

CENTRE TECHNIQUE NATIONAL
D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS
2, rue Auguste-Comte 92173 VANVES

G. COTTIN
C.H. CUIN
J.C. GUYOT
P. LOUBET
C. RIOUAL

Préface :
Professeur
Éric PLAISANCE

L'ÉCHEC SCOLAIRE

**processus d'identification
et prise en charge
spécialisée**

Vient de paraître :

- LA LOI AU SECOURS DE L'ENFANT MALTRAITE ?
Marcelle BONGRAIN
- LE BESOIN DE SANTE
Les déterminants sociaux de la consommation
François ABALLEA
- METHODE DOMAN
Evaluation
S. TOMKIEWICZ, D. ANNEQUIN, I. KEMLIN
- MONSIEUR ROLLET
"Le dernier des philanthropes"
Paul BERTRAND
- LE SOUTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES
L'aide aux familles
CNIDFF/CTNERHI

P R E F A C E

Dès qu'il s'agit d'échec scolaire, la plupart de nos contemporains se croient immédiatement autorisés à fournir péremptoirement leurs analyses de la situation et à avancer leurs solutions. Et ceci au prix de schématismes ou d'accusations les plus contestables. Ainsi lorsque certains affirment l'augmentation spectaculaire des échecs scolaires, la baisse de niveau des élèves, le manque de discipline ou encore mettent en cause le rôle de l'enseignant, celui de la famille, voire soulignent la responsabilité de la télévision et des moyens modernes de communication ! Les résultats des recherches scientifiques qui sont importants dans ce domaine, ont souvent été exploités sous forme de vulgarisations hâtives qui n'ont pas permis, sauf cas exceptionnels, de transformer fondamentalement soit les politiques nationales soit les pratiques concrètes dans un établissement ou dans une classe. Les travaux de certains sociologues, par exemple de ceux qui montraient avec brio le rôle de l'école dans les processus de reproduction des inégalités socio-culturelles, ont pu être interprétés selon une nouvelle figure du scepticisme à l'égard des possibilités d'action pédagogique. La connaissance de ces travaux, restée superficielle la plupart du temps, a pu se combiner à bien d'autres facteurs - parmi lesquels ceux qui ont trait à la situation sociale et professionnelle des acteurs concernés - pour soutenir la conviction de la fatalité de l'échec scolaire. Ce contre quoi des équipes de chercheurs ou de praticiens, malheureusement trop isolées ou trop peu entendues, ont réagi en montrant, grâce à l'analyse de situations concrètes, que les enfants n'étaient, dans leur grande majorité, ni des malades ni des handicapés socio-culturels et qu'ils n'étaient donc pas voués à l'échec par une sorte de causalité irrémédiable (1).

L'ouvrage de Jean-Claude GUYOT tient à juste titre pour acquis les résultats des recherches sociologiques qui font état du rapport étroit entre l'origine sociale des enfants et la différenciation de leur cursus scolaire. Il n'ignore pas non plus les débats que nous évoquions plus haut à propos de la "mobilisation" des acteurs dans leur lutte contre l'échec scolaire. Mais il a le grand mérite et l'originalité d'insister sur des aspects trop négligés dans l'analyse scientifique de l'échec scolaire. Il ne prétend pas, en effet, procéder à une nouvelle élucidation des **causes** de l'échec scolaire ni contribuer, sur ce plan, à préciser le rôle des conditions sociales ou familiales qui mènent au retard ou au redoublement, à tel ou tel type d'étude, à telle ou telle orientation. L'objet de la recherche est clairement explicité, dès le sous-titre de l'ouvrage : ce sont les **processus** de désignation et de repérage qui retiennent l'attention, processus dont le point de départ serait le constat, par l'instituteur essentiellement, de difficultés scolaires chez certains enfants. Les phases successives du diagnostic, de l'indication puis de la demande de prise en charge peuvent alors aboutir à telle ou telle intervention spécialisée hors du champ pédagogique proprement dit (2). De plus, l'auteur énonce l'hypothèse générale selon laquelle les différentes phases de ce processus sont construites par l'interaction des acteurs individuels et collectifs impliqués. L'approche retenue met l'accent sur les représentations de ces acteurs, qui ont une responsabilité, à un degré ou à un autre, dans l'identification ou dans la prise en charge des phénomènes d'échec scolaire. On ne s'étonnera donc pas, dans ces conditions, que les chercheurs n'aient pas procédé à des observations en classe (en ce qui concerne l'action des instituteurs) ou n'aient pas tenté de cerner les pratiques quotidiennes des psychologues, des orthophonistes ou des psychiatres : ils étaient prioritairement sensibles à la manière dont ces intervenants se situaient eux-mêmes dans un champ de pratiques, ou bien à propos des élèves "en difficulté" ou bien les uns par rapport aux autres.

A vrai dire, nous serions enclins à justifier ce mode d'approche - qui ne saurait, à lui seul, restituer l'ensemble de la réalité - par des rapprochements épistémologiques auxquels les auteurs n'ont pas eux-mêmes fait directement référence, bien que leurs formulations les suggèrent. Ce sont les sociologues américains dits "interactionnistes" qui ont défini la construction des situations sociales par les processus d'interaction entre les acteurs. Ils ont mis l'accent sur les phénomènes de désignation ou d'étiquetage ("labelling") et ont développé, en conséquence, des analyses des processus plus que des analyses des causes. Prenons ainsi l'exemple de la déviance étudiée par Howard S. BECKER : plutôt que de s'intéresser aux caractéristiques personnelles et sociales des déviants - ce qui présuppose une définition préalable de la déviance - il préfère repérer les processus aux termes desquels certains individus, en fonction de leurs comportements, sont considérés comme autres, étrangers à un groupe social donné et désignés comme déviants. Même si, dans de telles recherches, la notion de déviance est plus large que celle de délinquance - et BECKER y inclut par exemple l'étude des "musiciens de danse" - on s'aperçoit bien qu'elle concerne ici non le trait caractéristique d'un individu qui pourrait être éventuellement assimilé à un cas pathologique, mais le résultat d'un processus d'interaction, au cours duquel les individus réagissent au comportement d'un autre (3). Certes, il ne s'agit pas, dans ce cas précis, d'études sur les situations scolaires mais on peut justement regretter que ces positions épistémologiques n'aient pas plus fortement inspiré des recherches sur les phénomènes d'échec et d'inadaptation scolaires. Là encore, les travaux de langue anglaise, par exemple ceux qui étudient la réalité quotidienne de la classe dans une telle perspective, sont nettement plus nombreux que ceux de langue française. Il convient cependant de retenir parmi ces derniers, comme le fait d'ailleurs GUYOT lui-même, l'ouvrage de Philippe PERRENOUD, attentif à la "fabrication de l'excellence scolaire", c'est-à-dire aux jugements qui, à l'école, donnent un sens aux inégalités réelles entre les enfants et qui, en quelque sorte, construisent une représentation hiérarchisée des

compétences qui a force de loi sur les décisions d'orientation scolaire (4). S'il y a échec et réussite scolaires, c'est donc que ceux-ci sont l'objet de "déclarations" au cours d'un processus interactif. Quant au problème des désignations d'enfants en difficulté, il avait fait l'objet d'une enquête systématique faite en France au niveau de l'école maternelle par les chercheurs du Centre de Recherche de l'Education Spécialisée et de l'Adaptation Scolaire : certains enfants étaient perçus comme différents des autres par les institutrices et signalés au psychologue scolaire pour des difficultés diverses. Les auteurs de l'enquête montraient les discordances entre les avis des institutrices et ceux des psychologues lorsque ceux-ci procédaient, de leur côté, à des examens psychologiques : pour les mêmes enfants, des difficultés différentes étaient retenues. D'où, de la part des mêmes auteurs, une remise en question des explications d'échecs et des difficultés scolaires par les seules caractéristiques individuelles (et déviantes) des enfants et la nécessité d'introduire dans l'analyse les autres dimensions du problème : caractéristiques sociales et familiales des enfants mais aussi caractéristiques de l'école elle-même (5).

Cette mise en situation de l'objet du livre de GUYOT et de ses collaborateurs ne doit pas nous faire ignorer son thème central : **La médicalisation de l'échec scolaire.** Déjà utilisée par d'autres sociologues, comme Robert CASTEL à propos de la psychiatrie ou Patrice PINEL et Markos ZAFIROPOULOUS à propos de l'histoire du champ de l'enfance inadaptée, cette notion de "médicalisation" fait corps ici avec la problématique posée par les auteurs dès le départ : le repérage et l'interprétation de difficultés présentées par certains enfants dans les écoles primaires peuvent susciter le recours à des interventions spécialisées. La notion est soumise à un examen critique : les auteurs distinguent plusieurs niveaux (niveau technique, niveau sociétal, niveau idéologique et politique) - et définissent finalement la médicalisation comme un "processus complexe, dans lequel se trouve impliqué l'ensemble des acteurs qui se proposent d'interpréter et/ou traiter des échecs scolaires, en utilisant des procédures spécialisées non

strictement pédagogiques" (6): C'est dire aussi que la médicalisation ne concerne pas uniquement le médecin, mais, plus généralement, tout acteur qui porte un diagnostic de type médical, en termes de pathologie, ou qui entreprend un traitement qui repose sur ce type de diagnostic.

Pourtant, on ne doit guère s'étonner de recueillir sur ce sujet des avis parfois divergents de la part de praticiens dits "spécialistes" (psychologues, orthophonistes, psychiatres) et même de la part de ceux qui se situent dans le même corps professionnel. Cherchant à apprécier, par des entretiens, comment ces praticiens se représentent leur métier, les auteurs constatent que les uns peuvent être proches d'une perception psychopédagogique des problèmes posés par les enfants ou bien s'orienter nettement vers une perception psychologique, voire psycho-pathologique, qui peut alors justifier les traitements psychothérapeutiques. La "médicalisation" n'est pas alors un phénomène massif auquel participeraient sans nuances et sans précautions les acteurs spécialisés, y compris ceux dont le statut est justement de type médical ou para-médical. Nous renvoyons ici le lecteur à ces pages où sont présentées en rapport avec les problèmes scolaires ces différentes idéologies professionnelles.

Mais, à coup sûr, ce que cette recherche apporte de plus neuf concerne les instituteurs eux-mêmes, et plus particulièrement, leurs approches de l'échec scolaire. Les interprétations qu'ils en donnent dans l'enquête mettent peu en cause le système éducatif lui-même : ces résultats rejoignent les observations qui avaient déjà été faites sur ce point, dans des recherches sociologiques antérieures (7). Mais leurs représentations générales de l'offre de prise en charge spécialisée n'avaient pas, à notre connaissance, été soumises à une enquête de cette nature. On peut se demander en effet si les instituteurs sont désormais acquis à la médicalisation de l'échec scolaire et si, de manière significative, ils ont tendance à déléguer compétence à un certain nombre d'intervenants spécialisés pour agir efficacement auprès des enfants en difficulté auxquels

ils sont confrontés. Le débat n'est pas académique, il engage au contraire les responsabilités très précises des diverses institutions en cause et, bien entendu, il a des répercussions sur les enfants eux-mêmes. Or, les résultats de l'enquête sont surprenants. Comme le reconnaissent à plusieurs reprises les auteurs, les instituteurs ne paraissent nullement les adeptes d'une médicalisation de l'échec scolaire. Lorsqu'il s'agit, pour les instituteurs étudiés, d'émettre des souhaits à propos des aides dont pourraient bénéficier les enfants dont ils signalent les difficultés, on s'aperçoit que pour 43 % des enfants ils s'abstiennent de mentionner toute indication spécialisée (autre que pédagogique). De même, les démarches qu'ils ont entreprises pour que leurs élèves en difficulté bénéficient réellement d'une aide concernent avant tout les rencontres avec les parents (90 % de cas) et plus rarement les démarches envers les structures ou intervenants spécialisés (psychologues scolaires, structures médico-pédagogiques ou orthophonistes). On peut cependant remarquer que la présence de ces spécialistes dans l'environnement proche facilite l'initiative des instituteurs et oriente leur demande. Quoi qu'il en soit, la médicalisation de l'échec scolaire ne semble pas être entrée de manière généralisée dans les représentations et dans les pratiques ordinaires de l'école primaire.

Cet aspect de l'enquête, le plus stimulant pour la réflexion, non seulement du chercheur mais aussi du praticien, spécialisé ou non, ne peut cependant pas répondre à toutes les questions qu'on est en droit de poser. Par exemple, la place des rééducateurs présents dans certaines écoles (rééducateurs en psycho-pédagogie ou psychomotricité) n'a pas été prise en considération, alors qu'ils sont peut-être l'objet de représentations spécifiques par les instituteurs, car ils sont relativement proches d'eux par leurs préoccupations pédagogiques. On pourrait encore se demander quelles ont été les orientations scolaires réelles des enfants ainsi que les prises en charge spécialisées effectivement mises en oeuvre. De telles investigations complémentaires auraient permis de confronter les représentations des acteurs et le devenir scolaire des enfants en

difficulté et de cerner ainsi l'aboutissement du processus de désignation. Certes, les auteurs avaient clairement pris l'option de dévoiler des représentations et non d'observer les pratiques réellement mise en oeuvre, et il est bien vrai que les représentations ici partagées par les instituteurs sont une dimension du réel scolaire qui a une efficacité sur le devenir des enfants. Mais les éléments d'information sont trop parcimonieusement fournis sur l'utilisation des services spécialisés pour qu'on se rende compte de leur rôle éventuel dans les processus d'échec et de réussite scolaires.

