, 1994.
36. MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS : Les cycles à l'école primaire, Paris, coll. Ecole, 1991,
37. ROSENCZVEIG J.P., MONTAGNER H., Ecole et réussite, des atouts pour tous, Paris, la documentation française, coll. En toute lettre, 1992.

38. ROY B., Dépistage des troubles du langage oral, Médecine et Enfance, Nov. 98, n° 9 , pp 483 – 487.
39. THEVENOT J.P., Le travail en CCPE : Une situation de partenariat avec l'Education Nationale, L'information psychiatrique, 1993, vol.69, n° 8, pp 738 – 744.
40. THEVENOT J.P., Place du service public de santé mentale dans la gestion des réponses aux troubles scolaires, in MAZET P.,DEJARDIN D.,CHOQUET M., Santé et apprentissages, Paris, la documentation française, coll. En toute lettre, 1996, pp 301 – 308.
41. VERMEIL G., L'égalité des chances à l'école, illusion ou tromperie ?, Médecine et Enfance, Sept. 1998, n° 7, p 366.
42. VERMEIL G., L'école pathogène, in MAZET P.,DEJARDIN D.,CHOQUET M., Santé et apprentissages, Paris, la documentation française, coll. En toute lettre, 1996 , pp 155 – 159.
43. ZORMANN M., Dépistage précoce des troubles de l'apprentissage scolaire, Médecine et Enfance, Sept. 98, n° 9, pp 361 – 363.

TEXTES OFFICIELS.

- Loi n° 89 – 486 du 10 juillet 1989 : « Loi d'orientation sur l'éducation ».
- Loi n° 75 – 534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- Circulaires n° 76 – 156 et n° 31 du 22 avril 1976 : « Composition et fonctionnement des commissions de l'Education spéciale et des commissions de circonscription ».
- Circulaire n° 90 – 082 du 9 avril 1990 : « Mise en place des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté ».
- Circulaire n° 90 – 091 du 23 avril 1990, nouvelles annexes XXIV au décret du 9 mars 1956 : « Education spécialisée et intégration scolaire des enfants ou adolescents handicapés ».
- Circulaire n° 91 – 148 du 24 juin 1991 : « Missions et fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves ».
- Circulaire n° 91 – 302 du 18 novembre 1991 : « Intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés ».
- Circulaire n° 91 – 304 du 18 novembre 1991 : « Scolarisation des enfants handicapés à l'école primaire. Classe d'intégration scolaire (CLIS) ».
- Circulaire n° 93 – 248 du 22 juillet 1993 : « Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période dans les établissements d'enseignement publics et privés sous contrat des premiers et second degré ».
- Circulaire n° 99 – 017 du 1 février 1999 : « Mise en place du traitement automatisé des informations médicales des commissions départementales de l'éducation spéciale ».

ANNEXES

ANNEXE 1 : Grille d'entretien

ANNEXE 2 : Tableau récapitulatif de l'étude de dossier de la CCPE

ANNEXE 3 : Outil pratique pour les jeunes médecins de Amiens
« Repères pour l'examen clinique de la CCPE »

Tableau récapitulatif de l'étude de 82 dossiers de l'année 97 – 98 de la CCPE N ° 11 de Amiens.

Sexe		Profession des parents				Déf. Intellectuelle.	Problème médical	Situation familiale Parents ensemble (ens) séparés (sép) seul (s) problèmes familiaux (pb)				Examen médical Fait (+) Non fait (-)		fratrie		Suivi psychologique	Suivi orthophonique	Suivi conseillé	Dossiers transmis en CDES	Orientation IME
M	F	sup	moy	?	sans	oui	oui	ens	sép	s	pb	+	-	< 3	>3	+	+			
55	27	6	57	3	16	17	1	67	8	7	26	32	50	22	58	24	23	31	13	8

- . Sexe
- . Profession des parents (cadre supérieur, classe moyenne, profession non connue, sans profession).
- . Déficience intellectuelle considérée comme présente
- . Problème médical physique
- . Situation familiale (Parents ensembles, Parents séparés, Parent seul, Problèmes familiaux).
- . Examen médical par le mEN
- . Fratrie < 3
 ➤ 3
- . Suivi psychologique en cours
- . Suivi orthophonique en cours
- 0. Suivi conseillé (psychologique ou orthophonique)
 - 1. Dossier transmis en CDES
 - 2. Orientation en IME