Dans leurs conclusions générales, les auteurs ne se contentent pas de dresser un bilan de leurs résultats d'enquête mais s'interrogent aussi sur la signification de cette médicalisation de l'échec scolaire. A leurs yeux, une extension des interprétations et des pratiques médicalisantes à l'égard des enfants en difficulté scolaire représenterait le risque majeur de voiler les insuffisances du système scolaire lui-même. Il y aurait ainsi une véritable imposture à attribuer aux enfants et à eux seuls, surtout si l'on postule chez eux des troubles d'ordre pathologique, les difficultés de fonctionnement de l'école. Dès lors, les auteurs sont aussi amenés à énoncer leurs doutes à l'égard d'une réponse étroitement pédagogique. Mais au lieu de se tourner vers la compétence de nouveaux spécialistes du champ médical ou para-médical, ils mettent en évidence les éventuels décalages, de nature sociologique, entre, d'une part, les exigences de l'école et, d'autre part, les aspirations, voire les valeurs, que les enfants ont pu intérioriser du fait de leurs appartenances sociales. Qu'on nous permette ici d'en dégager une conséquence pratique en formulant notre avis : une formation professionnelle renouvelée des instituteurs de l'école primaire devrait, dans de telles conditions, faire place à cette sensibilisation à l'égard des problèmes socio-culturels et les conduire à relativiser leurs propres normes et leurs propres valeurs, sans renoncer pour autant à des objectifs d'apprentissage. Le rôle des sciences de l'éducation ne se réduit pas, selon nous, à la recherche de réponses de type étroitement pédagogique

mais devrait, au contraire, élargir la formation des maîtres à la connaissance des différentes dimensions de l'acte éducatif. Leur initiation à certaines analyses sociologiques, en coordination avec d'autres analyses scientifiques et à condition qu'elle soit méthodiquement conduite pour éviter les schématismes les plus démobilisateurs, pourrait ainsi accroître leur lucidité à l'égard des explications des échecs scolaires et contribuer à une nouvelle compétence professionnelle. N'est-ce pas alors à une nouvelle identité que ces praticiens pourraient accéder, ce qui impliquerait à la fois une affirmation de leurs compétences propres et une ouverture à des coopérations avec d'autres praticiens dits "spécialisés", sans que l'on puisse craindre ici les risques d'une médicalisation abusive ? (8).

Eric PLAISANCE
Professeur à l'U.E.R.
des Sciences de l'Education
Université René Descartes - Paris V

NOTES ET REFERENCES

- (1) CRESAS .- L'échec scolaire n'est pas une fatalité .-
Paris : E.S.F., 1981.
GFEN .- Réussir à l'école .- Paris : Ed. Sociales,
1977.
- (2) GUYOT (J.C.)
Vers une nouvelle problématique sociologique de
l'échec scolaire.
Handicaps et inadaptations, Les Cahiers du CTNERHI,
oct.-déc. 1983, n° 24, pp. 54-64.
- (3) BECKER (H.S.) .- Outsiders, études de sociologie de
la déviance .- Paris A.M. Métailié, 1985 .- (1ère
édition en anglais 1963).
Pour la place des "interactionnistes" dans la
sociologie américaine, voir HERPIN (N.) .- Les
sociologues américains et le siècle .- Paris : PUF,
1973.
- (4) PERRENOUD (P.) .- La fabrication de l'excellence
scolaire .- Paris-Genève : Droz, 1984.
- (5) STAMBACK (M.), VIAL (M.)
Problèmes posés par la déviance à l'école maternelle
Psychiatrie de l'enfant, 1974, XVII-1, pp. 241-336.
- (6) Pour Robert CASTEL, "le schéma médical constitue
toujours en objet d'une intervention spécialisée un
secteur des pratiques sociales ("le pathologique").
Il représente l'ensemble des dispositifs techniques
à travers lesquels se déploie l'activité thérapeu-
tique conçue comme l'opération d'un spécialiste
compétent". (Le psychanalysme .- Paris : Maspéro,
1973).

Pour Patrice PINEL et Markos ZAFIROPOULOS, la médicalisation peut être définie comme "une retraduction, dans le langage de la pathologie, des échecs scolaires, produits de la distance entre la culture scolaire et la culture des familles des milieux populaires": (La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, novembre 1978, n° 25, pp. 23-49).

Autant de telles citations sont en parfaite cohérence avec le texte de GUYOT ci-après, autant la référence à DURKHEIM comme "premier initiateur d'une médicalisation de l'échec scolaire", comme on le dira dans l'introduction, me semble contestable. Comme l'a démontré de manière très documentée Monique VIAL, la revendication d'un enseignement spécial au début du XXème siècle, particulièrement pour les débiles mentaux, provient tout d'abord des techniciens de l'enfance anormale et, par exemple, de médecins aliénistes qui visent en priorité la scolarisation de certains enfants hospitalisés (voir l'action de BOURNEVILLE). C'est secondairement que les autorités scolaires reprennent cette revendication et que BINET construit son échelle métrique pour le dépistage des "états inférieurs de l'intelligence". Consulter sur ce point : Monique VIAL, La création du perfectionnement en 1909 et les débiles des psychologues ou : comment s'écrit l'histoire, in Intégration ou marginalisation ? Aspects de l'éducation spécialisée .- Paris : L'Harmattan, I.N.R.P., 1984 .- (Coll. CRESAS n°2) .- pp. 47-73.

(7) BOURGEOIS (J.P.)

Comment les instituteurs perçoivent l'échec scolaire.

Revue française de Pédagogie, janv.-fév.-mars 1983, n° 62, pp. 27-39.

LEGER (A.), TRIPIER (M.) :- Fuir ou construire l'école populaire ? .- Paris : Méridiens-Klinskiéck, 1986.

- (8) Sur la place de l'initiation à la recherche sociologique dans la formation des instituteurs, consulter : HENRIOT-Van ZENTEN (A.), KHERROUBI (M.), Une initiation à la recherche et à la sociologie de l'éducation. De la théorie à la pratique, Revue française de Pédagogie, avril-mai-juin 1985, n^o 71, pp. 89-95.

Consulter aussi : BOURGEOIS (J.P.), art. cité.

INTRODUCTION GENERALE

1 - LES VARIATIONS DU LANGAGE SOCIOLOGIQUE SUR L'ECHEC SCOLAIRE

L'analyse du système scolaire constitue un élément important de notre tradition sociologique. Depuis près d'un siècle, l'Ecole s'inscrit en permanence dans l'histoire de notre discipline. En particulier, depuis le dernier quart du XIXème, où elle est devenue une "affaire d'Etat" pour reprendre le mot d'Edwy Plenel (1), cette institution se trouve au coeur d'un débat sur les enjeux économiques, sociaux et politiques de l'éducation.

Comme en témoignent les différentes études successives sur le système éducatif français, cette sociologie de l'écolé a évolué ; elle s'est progressivement conformée aux exigences liées à la transformation de la société et à l'émergence des nouvelles nécessités de son développement. C'est ainsi que, dans l'histoire des rapports entre le sociologie et l'institution scolaire, il est possible d'identifier schématiquement trois grandes périodes : la période d'intégration républicaine, celle de la contestation des inégalités sociales, celle enfin de la gestion de ces mêmes inégalités.

Le première période que connut Emile DURKHEIM, voit se développer un projet éducatif d'intégration économique, sociale et politique. C'est le sens du projet de Jules FERRY et de l'instauration à la fin du XIXème siècle de l'Ecole Laïque et obligatoire. Une telle institution scolaire publique a pour mission d'assurer le contrôle de l'Etat industriel sur l'ensemble d'une société que l'on souhaitait libérer de l'analphabétisme, du féodalisme, de l'idéologie cléricale et de l'obscurantisme. La loi d'obligation scolaire de 1882 assigne à l'Ecole Primaire une double mission : d'une part, donner aux enfants des classes populaires l'instruction minimum indispensable au développement du capitalisme industriel et à l'élévation du niveau de qualification de la population ouvrière ; d'autre part, susciter l'adhésion

(1) Edwy PLENEL .- L'Etat et l'Ecole en France ; la République inachevée .- Paris : Payot, 1985, p. 13.

de cette même population aux valeurs d'un système libéral par le moyen d'une intériorisation des normes morales et idéologiques de la bourgeoisie au pouvoir.

Dans ces conditions, le projet éducatif concernera moins l'enfant que l'Etat, plus l'ordre économique et social que l'épanouissement de sa personnalité. Comme le souligne Alain TOURAINE, **"cette école est devenue un service public identifié à la République"** (1).

Le message durkheimien s'inscrit dans cet univers politique de ce dernier quart du XIXème siècle. Il apporte une légitimité scientifique à ces nouvelles valeurs morales qui doivent être le ciment d'idéologie républicaine de l'Etat éducateur. Le développement d'une conscience collective, l'établissement d'un consensus civique, l'affermissement de l'ordre social, autant d'impératifs dont les maîtres d'écoles seront les premiers interprètes. **"C'est en respectant la règle scolaire que l'enfant apprendra à respecter les règles, qu'il prendra l'habitude de se contenir et de se gêner, parce qu'il doit se gêner et se contenir. C'est une première initiation à l'austérité du devoir"** (2).

Sans doute DURKHEIM rejette-t-il les châtimets corporels, mais c'est pour mieux renforcer l'efficacité d'une scolarisation éducative qui procèdera d'une intériorisation des normes sociales. Dans ces conditions, la finalité de l'éducation n'est pas de développer, d'épanouir la personnalité individuelle de l'enfant, mais bien plutôt **"de créer l'être social par une contention morale des désirs individuels"**.

Certes, il existe des psychismes indociles, pervers ou pathologiques. Dans ce cas, il sera fait appel à la médecine. Et comme le souligne PLENEL, DURKHEIM apparaît dans ce domaine comme le premier à avoir posé le problème d'une médicalisation de l'échec scolaire.

(1) Alain TOURAINE. L'Ecole autonome. Intervention, janvier 1983, n°2, p. 21.

(2) Emile DURKHEIM .- L'éducation morale .- Paris : PUF, 1963, p. 126.

"L'impuissance à se contenir dans des bornes déterminées est (...) un signe de morbidité (...). Si les sentiments les plus généreux (...), les sympathies (...) se développent au détriment des autres sentiments, c'est le signe d'un dérèglement intérieur dont le clinicien connaît bien le caractère pathologique" (1).

L'ordre scolaire identifié à l'ordre social procède également d'un ordre naturel. Il trace les limites du normal et du pathologique en même temps qu'il légitime la ségrégation et les inégalités. La sociologie de cette forme d'intégration scolaire donne son sens à un processus de relégation de tous ceux qui se trouveront étiquetés comme cas pathologiques. PINELL et ZAFIROPOULOS ont bien montré comme l'obligation scolaire avait été ainsi corrélée historiquement avec l'invention de l'enfance anormale, arriérée ou instable (2). Nous n'y reviendrons pas.

L'intégration dans cette perspective devient paradoxalement le point de départ d'un processus d'exclusion des enfants qui ne peuvent se soumettre à l'ordre ainsi établi. Ces exclus du système devront pour partie être pris en charge par des structures d'éducation spécialisée qui seront mises en place au début du siècle. Des classes de perfectionnement sont, en effet, créées en 1909. En fait, il faudra attendre les années 50 pour voir leur nombre augmenter significativement. Mais, soulignons néanmoins que très vite elles vont devenir des filières de relégation, bien qu'initialement créées pour être des classes de rattrapage. Tout se passe comme si l'institution scolaire manifestait à l'égard des enfants arriérés et surtout vis-à-vis des instables et des caractériels des réflexes d'auto-défense. **"Le rassemblement dans une classe des enfants difficiles**

(1) Emile DURKHEIM, cité par E. PLENEL, op cité p. 66. Pour l'analyse des relations entre la médecine et l'école, cf. également notre étude L'échec scolaire ça se soigne. Toulouse : Privat, 1985, chap. III.

(2) P. PINELL et ZAFIROPOULOS. - Un siècle d'échecs scolaires. - Paris : Les Editions Ouvrières, 1983.

d'une école n'est pas sans danger (...) une telle collectivité sera dans l'école un foyer permanent de troubles, qui peut aller jusqu'à compromettre la discipline générale", écrit Jean FRESNAU en 1951 ; "ce sont exclusivement les débilés mentaux qui doivent avoir leur place dans les classes de perfectionnement" (1). Sélection des anormaux, hiérarchisation des handicapés ? Le processus de relégation peut s'effectuer différemment selon les critères disciplinaires retenus. Sauvegarde de l'ordre républicain, protection de l'image de marque de l'institution laïque contre la rumeur publique, cette école ne se donne évidemment pas pour objectif de lutter contre les inégalités sociales ; elle donne une légitimité aux mesures de ségrégation tout comme l'avait fait la sociologie de l'éducation de DURKHEIM.

Dans la deuxième phase, la sociologie de l'école mettra l'accent sur le thème des inégalités. Les événements qui ont secoué la France en 1968 nous ont révélé l'importance et la singularité de ce nouveau débat sur l'enseignement. Celui-ci témoigne d'une prise de conscience des contradictions dans lesquelles l'institution éducative et la société elle-même se trouvent impliquées. Dans un monde ébranlé par la diffusion de plus en plus rapide des innovations scientifiques et technologiques, ce débat est suscité également par la crise des valeurs traditionnelles et la déstabilisation des grands équilibres institutionnels de l'Etat français. Enjeu d'intégration civique et morale sous la IIIème et IVème république, l'Ecole devient, sous la Vème, le symbole privilégié de la promotion économique sociale et culturelle pour une partie importante de la population française, et singulièrement pour les classes moyennes qui entendent partager avec la bourgeoisie traditionnelle les fruits de la croissance économique.

Alain TOURAINE résume cette évolution : "il s'agissait naguère de civiliser, il s'agit maintenant de produire. Au lieu d'établir une correspondance entre normes et moeurs, on cherche à rendre compatibles offre et demande

(1) Ibid., p. 63

d'emploi" (1). L'idéologie de l'école traditionnelle se désagrège devant les exigences économiques de l'insertion professionnelle des jeunes et l'apprentissage progressif et douloureux de la crise économique qui succède à la période d'expansion. C'est alors que la sociologie de l'école change de sens. Elle oriente la réflexion sur le système pédagogique vers une analyse des inégalités sociales et des disparités de chance de mobilité qu'offre l'obtention des diplômes.

Durant cette deuxième phase, la production sociologique sur les responsabilités de l'institution éducative dans la reproduction des hiérarchisations sociales et culturelles des individus est particulièrement abondante.

BOURDIEU et ses collaborateurs ont été les premiers à mettre au jour l'inégalité des chances scolaires, à la décrire et à proposer une analyse des processus qui l'engendrent. Avec **Les héritiers**, paru en 1964, on prend la mesure de l'ampleur de l'inégalité des chances scolaires. Avec **l'école capitaliste en France**, paru en 1971, Baudelot et Establet, dans une problématique quelque peu différente, démontrent que cette inégalité se trouve reproduite non en raison du statut culturel des individus mais parce que celle-ci est nécessaire au fonctionnement du système capitaliste. Le troisième grand système explicatif de l'inégalité des chances scolaires est formulé en 1973 par Raymond Boudon dans **l'inégalité des chances : la mobilité sociale dans les sociétés industrielles**. Dans ce dernier type d'analyse, la problématique procède d'une conception libérale et individualiste de l'école.

Tous ces travaux contribuent à invalider l'image d'une école égalitaire. Avant la course, le tirage au sort - la main dans le chapeau - **hand in cap** - prend le sens d'une sélection par le handicap. Soulignant la permanence des clivages économiques et culturels, la

(1) Op cit, p. 22.

production scientifique sur l'école remet profondément en cause l'idée d'une normalisation effective et efficace des individus et des intelligences à partir d'un modèle unique de scolarisation.

Paradoxe étrange, mais fort compréhensible, c'est au moment où la course aux peaux d'ânes devient le signe généralisé de la réussite sociale et professionnelle que l'institution scolaire et universitaire se voit le plus contestée dans sa fonction de diffusion des connaissances. Des voix s'élèvent pour la condamner, au nom d'une pédagogie qui inscrirait le développement psycho-affectif de la personnalité de l'enfant au premier rang de ses préoccupations, bien avant l'obligation d'acquérir des connaissances et de se familiariser avec l'austère discipline du calcul ou de l'orthographe. Dans ces conditions, la rigueur dans la quête du bonheur se substituerait à celle de l'expérience cognitive. Tandis que l'on vante les mérites de la pédagogie non directive, celle qui libère et donne du plaisir, Prométhée savant ne ferait plus recette dans le domaine de la culture et de l'apprentissage intellectuel.

L'élitisme, le goût de l'effort, le respect de l'autorité de celui qui sait, abandonneraient du terrain à l'hédonisme et à la convivialité propres à la communauté des gens heureux. Ivan ILLICH ne prêchait-il pas pour une société sans école ? D'autres jettent les bases d'une pédagogie qui mette l'imagination au pouvoir et libère la créativité spontanée de l'enfant.

Déjà, dès la fin de la 2ème guerre mondiale, un mouvement de contestation de ce processus de relégation pédagogique s'était amorcé au sein des familles d'enfants handicapés pour réclamer un droit à l'instruction et une reconnaissance sociale de leur difficulté d'intégration. Ce mouvement primitivement fut lancé à l'initiative d'associations regroupant des parents d'enfants appartenant aux catégories favorisées de la population. En ce qui concerne l'intégration scolaire, rappelons la création, en 1945, d'un Centre Psycho-Pédagogique au lycée Claude Bernard à Paris. Institué à l'initiative de médecins et d'administrateurs

de santé, sous l'égide du Ministère de l'Education Nationale et du Ministère de la Santé Publique, cette structure fut le point de départ du développement des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques qui verront le jour par le décret du 9 mars 1956 et celui du 14 février 1963. Mais, c'est principalement après 1968 que le mouvement de prise en charge des difficultés que rencontre l'enfant au cours de sa scolarisation s'affirmera, en particulier grâce au développement des pratiques et de la culture psychanalytique.

C'est en partie dans la mouvance de ce changement de mentalité que se manifestent les tendances à la médicalisation de l'échec scolaire. Pour pallier les insuffisances intellectuelles et surtout remédier aux blocages psycho-affectifs de la personnalité, il faut recourir à la médecine. Afin de compenser les déboires du mauvais apprentissage et la douleur de la frustration née du mauvais classement dans la compétition intellectuelle, on confiera le psychisme de l'écolier malchanceux aux spécialistes qui peuvent panser ce genre de plaie, ou, en tout cas, offrir quelque sédatif psychothérapique.

La troisième phase qui marque l'évolution de ce rapport de la sociologie au système éducatif s'articule sur les nouvelles rationalités du pouvoir économique et politique. Jamais, sans doute, le thème de l'échec scolaire n'a fait couler autant d'encre qu'aujourd'hui. Socialement, cela s'explique par les conséquences des mesures de démocratisation qui ont favorisé l'accès d'un nombre de plus en plus important d'enfants au cycle secondaire et à l'université. De 1960 à 1985, le nombre d'étudiants dans les formations post-baccalauréat a quintuplé. Les progrès technologiques, les mutations dans les postes de travail, la transformation des métiers, les transformations intervenues dans les structures de production des biens et des services ont rendu plus impérieuses les nécessités d'élever le niveau de qualification de la population active, d'accroître les compétences, de les diversifier, de renforcer numériquement et qualitativement le personnel d'enca-

drement des entreprises et des administrations : tout cela justifiant amplement les mesures de démocratisation entreprises par exemple sous le Ministère Haby.

Mais, à l'évidence, cet afflux de nouveaux consommateurs d'école devait fatalement mettre en évidence le manque de productivité du système éducatif, en même temps qu'il devenait porteur d'une demande sociale plus pressante de la part des familles.

C'est alors que les Pouvoirs publics s'efforcent de promouvoir **"cette école de la réussite"** pour reprendre l'expression officielle à l'honneur sous le septennat de François MITTERAND. Un nouvel ordre scolaire doit s'affirmer dans la logique d'une gestion plus rationnelle, plus efficace de l'investissement pédagogique. En même temps que s'annonce la restauration de ce que le Ministre de l'Education appelle **"l'élitisme républicain"** on assigne au système pédagogique la mission de former deux fois plus de bacheliers, deux fois plus d'étudiants. En période d'austérité, l'ambition pourrait apparaître comme une imposture si l'on ne croit pas à l'efficacité d'un redéploiement des moyens, à celle d'une amélioration des pratiques éducatives par le biais d'une meilleure formation des maîtres et des élèves.

Gérer la réussite, mais aussi l'échec ; cette phase de gestion où s'affirme une nouvelle régulation économique et institutionnelle de l'Ecole se caractérise également par un effort de maîtrise de l'ensemble du système de prise en charge des handicaps socio-culturels et médico-sociaux. La circulaire de janvier 1982, signée conjointement par le Ministre de l'Education Nationale et le Ministre de la Solidarité illustre assez bien les enjeux de cette nouvelle phase. **"L'intégration vise tout d'abord à favoriser l'insertion sociale de l'enfant handicapé en le plaçant le plus tôt possible dans un milieu ordinaire, où il puisse développer sa personnalité et faire accepter sa différence. Pratiquée sans systématisation l'intégration aura d'autant plus de chances de réussir qu'elle résultera d'un choix clairement exprimé par l'enfant, sa famille et l'enseignant, ainsi que d'un projet éducatif aux**

dimensions à la fois médicale, psychologique et sociale". Bien entendu, l'intégration ici n'a plus la signification qu'on lui prêtait dans la première phase. Il s'agit pour la république de socialiser l'exclusion et de mieux gérer le handicap en intégrant au cycle normal l'enfant traditionnellement objet d'une relégation en raison de ses différentes formes de handicap. Le projet éducatif change de sens et suppose que l'institution scolaire assimile la dimension sociale et médicale dans le cadre d'une concertation entre les différents partenaires de l'Ecole. Quels sont les enjeux sociétaux de cette reconnaissance sociale de l'anormalité ?

Les inégalités seront-elles pour autant gommées ? L'école cessera-t-elle de sélectionner les écoliers en fonction de leur origine sociale ou de leurs problèmes d'adaptation ? En fait, la nouveauté réside dans le désir de mieux gérer la ségrégation sociale quelle qu'en soit la nature. On peut se demander si, ce pragmatisme idéologique aidant, les pédagogies de la différence, la socialisation des exclus dans le système normal n'ont d'autre finalité que de maîtriser et de réguler ce processus de ségrégation, tout en s'efforçant de rendre plus efficiente l'entreprise "école".

Toujours est-il que dans ces conditions s'élabore un nouveau regard sociologique sur l'école qui prend en compte cette évolution de la question scolaire. Les nouvelles démarches se proposeraient de mieux connaître de l'intérieur les pratiques des acteurs institutionnels et d'analyser les conditions d'établissement d'un nouveau type de rapport entre la société et son école. Prenant quelque distance à l'égard d'un fonctionnalisme mécaniste, les sociologues s'inspireraient d'une problématique interactionniste, tournée vers une analyse micro-sociologique des processus d'apprentissage et des multiples facteurs qui conditionnent le développement des structures relationnelles à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution éducative. Réservés à l'égard des logiques substantialistes unilinéaires ou par trop globalisantes, des chercheurs comme ceux du

C.R.E.S.A.S. s'efforceront de porter un regard dynamique sur ce phénomène d'échec scolaire dont il sera souligné qu'il n'est pas une fatalité (1).

Très critique à l'égard des théories du handicap socio-culturel, des spécialistes comme Gérard CHAUVEAU remettent en cause toute une vision macro-sociologique de l'institution éducative ainsi que les thèses de la reproduction auxquelles il est expressément reproché d'inspirer une sorte de fatalisme pédagogique. **"Au lieu de proposer un cadre interprétatif souple, écrit-il, de parler en termes d'hypothèses, de démarche probabiliste, de mouvements tendanciels, on a présenté des lois d'airain implacables et automatiques, de macro-mécanismes sans faille et irréversibles. Le système d'enseignement est décrit le plus souvent comme une immense machinerie-machination où tout est parfaitement agencé, réglé, décidé, prémédité et programmé..."** (2)

Ces théories de la reproduction ont au moins pour défaut de masquer les dysfonctionnements que révèle le système scolaire au niveau même des classes dominantes de notre société. L'échec scolaire ne concerne pas seulement, en effet, les catégories sociales défavorisées : les classes moyennes supérieures, la bourgeoisie traditionnelle n'en sont pas totalement protégées, ainsi que le souligne Geneviève COTTIN, **"en insistant sur l'incontestable corrélation entre la réussite scolaire et le statut socio-culturel familial et sur l'indéniable fonction d'agent de reproduction sociale que remplit l'école, les travaux en sociologie de l'Education ont négligé l'existence et l'importance de l'échec scolaire**

(1) C.R.E.S.A.S. .- L'échec scolaire n'est pas une fatalité .- Paris : ESF, 1981.

(2) G. CHAUVEAU. L'insuccès scolaire : le rôle des rapports sociaux et culturels. Psychologie scolaire, n° 39, 1982, p. 25.

des enfants des milieux privilégiés et ont oublié que l'école ne remplissait qu'imparfaitement sa fonction de stratification" (1).

Bien que les différences de milieu socio-culturel expliquent en grande partie l'écart entre les enfants qui réussissent ou qui échouent, il n'en reste pas moins que 13,2 % des enfants de cadres supérieurs, 19,9 % d'enfants de cadres moyens, 27,5 % d'enfants d'autres catégories (professions libérales, artisans, petits commerçants), 29,7 % des enfants de patron de l'industrie et du commerce sont en retard à la fin du CM2 (2).

Dans une recherche effectuée sous la direction du Professeur P.H. CHOMBARD DE LAUWE, R. BALLION montre qu'environ **"40 % des enfants dont les parents ont des positions socio-professionnelles élevées n'obtiennent pas le baccalauréat complet et ne peuvent ainsi accéder à l'enseignement supérieur"** (3).

Plus récemment, J. FOURASTIE montre que très peu d'enfants de médecins, de hauts fonctionnaires, de magistrats, de polytechniciens, de centraux et même de normaliens, malgré le "culte du diplôme", atteignent le

-
- (1) G. COTTIN .- L'échec scolaire anémique et sa médicalisation .- Bordeaux : 1983, texte ronéo, DEA de sociologie, p. 29.
 - (2) Note d'information SIGES, 12 avril 1982, "Panel d'élèves du second degré 1972-73-74 et 1980". Ministère de l'Education nationale.
 - (3) R. BALLION .- Echec scolaire et réorganisation psycho-sociologique .- Thèse de doctorat de IIIème cycle, E.H.E.S.S., 1975, p. 111.

même niveau d'étude de leurs pères (1). Parmi ces derniers n'ont pas obtenu le baccalauréat complet :

12 %	des enfants de Normaliens
20 %	" " " de Hauts Fonctionnaires
23 %	" " " de Hauts Magistrats
27 %	" " " de Médecins
30 %	" " " de Polytechniciens et Centraux
38 %	" " " d'Instituteurs
39 %	" " " de Grands Industriels
41 %	" " " d'Artistes.

L'ensemble de ces données nous fournit une indication sur ce phénomène d'échec et de régression scolaires des enfants appartenant à des catégories sociales a priori protégées contre les handicaps de l'héritage socio-culturel.

Par ailleurs, comme l'a démontré R. BOUDON, l'ensemble des études de la reproduction accordent une responsabilité excessive à l'école dans le développement, le maintien des stratifications sociales et dans l'explication des phénomènes de mobilité. Le mérite lui revient d'avoir observé déjà dans les années 70 que le niveau scolaire atteint est bien moins dépendant de l'héritage culturel que ne le prétendent BOURDIEU et PASSERON. Il dépend aussi en grande partie des décisions prises par les acteurs en fonction de leur position sociale. Plus la position sociale de départ sera élevée, plus la décision d'arrêter avant le niveau scolaire correspondant représente un coût (régression sociale) important. BOUDON a pu ainsi établir que, supprimée l'action de l'héritage culturel, de larges disparités peuvent subsister entre classes qui ne sont dues qu'à la **position sociale** qui détermine les décisions scolaires individuelles.

(1) Jean FOURASTIE avec la collaboration de J. LABUZE .- Enquête sur la scolarité d'enfants appartenant à des milieux favorisés .- Paris : CNAM, 1977, doc. ronéo.

Dans cette perspective, l'échec scolaire, comme nous l'avons précisé (1), dépend à la fois d'un héritage culturel et d'une différence d'évaluation des risques lorsque se prennent les décisions de poursuivre ou non les études.

J.C. FORQUIN résume assez bien le changement de problématique en formulant la question suivante : "L'examen de la littérature sociologique sur les inégalités de performances et de cursus scolaires conduit à un ensemble de questions d'ordre méthodologique ou épistémologique : comment penser conceptuellement la complexité interactive des facteurs générateurs de ces inégalités, comment échapper à une pensée "substantialiste" et saisir ces facteurs comme des processus en acte, comment appréhender la singularité des situations et parcours individuels tout en rendant compte des phénomènes d'agrégation statistique (et en particulier de la liaison massivement observable entre différenciation scolaire et stratification sociale) ?" (2).

2 - LA PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

C'est dans cette perspective que nous avons nous-même engagé notre programme de recherche sur l'identification de l'échec scolaire et sa prise en charge spécialisée. Abandonnant l'idée d'une nouvelle étiologie sociale de

(1) J.C. GUYOT. Vers une nouvelle problématique sociologique de l'échec scolaire. Les Cahiers du CTNERHI, Handicap et inadaption, n° 24, 1983, p. 67.

(2) J.C. FORQUIN .- Les inégalités scolaires et les apports de la pensée sociologique : éléments pour une réflexion critique .- Pour un bilan de la sociologie de l'éducation .- Toulouse : Centre de Recherches Sociologiques, 1984 .- p. 67.

l'échec, nous avons préféré faire porter notre observation et nos analyses sur les attitudes et représentations de ceux qui en traitent et qui assument des responsabilités de désignation, de repérage tant des échecs que des modalités de leur traitement.

Ce travail de recherche est réalisé par un laboratoire de sociologie de la santé. Et comme nous l'avons noté (1), la santé ne peut se réduire aux catégories de l'administration, ni non plus aux définitions formelles d'une sociologie fonctionnaliste, que celle-ci trouve son inspiration dans les courants du libéralisme ou du marxisme. Donner un statut sociologique à l'objet "santé" c'est, en priorité pour nous, situer l'analyse des systèmes sociaux dans la perspective d'une observation empirique des manifestations de l'identité collective des groupes sociaux et des individus. Cette identité collective, sa genèse, son développement, sa protection, dépendent des rapports sociaux, de multiples facteurs économiques et culturels et, en particulier, des ressources matérielles et morales dont disposent les individus et les groupes sociaux pour affirmer leur personnalité. Elle est également conditionnée par les processus d'identification, d'étiquetage ou de reconnaissance mutuelle qui caractérisent les rapports qu'instaurent les acteurs sociaux entre eux. C'est dans ce cadre conceptuel que s'inscrit cette recherche sur le processus d'identification et de prise en charge des échecs scolaires dans l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile "A" de la Gironde.

Cette étude a donc pour objet le phénomène de la prise en charge de l'inadaptation et de l'échec scolaire par un certain nombre d'institutions spécialisées (essentiellement : pédagogiques et/ou médicales et paramédicales). Ce phénomène, dont les modalités tendent à se diversifier en même temps qu'il se généralise, peut être analysé comme le résultat d'un processus comprenant

(1) J.C. GUYOT .- Quelle médecine pour quelle société ? - Toulouse : Privat, 1982 .- p. 128.

deux moments essentiels : celui de l'identification de conduites et de comportements scolaires comme "déviant" et celui de l'élaboration des décisions qui - selon les cas - peuvent aboutir à un mode particulier de prise en charge spécialisée des individus concernés.

C'est ce processus qui constitue l'objet théorique d'une recherche dont la problématique est donc l'étude des déterminants de l'identification et de la prise en charge de l'inadaptation et de l'échec scolaires.

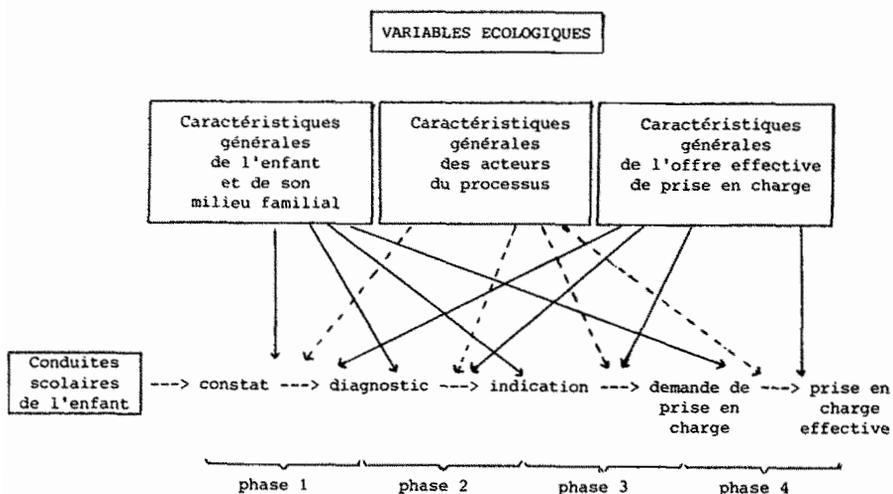
L'hypothèse générale qui préside à la mise en oeuvre de cette problématique est que les différents moments de ce processus sont des phénomènes construits par l'interaction d'un certain nombre d'acteurs individuels et collectifs et qu'ils procèdent ainsi d'enjeux idéologiques, institutionnels et sociaux variables selon les acteurs concernés et les caractéristiques des unités écologiques où ils sont observés. Aussi sa vérification conduit-elle à l'analyse des rapports existant entre, d'une part, les conduites effectives des acteurs intervenant aux différents moments de ce processus et, d'autre part, des caractéristiques propres à ces acteurs et, particulièrement, les systèmes de valeurs et de normes que leurs conduites actualisent et qu'ils doivent à leur statut institutionnel.

La vérification de cette hypothèse générale nous a conduit à élaborer un schéma théorique mettant en évidence le jeu des différents types et modes de détermination des différents moments de ce processus (cf. schéma ci-après).

Rappelons simplement ici, que selon ce schéma, le processus étudié comporte quatre phases analytiquement (sinon empiriquement) distinctes qui conduisent successivement du constat au diagnostic, du diagnostic à l'indication de traitement, de cette indication à la demande de prise en charge et, enfin, de cette demande à la prise en charge effective.

L'objectif de cette recherche était donc :

- d'une part, d'identifier les symptômes qui sont déclarés fonder le constat d'I.S., ainsi que les différents types de diagnostics, d'indications de traitement, de demandes de prise en charge et enfin de prises en charge effectives ;
- d'autre part, d'analyser l'action des facteurs qui concourent à la formation de ces différentes étapes du processus, en fonction d'hypothèses générales relatives à la nature de ces facteurs.



SCHEMA DU PROCESSUS GENERAL
D'IDENTIFICATION ET DE PRISE EN CHARGE DE L'INADAPTATION SCOLAIRE

Le leitmotiv opérationnel issu de notre problématique et définissant pour partie notre méthodologie était, rappelons-le, résumé dans la formule : **"Qui dit quoi, de qui, en quelles circonstances, avec quelles conséquences ?"**.

Concrètement, ce "qui ?", premier terme de notre interrogation, représente les acteurs du processus étudié et, dans le premier temps, les instituteurs dont les caractéristiques nous sont notamment précisées sur diverses dimensions à la suite de l'exploitation des interviews.

Au second terme de notre interrogation : **"quoi ?"**, correspondent les éléments fournis par l'exploitation des dossiers que nous avons demandé aux instituteurs de remplir à propos des enfants identifiés par eux comme étant en échec ou en difficulté scolaire dans leurs classes, et dont ils nous ont fourni les éléments de repérage sociologiques nécessaires pour répondre à la question : **"de qui ?"**.

"Dans quelles circonstances ?". Il s'agit là essentiellement des éléments d'un repérage spatial à partir des caractéristiques démographiques et socio-économiques qui nous ont permis de définir les unités écologiques de notre champ d'investigation. Ces unités écologiques constituent, en effet, une variable importante de l'analyse des phénomènes observés. Mais, au delà de ces entités socio-économiques renvoyant à des types différents de rapports des clientèles des écoles avec les problèmes de scolarisation et donc avec les problèmes de prise en charge des difficultés et échecs scolaires, nous sommes amenés à envisager une variable supplémentaire fondée sur les caractéristiques du système d'offre de prise en charge médicale et/ou spécialisée de ces problèmes scolaires.

Les données ainsi recueillies nous ont permis de décrire, pour chacune des phases du processus étudié, chacun des termes de l'interrogation : **"qui dit quoi, de qui, dans quelles circonstances et avec quel effet ?"**.

Elles nous permettent aujourd'hui de présenter les résultats définitifs de cette entreprise à travers une analyse approfondie des acteurs essentiels du processus, des conduites qu'ils posent et des discours qu'ils tiennent, nous mettant ainsi en mesure de répondre aux questions essentielles qui ont orienté cette recherche :

- Quelle est, pour chacun des types d'acteurs concernés,
 - ° la nature des normes qui président effectivement à l'identification de l'inadaptation et de l'échec scolaire ?
 - ° celle des interprétations qu'ils en proposent ?
 - ° la relation dialectique existant entre identification et interprétation ?
 - ° celle existant entre ce premier moment du processus de prise en charge et son issue effective ?
 - ° les stratégies relatives à la prise de décision ?
 - ° les fondements des pratiques institutionnelles de prise en charge spécialisée existantes ?
 - ° l'influence que l'existence d'un système d'"offre" de prise en charge et sa nature propre ont à la fois sur l'identification, l'interprétation et la prise de décision.

Nous n'avons donc pas voulu apporter ici une nouvelle contribution à l'analyse des causes de l'échec scolaire. Conformément aux hypothèses de départ de la recherche, nous avons pris le parti de considérer l'échec scolaire comme un symptôme révélateur des rapports sociaux qui se manifestent dans le processus même de désignation des enfants en difficulté et dans celui de leur prise en charge par les institutions et les acteurs spécialisés.

3 - LE PROCESSUS DE MEDICALISATION

Dans cette perspective, l'étude du traitement de l'inadaptation scolaire pourrait constituer un exemple de processus globaux de "**psychologisation**" ou de "**médicalisation**" des problèmes sociaux.

Médicaliser un problème, c'est fondamentalement requérir la compétence du médecin ou de la médecine pour le résoudre.

Première conséquence : les données de ce problème sont énoncées en terme médical, c'est-à-dire de situation pathologique. L'échec scolaire est-il une maladie ou encore le symptôme d'une maladie ? Telle est en clair la question que pose immédiatement cette notion de **médicalisation de l'échec scolaire**.

La deuxième conséquence, celle qui, sans doute, soulève le plus de difficultés, apparaît à l'évidence : ce recours au diagnostic médical va de pair, dans bien des cas, avec la référence à l'autorité et au pouvoir du prescripteur. Bien que la médecine ne soit pas évidemment à l'origine des maladies, mises à part celles que l'on dit iatrogènes, c'est majoritairement à la faveur d'un verdict médical que les individus qui souffrent peuvent jouir socialement et matériellement du statut de malade, principalement lorsque leur pathologie est prise en charge par la Sécurité Sociale.

La troisième conséquence : toute médicalisation s'effectue peu ou prou sur la base d'un étiquetage des individus, en fonction de la nosographie médicale du spécialiste qui les traite. Il peut arriver que le sujet médicalisé soit même l'objet de plusieurs étiquetages simultanés ou successifs, liés à la personnalité des experts qui identifient son état de santé. Ces multiples spécifications médicales témoignent de la diversité des modes de classements institutionnels ou scientifiques propres aux médecins. Une problématique de médicalisation de l'échec scolaire soulève une question fondamentale : celle de la frontière entre les compétences du médecin et celles du pédagogue proprement dit.

L'ordre du "médical" renvoie à un système d'attitudes et de représentations liées au statut du médecin : à commencer par le diagnostic et par le traitement, en référence à une nosologie des cas pathologiques individuels, à l'exclusion de toute autre forme de prise en charge. Mais la médicalisation, on le voit, n'est pas seulement le fait du médecin **stricto sensu**. Dans le domaine que nous étudions, qui est plus spécifiquement celui du médico-psychologique, sera médicalisant celui qui, n'ayant pas le statut du médecin, aura porté un diagnostic au sens médical du terme, sur un certain nombre de troubles de l'enfant en échec scolaire, ou aura entrepris un traitement de nature psychothérapique, après qu'un diagnostic médical eût été fait.

Par ailleurs, il convient de préciser que ce phénomène de médicalisation n'est pas idéologiquement neutre. Et son analyse relève toujours plus ou moins d'une certaine contestation du pouvoir social du médecin dans la normalisation des comportements sociaux et/ou psychologiques et dans la prise en charge de problèmes dont on estime qu'ils n'entrent pas, **a priori**, dans l'ordre de ses compétences.

C'est en fonction de cette contestation idéologique que pourrait être interprétée l'idée d'une médicalisation des échecs scolaires. D'autres notions apparaissent avec cette même connotation idéologique : celle de psychiatrisation, avec la remise en cause de l'utilisation, par les psychiatres, d'un arsenal thérapeutique pour résoudre les problèmes d'inadaptation (médicaments psychotropes, thérapies comportementales, etc...). Même la psychanalyse peut être prise comme cible de cette contestation. **"La psychanalyse, écrit R. Castel, est bien la dernière péripétie de la médecine occidentale, qui recueille la totalité des pouvoirs du médecin, les rassemble dans le champ clos de la relation duelle où ils sont complètement réinterprétés sur le mode symbolique avant d'être déployés à nouveau dans les**

institutions" (1). Ce type de débat sur la médicalisation s'inscrit également au coeur du débat du normal et du pathologique. Certains auteurs emploient le terme de "pathologisation". C'est dans cet esprit que d'aucuns critiqueront les interprétations psychanalytiques données par des psychanalystes comme C. Chiland. Parlant des recherches de celle-ci, G. Chauveau écrira par exemple : **"La problématique reste celle de la pathologie individuelle ou intra-familiale ; elle se cantonne à une recherche de manifestations pathologiques discrètes, légères chez les enfants ou leurs parents"** (2).

En réalité, il convient de bien différencier plusieurs niveaux dans ce processus de médicalisation : **un niveau technique**, celui où les praticiens, qu'ils soient médecins ou non, s'approprient les données biologiques ou psychiatriques d'un savoir scientifique pour résoudre des problèmes de santé ou d'adaptation des individus à leur environnement immédiat ; **un niveau sociétal**, où le pouvoir médical use de son autorité professionnelle, directement ou par délégation, pour influencer, voire conditionner, les comportements individuels et collectifs, sur un plan existentiel ; celui où s'expriment les manières de vivre la vie, la santé, la maladie, la souffrance, la mort. Enfin, **un niveau idéologique et politique** où les promoteurs d'un ordre médical orientent le fonctionnement des institutions sanitaires et sociales en fonction des normes et des valeurs propres au corps médical et que partagent plus ou moins les groupes dominants de notre société.

Dans cette étude, lorsque nous employons le terme "médicalisation", nous désignons un processus complexe, dans lequel se trouve impliqué l'ensemble des acteurs

(1) R. CASTEL, "La psychanalyse prise en tenaille", revue Autrement, Paris, n° 4, 1975/1976, p. 164.

(2) G. CHAUVEAU, "Dans et hors l'école, des enfants rejetés". in GEDREM, Echec et maternelles, Paris Syros, 1980, p. 77.

qui se proposent d'interpréter et/ou de traiter des échecs scolaires, en utilisant des procédures spécialisées non strictement pédagogiques.

L'exposé de nos travaux comprendra deux parties : l'une est consacrée aux observations que nous avons réalisées dans le cadre scolaire, l'autre concerne l'analyse des profils et des attitudes de quelques acteurs de la prise en charge spécialisée : psychologues scolaires, orthophonistes, psychiatres.

PREMIERE PARTIE
LE POINT DE VUE DES ENSEIGNANTS

CHAPITRE I

PRESENTATION GENERALE DU TERRAIN D'ENQUETE

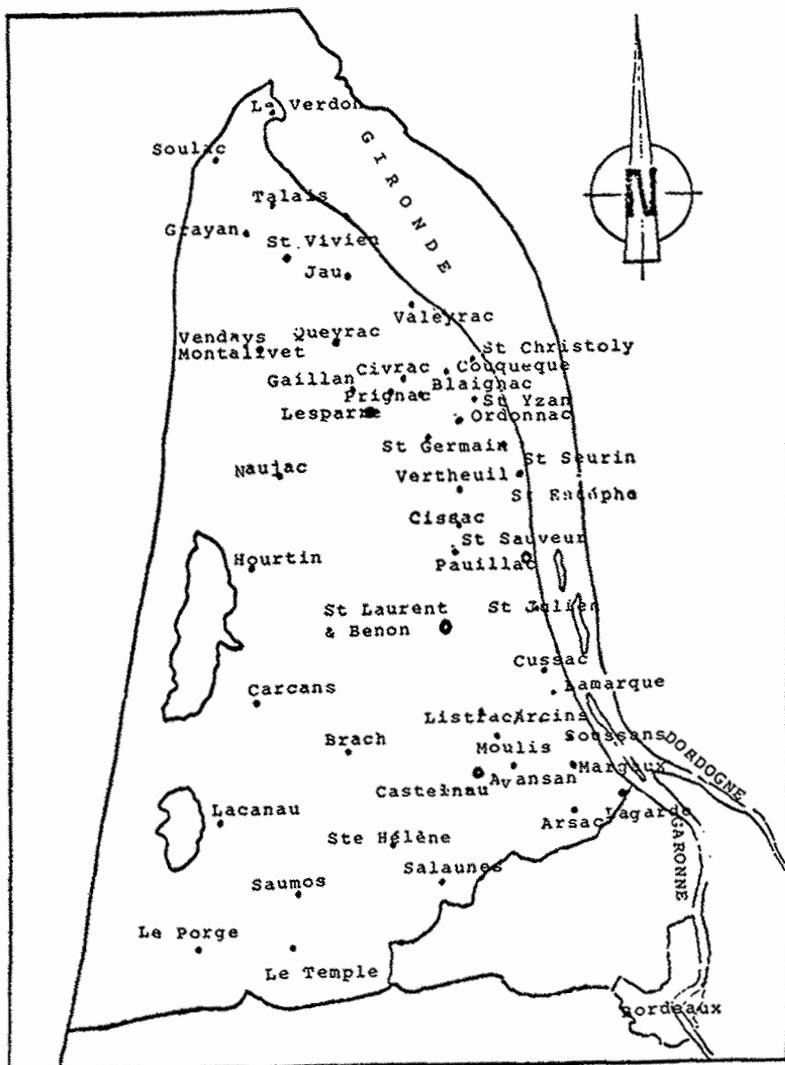
Notre enquête s'est déroulée dans le cadre de l'inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile A de la Gironde dont la carte de la page suivante montre la physionomie générale. Géographiquement cet inter-secteur comprend :

1. **la région du Médoc** : elle correspond à la presqu'île située entre l'Océan et l'Estuaire de la Gironde. Son renom lui est surtout conféré par sa partie orientale de viticulture de grande qualité. Cette zone viticole, qui s'étend le long de la Gironde sensiblement depuis Macau jusqu'au Bas Médoc au Nord, est la partie la plus peuplée du Médoc et aussi la plus riche.

Le Médoc est aussi constitué d'une zone littorale marquée par une activité de tourisme saisonnier estival. Le reste du territoire : le Médoc Landais est couvert par la forêt des pins des Landes, la population y est éparse et caractérisée par sa faible densité.

2. **la zone périphérique de l'agglomération bordelaise.**
3. **la partie Nord et Ouest de la ville de Bordeaux elle-même.**

Sur ce territoire contrasté cohabitent donc des populations assez différentes ; la division de ce territoire en 10 "Unités Ecologiques" sur la base des critères précisés ci-dessous a permis de tester l'hypothèse formulée d'une identification et d'une prise en charge différentielle des difficultés et échecs scolaires selon les caractéristiques sociologiques et économiques des populations concernées.



1 - La zone du Médoc a ainsi été divisée en 5 "Unités Ecologistes" différentes :

. **l'unité n° 6**

correspond au Médoc péri-urbain,

. **l'unité n° 7**

correspond à la zone intermédiaire séparant le Médoc Landais du Médoc viticole mais constituant aussi l'axe de communication essentiel de la région.

. **l'unité n° 8**

correspond au Bas Médoc caractérisé par une activité agricole traditionnelle, un élevage extensif, une activité touristique et balnéaire, un lent essor des activités portuaires et industrielles dans le nord de la zone. Vieillesse de la population et faiblesse de la population active sont les marques essentielles du peuplement.

. **l'unité n° 9**

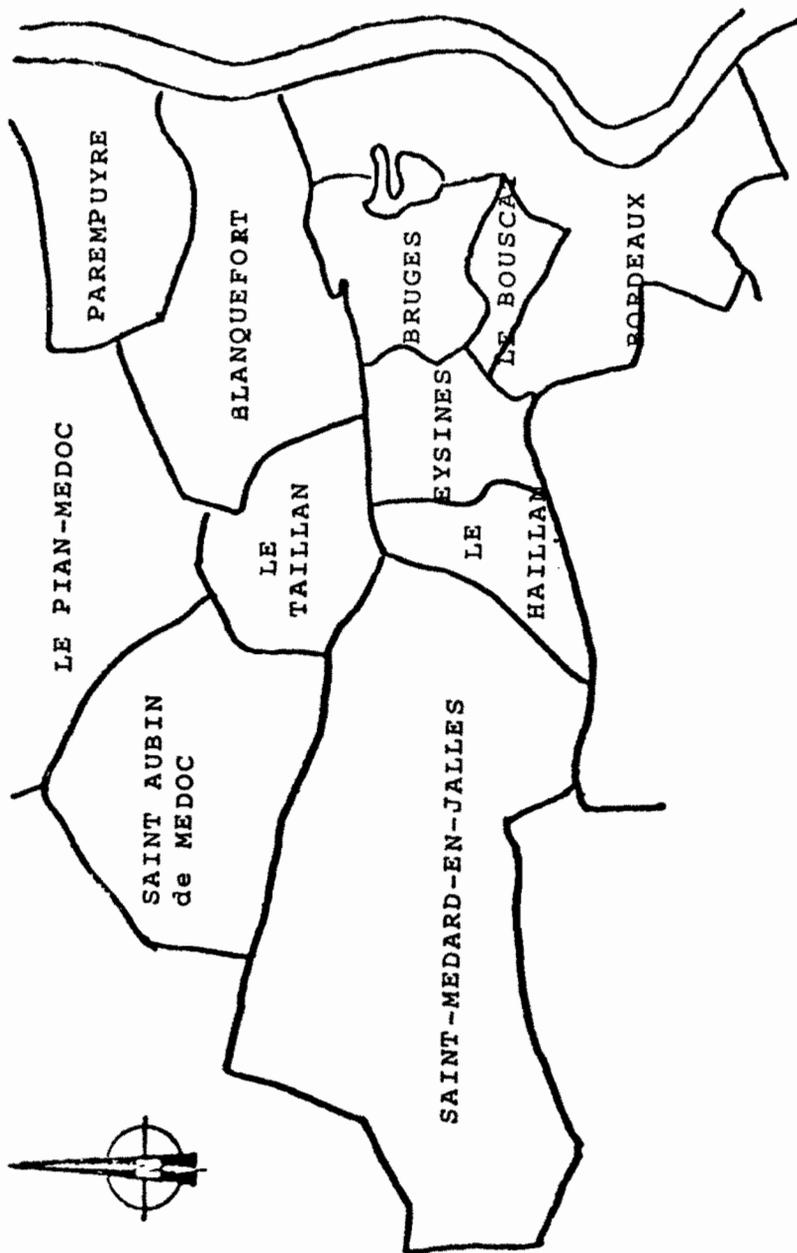
est la zone landaise du Médoc où la forêt de pins ne constitue plus la richesse qu'elle était il y a un demi siècle, les perspectives économiques sont quasi absentes hormis le développement touristique sur la partie littorale. La population, peu dense, est isolée dans le massif forestier, elle est marquée par l'exode des jeunes et le vieillissement.

. **l'unité n° 10**

c'est la zone viticole du Haut Médoc, sans conteste la partie la plus riche et la plus peuplée de cet ensemble médocain.

2 - Le schéma suivant précise la physionomie de l'unité n° 5 qui regroupe les banlieues de l'agglomération bordelaise de notre secteur. Il existe, évidemment, des différences démographiques entre les différentes communes suburbaines mais les contrastes ne sont pas suffisamment marqués pour justifier un découpage plus fin.

BANLIEUES BORDELAISES INCLUSES DANS L'INTERSECTEUR "A"

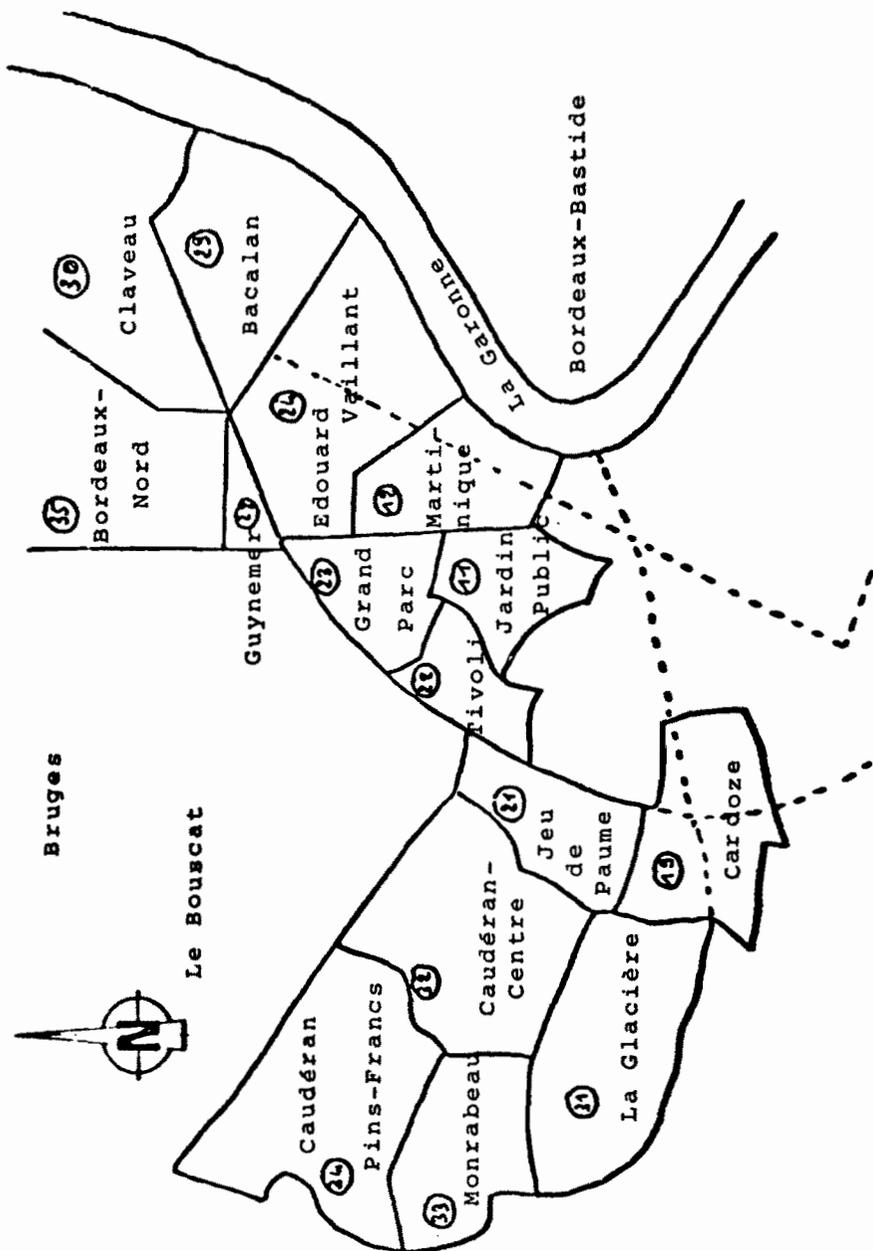


3 - L'agglomération bordelaise elle-même est partiellement incluse dans l'inter-secteur A. La carte de la page suivante indique la partie concernée avec les répartitions en quartiers et les regroupements de ces quartiers que nous avons utilisés. La typologie employée pour opérer ces regroupements est empruntée à J.P. Augustin (1) ; elle est fondée sur des taux simultanés de représentants des professions libérales et cadres supérieurs d'une part et ceux d'employés, ouvriers et personnels de service d'autre part, dans la population des différents quartiers.

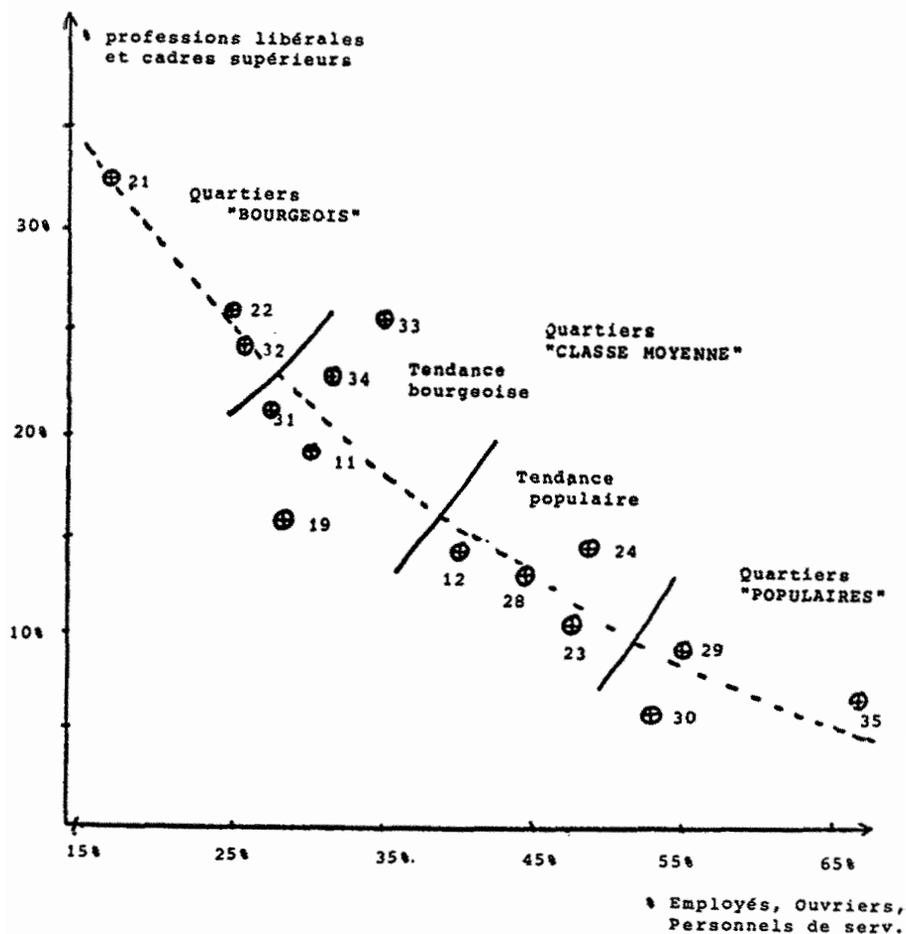
La courbe, page 32, permet une visualisation de cette typologie des quartiers bordelais de notre secteur. Les chiffres sont ceux du recensement de 1975. Il n'a pas été possible de les réactualiser avec les chiffres du recensement de 1982 dans la mesure où le découpage des quartiers dans l'exploitation au quart des données de ce recensement ne correspond pas au découpage précédent. Cependant, l'évolution démographique des quartiers en 1975, date du recensement de référence, et 1981, date de notre enquête, ne remet pas en cause cette typologie.

(1) JP AUGUSTIN. Espace social et loisirs organisés des jeunes de Bordeaux, Université de Bordeaux III, Thèse pour le doctorat de 3ème cycle, 1976

QUARTIERS DE BORDEAUX INCLUS DANS L'INTERSECTEUR "A"



REPARTITION DES QUARTIERS BORDELAIS SELON LES CARACTERISTIQUES DE LEUR POPULATION



CHAPITRE II

LES INSTITUTEURS INTERVIEWES "QUI SONT-ILS ?"

1 - METHODOLOGIE DE TERRAIN

Rappel de la procédure de sélection des personnes interviewées.

Conformément aux objectifs de notre recherche, la première opération a consisté à découper le territoire de notre enquête - bénéficiant pour ce faire à la fois de notre connaissance préalable du terrain et des conseils d'un géographe spécialiste de géographie économique et humaine de la région - en zones différenciées présentant sur les plans démographique (type de population - densité de population...) et économique des caractéristiques différenciées qui permettent de les définir comme des unités écologiques manifestant sur ces plans une structure propre. Ces dix unités ont été présentées dans les pages précédentes.

. Bordeaux agglomération :

- 1) quartiers bourgeois,
- 2) quartiers de classe moyenne, tendance bourgeoise,
- 3) quartiers de classe moyenne, tendance populaire,
- 4) quartiers populaires,

5) Banlieues bordelaises,

. Médoc :

- 6) Médoc péri-urbain
- 7) Médoc, zone intermédiaire
- 8) Bas Médoc
- 9) Médoc Landais
- 10) Haut Médoc.

Puis nous avons procédé à l'identification, dans ces "unités écologiques", des écoles primaires publiques et privées en prenant en compte notamment deux caractéristiques : le taux de retard scolaire (chiffres fournis par l'Inspection Académique de la Gironde) et le degré d'équipement de l'école ou de l'environnement de l'école en structures de prise en charge médicale ou spécialisée des difficultés scolaires.

Au départ, le choix est donc une sélection raisonnée d'écoles dans lesquelles nous avons décidé de procéder à notre enquête.

Pour ce qui concerne les écoles privées, compte tenu de leur faible nombre sur le secteur (10) et de notre souhait de procéder éventuellement à des comparaisons avec le secteur public nous avons décidé d'enquêter dans l'ensemble de ces écoles.

Au total, nous avons ainsi sollicité et obtenu la contribution des enseignants de 56 écoles. L'objectif était de s'assurer la coopération dans chaque école d'un enseignant de chaque niveau de classe du primaire quand plusieurs enseignants assuraient le même niveau, nous nous sommes adressés à celui qui, parmi eux, avait le plus d'ancienneté dans l'école.

Nous avons demandé aux enseignants qui ont accepté de participer à notre enquête, deux types de contributions :

- 1) de désigner dans leurs classes, et selon leurs propres critères, les élèves qu'ils estimaient être en échec scolaire ou en difficulté scolaire, et de remplir pour chacun de ces élèves un dossier que nous leur proposons, destiné à décrire l'enfant sous de multiples aspects : scolaire, médical, familial, social, etc...

- 2) de plus, nous leur avons proposé de recevoir un chercheur qui les a interviewés sur des aspects plus qualitatifs de leur pratique pédagogique et de leur analyse des difficultés scolaires.

Deux cent un instituteurs ont ainsi accepté de s'impliquer dans cette enquête. Cependant, dans quelques cas, cette contribution n'a pu être complète. Certains instituteurs avaient accepté de participer à l'enquête mais n'avaient pas fini, le jour de l'interview, de remplir les dossiers d'enfants qu'ils envisageaient de compléter et de nous renvoyer par la suite. L'enquête s'est déroulée en fin d'année scolaire. Certains parmi ces instituteurs nous ont adressé ces dossiers complétés par eux, pendant les vacances scolaires ou lors de la rentrée suivante. D'autres ont omis de nous retourner leurs dossiers d'enfants. Ils sont onze dans ce cas, 11 instituteurs que nous avons pu interviewer mais qui ne nous ont pas communiqué de dossiers d'enfants.

A l'inverse, cinq autres instituteurs avaient rempli des dossiers que nous avons récupérés, mais par manque de disponibilité en fin d'année scolaire, ils n'ont pu être interviewés.

Le tableau ci-dessous résume ces diverses situations :

Ont rempli des dossiers d'enfants et nous les ont retournés	Ont pu être interviewés
---	-------------------------

OUI	OUI	185
OUI	NON	5
NON	OUI	<u>11</u>
		201

2 - INDICATEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Parmi les instituteurs interviewés, on trouve une majorité de femmes, 76,6 % contre 24,4 % d'hommes. Ils se répartissent de la façon suivante, dans les diverses "unités écologiques" :

. Bordeaux) quartiers bourgeois	9,0 %
(quartiers classe moyenne, tendance	
) bourgeoise,	8,5 %
(quartiers classe moyenne, tendance	
) populaire,	4,2 %

(quartiers populaires	9,0 %
. Banlieues bordelaises	25,4 %
. Médoc) Péri-urbain	8,0 %
(Zone intermédiaire	10,0 %
) Bas Médoc	8,5 %
(Médoc landais	8,0 %
) Haut Médoc	9,5 %

Les instituteurs du secteur privé - entièrement constitué d'écoles catholiques - représentent 15 % de notre échantillon.

Age, ancienneté, classes enseignées

Les instituteurs interviewés se répartissent de façon équilibrée dans les diverses tranches d'âge. A la date de l'enquête :

10,6 %	avaient	30 ans ou moins
20,8 %	"	entre 31 et 35 ans
19,8 %	"	entre 36 et 40 ans
15 %	"	entre 41 et 45 ans
14 %	"	entre 46 et 50 ans
19,8 %	"	plus de 50 ans.

Les attributions de classes sont indépendantes de l'ancienneté des instituteurs ainsi que le vérifient les répartitions suivantes qui permettent, cependant, de contrôler que la charge de classes de niveaux est d'autant moins fréquente que les instituteurs ont plus d'ancienneté.

Dans ce tableau, en ligne, on trouve pour chaque tranche d'ancienneté le pourcentage d'instituteurs qui ont dans leur classe des élèves de différents niveaux. Dans la dernière ligne nous avons fait figurer le pourcentage d'instituteurs qui, pour chacune de ces tranches d'ancienneté, ont donc la charge de classes à niveaux multiples.

ATTRIBUTIONS DES CLASSES ET ANCIENNETE DES INSTITUTEURS

niveaux classes/ ancienneté	10 ans %	11/15 %	16/20 %	21/25 %	25 %	ensemble %
CP	17,8	34,1	17,8	25,7	13,6	24,7
CE1	28,6	31,7	7,1	25,7	22,7	24,2
CE2	35,7	21,9	10,7	22,9	22,7	23,6
CM1	21,4	24,4	39,3	14,3	22,7	25,3
CM2	17,9	11,5	39,3	25,7	29,5	26,4
Total	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
classes à niveaux multiples	32,1	26,8	17,8	14,3	11,3	20

(1) Le total est supérieur à 100 % du fait des classes à niveaux multiples.

Par ailleurs, on peut noter que les classes de niveaux sont plus fréquentes en milieu rural qu'en milieu urbain.

Etat civil

16,0 % des instituteurs sont célibataires

77,5 % sont mariés

6,5 % sont séparés, veufs ou divorcés.

Références sociales

Tous les instituteurs feraient, bien entendu, partie du même groupe social si on les envisageait de façon individuelle. Cependant, pour déterminer leur groupe social d'appartenance, on doit prendre en compte également la profession de leur conjoint. On met, alors, en évidence des différences notables entre les institutrices et leurs collègues masculins. Les premières, du fait du statut socio-professionnel de leur conjoint, font partie des catégories sociales

supérieures dans près de 26 % des cas alors que cette éventualité n'apparaît dans aucun des cas des instituteurs hommes de notre échantillon.

<u>Profession des conjoints des</u>	<u>institutrices</u>	<u>instituteurs</u>
Exploit. agric. artisans, petits commerçants	10,3 %	2,9 %
Industriels, ingénieurs, prof. libérales	25,9 %	0
Professeurs, instituteurs	26,7 %	50,0 %
Techniciens, Armée, Police	19,0 %	8,8 %
Cadres adminis- tratifs moyens	6,0 %	5,9 %
Employés, ouvriers, personnels de service	12,1 %	8,8 %
Non actifs	0	23,5 %

De plus, si on considère que le statut social des professeurs, des industriels et des membres des professions libérales est supérieur à celui de l'instituteur, on note que dans 34,5 % des cas les institutrices bénéficient, du fait de la profession de leur conjoint, d'une position supérieure à celle que leur confèrerait leur activité professionnelle personnelle. Par contre, cette éventualité ne concerne que 3 % de leurs collègues masculin.

Par ailleurs, les instituteurs interviewés ont accepté de préciser, à notre demande, les professions de leurs parents.

Dans le tableau suivant nous donnons, en pourcentage, la répartition des instituteurs et des institutrices selon les références sociales de leurs pères. Certes, des différences apparaissent : les institutrices sont, plus fréquemment que leurs collègues masculins, issues des milieux indépendants du commerce, artisanat et agriculture, tandis qu'inversement, les instituteurs proviennent plus fréquemment que leurs collègues femmes du milieu de l'enseignement. Cependant, en toute rigueur statistique, nous ne pouvons affirmer qu'il y ait une différence significative entre les instituteurs et les institutrices sur ce plan.

Les différences sociologiques qui apparaissent entre les instituteurs et les institutrices sont dues aux alliances contractées par ces dernières, alliances par lesquelles elles tendent, plus que leurs collègues, à s'élever dans la stratification sociale.

ORIGINE SOCIALE DES INSTITUTEURS

Professions des pères	des instituteurs %	des institutrices %	Ensemble %
Exploitants agricoles, Artisans, petits commerçants, etc...	17,1	31,2	27,9
Industriels, gros commerçants, ingénieurs, professions libérales	4,8	8,5	7,7
Professeurs, instituteurs	17,1	7,1	9,3
Techniciens, Armée, Police	17,1	14,9	15,3
Cadres administratifs moyens	12,2	10,6	10,9
Employés, ouvriers, personnels de service	31,7	26,9	28,4
Non actifs	0	0,7	0,5
Base	41	141	

Pour simplifier nos analyses, nous utiliserons, dans les traitements qui font intervenir les références sociales des instituteurs ou celles de leurs élèves, un regroupement en 4 couches sociales des différentes catégories socio-professionnelles. Nous empruntons le modèle de ce regroupement à Noëlle BISSERET (1), tout en adoptant un intitulé différent de celui qu'elle utilise pour identifier chacun des groupes sociaux ainsi dégagés. Cette modification d'intitulé ne remet pas en cause le fondement sociologique de la répartition que cet auteur propose et que nous adoptons dans la mesure où la conception d'une organisation sociale fondée sur des rapports de pouvoir et de domination nous semble pertinente dans l'analyse des phénomènes culturels et éducatifs.

Compte tenu des positions sociales combinées de leurs deux parents respectifs, les instituteurs de notre échantillon sont donc issus :

- de la couche sociale dominante	11,2 %
- de la couche sociale intermédiaire	42,5 %
- de la couche sociale dominée	43,1 %
3,2 % n'ont pas été donnés.	

Pour 43,1 % des instituteurs de notre échantillon la profession d'instituteur constitue donc une promotion dans la hiérarchie sociale.

3 - INDICATEURS PROFESSIONNELS

Formation professionnelle

Nous avons retenu, essentiellement, 4 types de cursus conduisant à la profession d'instituteur :

(1) Noëlle BISSERET, Les inégaux ou la sélection universitaire, Presses Universitaires de France, Paris, 1974.

- 1) ceux qui, après leur succès au concours de l'Ecole Normale, ont préparé et réussi leur Bac à l'Ecole Normale. Ils représentent 24 % de l'ensemble des instituteurs, mais 45 % des instituteurs qui ont plus de 25 ans d'ancienneté ;
- 2) ceux qui ont fait leur formation pédagogique à l'Ecole Normale après le Bac : 18 % de l'ensemble de l'échantillon ;
- 3) ceux qui ont fait leur apprentissage "sur le tas" en faisant des remplacements, voire en assurant la responsabilité d'une classe, dès leur obtention du Bac et complétant, par ailleurs, leur formation pédagogique en préparant le C.A.P. a Ceux-ci représentent 26,5 % de notre échantillon, mais ils sont particulièrement nombreux dans la tranche 15/25 ans d'ancienneté (42 %) et plus précisément dans la tranche 20/25 ans, dont 57 % ont suivi cette voie ;
- 4) ceux qui, après l'obtention du Bac, ont entamé un cycle d'études, le plus souvent des études supérieures, qu'ils n'ont pu, pour diverses raisons, mener à leur terme. Ces instituteurs représentent environ 20 % de l'ensemble, mais ce cursus est beaucoup plus fréquent chez les instituteurs qui ont moins de 10 ans d'ancienneté.
- 5) les autres instituteurs, c'est-à-dire 11,5 %, ont encore des destins divers, les uns dont venus à la profession d'instituteur après une période d'activité dans d'autres secteurs économiques, les autres ont accédé à la profession à partir de diplômes autres que le Bac : diplômes techniques, Brevet supérieur. Ce cas se retrouve avec une fréquence plus importante parmi les instituteurs les plus âgés.

Ancienneté

	15ans	16/25ans	26ans	ensemble
1) Concours E.N. en fin de 3ème	18,5%	14,5%	45,5%	24,0%
2) Bac puis E.N.	23,4%	14,5%	13,6%	18,0%
3) Bac et remplacem.	23,4%	41,9%	11,2%	26,5%
4) Etudes supérieures + remplacements	30,4%	19,3%	9,2%	20,0%
5) Autres	$\frac{4,3\%}{100\%}$	$\frac{9,8\%}{100\%}$	$\frac{20,5\%}{100\%}$	$\frac{11,5\%}{100\%}$

On peut remarquer que les instituteurs formés par l'Ecole Normale ne représentent pas la majorité des enseignants du primaire (42 % de l'ensemble, 49 % des instituteurs des écoles publiques). Contrairement à certaines de nos hypothèses, il s'est avéré que cette distinction entre les instituteurs formés par l'Ecole Normale et ceux qui ont fait leur formation professionnelle par ailleurs, ne constitue pas une variable qui permet de différencier les instituteurs au plan de la représentation qu'ils ont des difficultés scolaires, de leurs causes ou de leur prise en charge. Elle ne les distingue pas non plus au niveau des idéologies professionnelles que leur discours permet de codifier. On verra dans le fil de cet exposé que les normes professionnelles des instituteurs varient, bien entendu, d'un groupe d'instituteurs à l'autre, mais les clivages ne sont pas superposables à des distinctions aussi claires que celle à laquelle nous faisons référence ici, par exemple : formé ou non par l'Ecole Normale. Les normes professionnelles s'imposent donc aux instituteurs par d'autres canaux que la formation initiale.

Participation à la vie

Dans la mesure où la syndicalisation des enseignants, notamment des instituteurs, est notoirement la règle, nous avons pu interroger les instituteurs sur leur adhésion aux organismes professionnels.

Notre statistique confirme ce phénomène puisque 70 % des enseignants de notre échantillon sont syndiqués, majoritairement au SNI-PEGC (Syndicat National des Instituteurs et Professeurs d'Enseignement Général des Collèges) syndicat intégré dans la FEN (Fédération de l'Education Nationale), tandis que leurs collègues du privé adhèrent, majoritairement, au SPELC (Syndicat des Personnels de l'Enseignement Libre Catholique). Mais, dans l'un comme dans l'autre cas, il s'agit de simple adhésion syndicale : 6,7 % des instituteurs syndiqués disent participer parfois à des réunions syndicales et deux seulement, estiment avoir une activité militante.

- Près de 60 % des instituteurs et 28 % des institutrices participent, en y assumant ou non des responsabilités d'animation, aux associations locales à vocation artistique, sportive, culturelle ou autre.
- Près de 10 % des instituteurs et 6 % des institutrices interviewés assument des responsabilités au niveau de la municipalité de leur commune d'exercice ou de leur commune de résidence.

4 - REPRESENTATION ET ATTITUDES DES INSTITUTEURS INTERVIEWES

La représentation que les instituteurs se font de la structure d'offre de prise en charge médicale et spécialisée.

L'analyse des interviews des instituteurs nous a permis de préciser la représentation que les instituteurs se font de ce système, de ces instances de prise en charge médicale ou spécialisée des difficultés scolaires.

Bien entendu, tous les instituteurs savent l'existence des psychologues scolaires, des orthophonistes, des structures comme le G.A.P.P. Mais, la précision de cette connaissance ainsi que la différenciation des rôles, des statuts et des fonctions de ces différents acteurs, varient des uns aux autres. Ainsi, tel instituteur définit très précisément, et de façon très différenciée, ses attentes par rapport à l'intervention de chaque spécialiste, tandis qu'un autre affirme sa volonté de ne pas faire de distinction entre les divers intervenants qui s'occupent de l'enfant dans le cadre d'un C.M.P.P., et tout en sachant qu'il n'en est pourtant pas ainsi, les appelle tous : psychologues.

Distinguant les instituteurs selon la précision de leurs connaissances de ces divers praticiens, telle qu'on peut l'apprécier à travers leur déclaration, il apparaît que, pour un quart, parmi eux, cette identification des spécialistes et des structures dans lesquelles ils interviennent, est faible pour ne pas dire confuse ; il ne nous semble pas exagéré, par ailleurs, d'affirmer que cette imprécision dans le discours traduit une méconnaissance relative des caractéristiques, des fonctions de ces spécialistes et, partant de l'indication du recours à leurs services.

"Dès qu'il y a dyslexie... quelque chose comme ça... on les envoie au Boulevard Wilson... ou alors au Grand Caillou... Boulevard Wilson, c'est un centre médico-pédagogique et au Grand Caillou, c'est la même chose, je crois... C'est dans le cadre de l'Education Nationale..." (Femme, 48 ans, CM2, banlieue Bordeaux).

"Il faut bien le dire, notre formation à nous... notre information dans le domaine psychologique est nettement insuffisante, alors il y a des choses... Je vous assure... Pour nous c'est très difficile... Qu'est-ce que c'est un C.S.M.I. ?, un C.M.P.P... un... La différence entre un I.M.P. et un I.M.E.... Qu'est-ce qu'un C.A.T. ? Voilà, ça nous pose des problèmes" (homme, 34 ans, CM1, CM2, Haut Médoc).

D'autres, par contre, sont parfaitement informés au sujet des différents spécialistes concernés par la prise en charge des problèmes scolaires et des problèmes de personnalité de l'enfant ; ils connaissent les structures, les modalités de recours, les champs de compétence des divers spécialistes. 21 % des instituteurs peuvent, ainsi, être considérés comme ayant une bonne connaissance des différents recours possibles pour faire face aux difficultés rencontrées.

Les autres instituteurs, c'est-à-dire environ la moitié de notre échantillon, identifient relativement bien telle ou telle structure, tel ou tel spécialiste, mais n'ont qu'une idée assez vague de leurs modes d'intervention et partant des cas dans lesquels telle compétence doit être requise plutôt que telle autre. On note que la précision de cette connaissance des structures de prise en charge des difficultés scolaires varie parallèlement à l'importance de ces difficultés scolaires dans les écoles. Ainsi, dans les écoles où le taux de retards scolaires est inférieur à 25 % des effectifs, 32 % des instituteurs ont une connaissance relativement précaire des structures de prise en charge des difficultés scolaires, tandis que dans les écoles où le taux de retards scolaires dépasse 35 %, il ne sont plus que 17 % dans ce cas là. La méconnaissance de ces structures de prise en charge diminue donc au fur et à mesure que les difficultés scolaires - traduites par les retards scolaires - sont plus fréquentes. Ainsi, la représentation des rôles et des compétences du psychologue scolaire et de l'orthophoniste - pour s'en tenir aux deux spécialistes les mieux connus des instituteurs - peut donner lieu à des variations assez importantes.

Le psychologue scolaire

Dans la description du psychologue scolaire, l'accent est mis par une minorité d'instituteurs sur son rôle thérapeutique supposé, tandis que la plupart le situent en tant que "testeur". De son intervention auprès de l'enfant, ils attendent parfois une meilleure compréhension de leur élève, mais, plus fréquemment, ils

espèrent qu'il proposera une orientation de l'élève vers une autre filière ou vers une structure spécialisée de prise en charge, à moins qu'ils n'attendent que le psychologue scolaire leur donne des arguments supplémentaires pour conforter leur suggestion aux parents de faire voir l'enfant par tel ou tel spécialiste.

Contesté, sans doute, par certains instituteurs qui, outre son indisponibilité fréquente, lui reprochent de se limiter, faute de structures de prise en charge, à traduire dans un discours savant des observations qu'ils ont eux-mêmes faites, le psychologue scolaire reste néanmoins, pour la majorité des instituteurs, la clé de toute démarche allant dans le sens d'une prise en charge médicale ou spécialisée de l'enfant en difficulté scolaire. Il arrive, d'ailleurs, que son intervention soit demandée et attendue par des instituteurs qui enseignent dans des écoles qui ne sont pas de son ressort.

L'orthophoniste

L'orthophoniste est, lui aussi, l'objet de représentations assez différentes et pas toujours complémentaires.

Il n'est pas rare qu'il soit question dans le discours des instituteurs de "cours d'orthophonie", l'orthophoniste étant alors assimilé à un auxiliaire pédagogique, un répétiteur qui reçoit l'enfant pour une série de leçons complémentaires pendant lesquelles il peut procéder à un rattrapage ou à un complément pédagogique.

"(De l'orthophoniste)... j'attends qu'elle insiste davantage que moi sur certaines choses, sur lesquelles je ne peux pas insister parce que lorsque vous avez trente enfants on n'a pas le temps de s'attacher comme on voudrait à un enfant..." (Femme, 43 ans, banlieue Bordeaux).

L'orthophoniste est parfois présenté, lui aussi, bien que plus rarement, comme un spécialiste de la relation, un intervenant psychologique, voire une sorte de psychothérapeute que prend l'enfant en charge sur le plan affectif et lui permet éventuellement de résoudre ses problèmes et de dépasser ses "blocages".

"... J'ai travaillé avec une orthophoniste qui venait chercher les gosses deux fois par semaine. Il y avait quand même un progrès léger... c'est-à-dire, ce qui était important pour les gosses c'est d'avoir une relation particulière avec une personne qui leur apportait une affection... d'arriver à éliminer les déséquilibres des gosses". (Homme, 25 ans, Bordeaux, quartier populaire).

Ces représentations très caractéristiques sont, pour la moitié d'entre elles, le fait d'instituteurs exerçant dans des écoles où les difficultés scolaires sont particulièrement fréquentes. Elles ne sont, cependant, pas dominantes (20 % des cas). Pour la plupart des instituteurs, l'orthophoniste a pour objet essentiel de sa pratique, de traiter la dyslexie, la dysorthographe, les confusions de sons, les problèmes de prononciation et de langage. L'orthophoniste, c'est donc, avant tout, le technicien de la parole et du langage auquel ils assignent un champ de compétence qui se trouve situé entre l'auxiliaire pédagogique d'un côté et le soutien psychologique de l'autre. Les limites de ce champ de compétence paraissent d'ailleurs relativement plus claires que le contenu de cette compétence elle-même : quels sont les principes d'intervention de l'orthophoniste ? Quels sont les fondements de la rééducation qu'il pratique ? Les instituteurs sont, en fait, peu prolixes à ce sujet et les méconnaissent assez largement.

Cette absence d'identification précise n'empêche pas, cependant, l'instituteur de valoriser l'orthophoniste et de préconiser le recours à ses services ; en fait, l'orthophoniste présente pour l'instituteur certains

atouts qui font de lui un intervenant souhaité dans tous les niveaux de classes et devant des difficultés scolaires qui présentent des caractères variables.

Devant la difficulté scolaire de l'élève qui est aussi, d'une certaine façon, la difficulté de l'instituteur et la difficulté des parents, difficulté qu'il est rarement possible d'analyser et de verbaliser sereinement, l'orthophoniste est bien souvent un intermédiaire, un recours possible. Il est assez facilement accepté par les parents, du fait notamment de sa pratique libérale, ce qui veut dire, d'une part, que ses actes sont remboursés comme une prestation médicale, et, d'autre part, qu'il s'agit d'un colloque singulier entre les parents et lui ; c'est-à-dire que le recours à ses services n'implique pas l'intervention d'autres acteurs, d'autres experts, d'autres interrogatoires, d'autres rapports comme cela arrive dans le fonctionnement du G.A.P.P., du C.M.P.P., du C.S.M.I.

Le psychiatre

De tous les acteurs et institutions susceptibles d'intervenir auprès des enfants en difficulté scolaire, le psychiatre est, sans doute, celui dont l'évocation, rarement spontanée, s'accompagne des représentations les plus "chargées" de contenu symbolique.

Cette institutrice interrogée sur ses souhaits d'aide de la part des spécialistes pour résoudre les difficultés scolaires qu'elle rencontre, répond :

"Alors, bon, je pense à un instituteur ou à quelqu'un qui soit un peu... disons... non, un instituteur de plus par école. Ça ferait très bien l'affaire... l'orthophoniste aussi... Je trouve que les enfants d'ici qui vont prendre des cours d'orthophonie... non... Je pense que ça peut redresser certaines situations... et puis c'est tout".

L'enquêteur doit reprendre son interrogatoire à propos des psychologues scolaires et des psychiatres.

"... Le psychologue scolaire : NON..., le psychiatre : ENCORE MOINS... Je trouve que ces gens là démolissent beaucoup trop, ils démolissent, ils ne construisent pas, non, c'est pas la peine d'affoler les gens..." (Femme, 40 ans, Médoc landais).

Cette réaction d'institutrice est un exemple extrême, sans doute, de réaction presque émotionnelle, à l'idée de l'intervention de ce spécialiste dans le champ scolaire. Il s'agit ici d'une réaction de rejet qu'il serait cependant abusif de généraliser à l'ensemble du corps enseignant.

En effet, dans les dossiers d'enfants qu'il ont remplis l'intervention du psychiatre est souhaitée dans 71 cas, c'est-à-dire pour 9,6 % des enfants décrits, ce qui n'est pas négligeable, même si les maîtres n'ont réellement conseillé aux parents de consulter le psychiatre pour leurs enfants que dans 2 % des cas. Le psychiatre, notamment celui qui exerce en clientèle libérale, est en fait peu intégré par l'instituteur au champ de sa pratique professionnelle. Le psychiatre : c'est la maladie mentale, la folie, et l'instituteur, comme la plupart des gens, est intellectuellement désarmé pour évaluer, pour comprendre, pour s'adapter à la maladie mentale. Le recours au psychiatre c'est donc pour lui "**le problème des parents et de la psychologue scolaire**", le conseil du recours au psychiatre c'est aussi le problème du médecin de famille. C'est généralement le dernier recours, le spécialiste dont on parle après l'échec des autres intervenants possibles. Le psychiatre est perçu par l'instituteur comme extérieur au domaine de la pédagogie, extérieur au monde scolaire. Cette représentation correspond d'ailleurs assez bien à la conception qu'ont la plupart des psychiatres de leur position par rapport aux problèmes de la scolarité ainsi qu'on le verra ci-après dans le chapitre que nous leur avons consacré (1).

(1) Cf. infra, 2ème partie, chapitre IV.

La défiance, plus d'ailleurs que la méfiance, paraît être une des attitudes les plus fréquentes à l'égard du psychiatre, de la part de l'instituteur mais aussi de la part des parents. Et même si l'instituteur est suffisamment avisé du rôle possible de ce spécialiste dans un cas particulier, il lui resterait à prendre le risque des répercussions qui ne manqueraient pas de survenir dans sa relation avec les parents, s'il venait à leur conseiller de consulter le psychiatre pour leur enfant, conseil qui risquerait fort d'être entendu directement ou indirectement comme un jugement selon lequel leur enfant est malade, leur enfant est fou.

Parmi les instituteurs que nous avons interviewés, très peu ont évoqué, spontanément, le rôle du psychiatre dans la prise en charge de l'échec scolaire. Encore moins nombreux sont ceux qui l'ont évoqué sereinement : certains d'entre eux, cependant, ont décrit positivement l'intervention de ces spécialistes auprès d'enfants, mais une telle position semble supposer plusieurs conditions ; notamment que l'instituteur conçoive que sa propre démarche et celle des psychiatres se développent dans des perspectives différentes qui ne trouvent leur unité que dans l'imperceptible problématique profonde de l'enfant. Un instituteur nous rapporte un cas de la façon suivante :

"C'est un gamin qui a eu une psychothérapie pendant 4 ans... ça lui a apporté quelque chose, on en attend quelque chose, peut-être pas sur le plan pédagogique, mais sur l'enfant lui-même, s'il arrive à s'épanouir, à se construire, ensuite en classe les résultats seront meilleurs..."

Ces représentations concernent le psychiatre exerçant en clientèle libérale ; la représentation du psychiatre qui travaille au sein d'organismes comme les C.S.M.I. ou les C.M.P.P. est beaucoup moins nette, son image est en quelque sorte masquée, diluée dans l'ensemble de l'équipe de spécialistes qui interviennent avec lui, qui interviennent de façon souvent plus manifeste que lui. Dans ce cas, si l'instituteur exprime une attente ou s'il exprime des préventions par rapport à l'inter-

vention médico-psychologique ces attentes comme ces préventions sont confondues avec celles qui s'adressent à l'intervention d'une institution dans son ensemble, institution qui est extérieure au champ scolaire, non seulement sur le plan matériel et statutaire, mais aussi du fait de ses modes d'intervention, de ses pratiques, de ses références scientifiques. Dans la représentation des instituteurs le psychiatre qui est intégré à une telle équipe perd son image personnelle. Dans aucun cas nous n'avons perçu le rejet ou l'acceptation de l'intervention d'une équipe médico-psychologique du fait de la présence en son sein d'un psychiatre.

5 - IDEOLOGIES PROFESSIONNELLES ET INTERPRETATION DES DIFFICULTES SCOLAIRES

Les idéologies professionnelles des instituteurs

Nous avons caractérisé les instituteurs à partir des discours tenus par eux en réponse à nos questions concernant les objectifs de la pédagogie, les finalités qu'ils assignent à l'enseignement, à partir également de leur façon d'expliquer les difficultés et les échecs scolaires à partir de leur position par rapport à la théorie des dons..., etc.

Ces divers éléments sont constitutifs de ce que nous avons appelé les **"idéologies professionnelles"** des instituteurs. "Nous utiliserons ici le terme **"idéologie"** dans le sens sociologique d'un mode particulier de connaissance et de représentation qu'un groupement humain quelconque peut avoir des objectifs qu'il poursuit et des moyens qu'il doit utiliser pour les atteindre. L'idéologie est, sans conteste, une connaissance partielle et partielle de la réalité mais nous n'estimons pas qu'elle doive être appréciée en fonction des critères universels et scientifiques de la vérité. Son rôle n'est pas d'être vraie ou fausse absolument mais d'être efficace dans l'affirmation de la personnalité et de la cohésion d'une collectivité. De plus, dans cette perspective, l'idéologie n'est pas le domaine réservé des représentations de classe sociale : un groupement professionnel peut avoir sa propre idéologie sans que celle-ci recouvre exactement celle de la classe sociale dont il servirait plus particulièrement les intérêts" (1).

(1) J.C. GUYOT .- Essai sur la définition et le contenu de la sociologie médicale .- Thèse de doctorat d'Etat .- Paris V : Université R. Descartes, 1979 .- note p. 8.

Ida BERGER, dans son ouvrage "Les instituteurs d'une génération à l'autre" (1) avait également proposé une typologie des instituteurs sur le plan de leurs idéologies professionnelles. Elle distinguait 3 tendances : la tendance progressiste, la tendance libérale, la tendance conservatrice.

La classification d'Ida BERGER repose sur une analyse des conceptions que les enseignants ont du rôle et des fonctions de l'école vis à vis des enfants et de la mission que leur confie la société. C'est le sens et l'orientation de l'activité pédagogique qui sert de base de différenciation entre trois catégories d'enseignants regroupés sous les concepts d'intégrateurs, de libéraux et de progressistes. Nous nous sommes inspirés de cette typologie, mais en la transposant et en la limitant tout à la fois au plan plus général d'une analyse des rapports entre les enseignants et la société, entre le social et le pédagogique. Dans cette perspective, nous n'avons retenu que l'existence de 3 grands sous-groupes plus ou moins homogènes : les réactionnels, les traditionalistes et les modernistes.

On peut identifier un contingent, relativement peu nombreux mais très typé (4 %), d'instituteurs dont nous avons qualifié l'idéologie professionnelle de "**réactionnelle**" dans la mesure où leur discours manifeste avec une certaine force, voire même la virulence, un refus de l'évolution actuelle de la société, de l'école, une condamnation du laxisme pédagogique de leurs collègues et du "**laisser-aller**" éducatif des parents. Ils sont, pour leur part, attachés aux valeurs, dites traditionnelles, de l'enseignement, soucieux du bon ordre dans leur classe, de l'acquisition par leurs élèves des savoirs de base, mais aussi, des valeurs morales qui leur paraissent fondamentales.

(1) Ida BERGER .- Les instituteurs d'une génération à l'autre .- Paris : PUF, 1979.

Dans les analyses statistiques ces instituteurs seront confondus avec leurs collègues dont nous avons caractérisé l'idéologie professionnelle comme étant **"traditionaliste"**. Ceux-ci représentent 50 % des instituteurs de notre échantillon que nous avons pu classer sur cette dimension ; ceux-ci ont souvent les mêmes positions que les précédents sur l'ensemble des points cités, mais manifestent une attitude moins réfractaire et certains d'entre eux témoignent même d'une sensibilité réformiste. S'ils regrettent parfois les évolutions qu'ils constatent dans la société, c'est surtout en raison des conséquences négatives que ces nouveautés présentent au niveau de leur pédagogie :

"... Je pense que les enfants ont une faculté... maintiennent de moins en moins leur attention, je le constate dans ma classe;.. je pense que c'est le mode de vie qu'il faut incriminer, c'est-à-dire les week-ends à rouler à toute allure... Qu'as-tu vu ? Rien... j'ai roulé ; les stations prolongées devant la télévision... c'est-à-dire, je pense, que dans certains cas, le dialogue à la maison parents-enfants n'existe pratiquement plus. Je dis bien, dans certains cas et très souvent, j'ai constaté que ces enfants-là avaient des difficultés d'ordre scolaire...". (Femme, 41 ans, Bordeaux, quartier classe moyenne).

Dans le discours de ces instituteurs à propos des finalités de l'enseignement, l'accent reste posé sur les acquisitions de bases tandis que, pour leurs collègues dont nous avons qualifié l'idéologie professionnelle de **"moderniste"**, c'est la notion d'épanouissement de l'enfant qui est mise en avant. Ces modernistes, parmi lesquels une analyse plus détaillée permettrait de distinguer des progressistes et des opportunistes, représentant 45,5 % de l'échantillon. Ils observent, eux aussi, les évolutions qui se produisent dans la société, mais relativisent les conséquences négatives que ces évolutions peuvent avoir sur le plan scolaire. Ils s'efforcent d'intégrer, en regrettant parfois leur manque de moyens, ces aspects nouveaux dans leur pratique pédagogique.

"... ce qu'on faisait il y a quelques années, on ne peut plus le faire maintenant, je pense que c'est dû au fait qu'on fait des choses différentes... ils savent des choses différentes que nous ne savions pas, enfants. On leur apprend aussi des choses différentes parce que certainement ils n'auront pas les mêmes besoins. On s'adapte. Il y a des tas de choses qu'on abordait pas quand on était enfant, c'était du "pur scolaire" et maintenant on aborde davantage la vie avec l'éveil et moins de connaissances. C'est pas plus mal... ça dépend si on veut avoir des hommes qui sachent des choses ou des hommes qui sachent vivre" (Femme, 35 ans, Médoc, zone intermédiaire).

Entre l'idéologie qu'on a qualifiée de "**traditionaliste**" et celle qui pourrait être identifiée comme "**moderniste**" bien des intermédiaires existent et de nombreuses nuances seraient à dégager. Cependant, nous nous contentons, dans les analyses à visée quantitative, d'une distinction en deux grands groupes, relativement claire à établir, les modernistes d'un côté, les traditionalistes de l'autre.

Ces deux catégories ne se distinguent pas sur le plan de leur formation professionnelle ; ils sont proportionnellement aussi nombreux dans les deux groupes à avoir été formés par l'Ecole Normale ; les uns et les autres se retrouvent autant dans l'enseignement privé que dans l'enseignement public. La seule variable explicative qui les distingue réellement est l'ancienneté professionnelle : trois quarts des instituteurs qui ont plus de 20 ans d'ancienneté se trouvent classés parmi ceux dont nous avons caractérisé l'idéologie professionnelle de traditionaliste ; 48 % sont dans ce cas parmi ceux qui ont moins de 15 ans d'ancienneté. On ne sera pas surpris de constater que ces deux sous-groupes se distinguent notamment par leur mode d'explication des difficultés scolaires de leurs élèves.

La question que nous avons posée était la suivante :

- "**Par quoi expliquez-vous les difficultés scolaires de cet enfant ?**"

Les réponses données à cette question laissée sous forme ouverte ont été nombreuses, 90 % des instituteurs y ont répondu donnant au moins un élément d'explication des difficultés scolaires pour plus de 85 % des élèves.

Ces réponses ont été analysées au moyen d'un ensemble de catégories dont les thèmes centraux ont été empruntés aux grands courants scientifiques qui, dans la littérature, abordent le problème de l'interprétation de l'échec scolaire.

On constatera que les explications des difficultés des enfants données par les instituteurs se réfèrent principalement aux approches de type psychologique, mettant en avant avec la plus grande fréquence les caractéristiques de la personnalité de l'enfant, ses attitudes notamment vis-à-vis du travail (26,4 % des explications) ou invoquant des perturbations dans le milieu familial (19,9 % des explications).

Mode d'interprétation des difficultés scolaires

1. Interprétations physiologiques	5,8 % des interprétations
2. Interprétations naturalistes (dons, aptitudes)	12,8 %
3. Interprétations psychologiques :	
. psychologie de l'élève	26,4 %
. vie familiale	19,9 %
. vie scolaire	0,8 %
4. Interprétations psychosociologiques	6,9 %
5. Interprétations mettant en cause le système scolaire	15,7 %
6. Interprétations sociologiques	11,5 %

Base 938 interprétations

Il convient de souligner le faible pourcentage des enseignants qui mettent en cause le système éducatif dans l'analyse des difficultés scolaires des enfants (15,7 %) (encore s'agit-il dans la plupart des cas d'une explication des difficultés scolaires de l'enfant par l'inadaptation de l'enfant au système scolaire et non l'inverse). Ces résultats confirmeraient la permanence de ce que Edwy PLENEL nomme la **"soumission des maîtres"** (1), soumission à l'Etat Educateur par l'intériorisation des normes et des valeurs d'un univers professionnel **"clôturé"**, univers également séparé du social comme en témoigne la faiblesse des réponses de nature sociologique à la question de l'interprétation de l'échec scolaire. Bien que traditionnellement rangée à gauche de l'échiquier politique, la majorité des enseignants reste imperméable à une perception sociologique des rapports que la société et l'Etat entretiennent avec le système pédagogique. Seulement 13 % d'entre eux livrent une interprétation sociologique de l'échec scolaire. On le voit, les analyses de BOURDIEU, de PASSERON ou de BOUDON n'ont pas fait recette dans ce milieu de la scolarité primaire. Ida BERGER avait elle-même noté avec amertume cette **"insuffisance d'une dimension sociologique dans les témoignages"** (2).

A partir de ces interprétations des difficultés scolaires données par les instituteurs pour le ou les élèves décrits par eux dans les dossiers, nous les avons classés en raison de leur "propension" à utiliser tel ou tel type d'explication des difficultés scolaires de leurs élèves.

Comme le montre le tableau suivant, certains instituteurs invoquent systématiquement tel type d'explication que d'autre se refusent à utiliser, tandis que leurs collègues l'utilisent dans certains cas et pas dans d'autres.

(1) Edwy PLENEL .- L'Etat et l'école en France, la République inachevée .- Paris : Payot, 1985 .- chap. 5, p. 141-164.

(2) Ida BERGER, op. cit., p. 179.

Les types d'interprétation des difficultés scolaires

Propension (1) à interpréter les difficultés scolaires en termes :

	physiologiques ou naturalistes	de psychologie de l'enfant ou de son son milieu familial
systématiquement	5,1 %	8,0 %
souvent	14,1 %	21,0 %
une fois sur deux	17,0 %	17,9 %
rarement	34,4 %	26,0 %
jamais	29,4 %	27,1 %
	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>

46 % des instituteurs que nous avons classés dans le groupe correspondant à une idéologie professionnelle traditionaliste interprètent, dans au moins un cas sur deux, les difficultés de leurs élèves en des termes naturalistes ; c'est-à-dire qu'ils les expliquent par un manque de moyens intellectuels, un manque de don ou d'aptitude.

Tandis que moins de 15 % des instituteurs dont nous avons qualifié l'idéologie professionnelle de moderniste font un usage aussi intensif de ce type d'explication.

Mais, les instituteurs pouvaient proposer dans les dossiers des divers élèves décrits par eux, des inter-

(1) Pour mettre au point cette variable on a recensé, dans chaque dossier d'enfants rempli par chaque instituteur, les types d'interprétation qu'il proposait pour expliquer les difficultés scolaires de cet enfant.

Si un même mode d'explication était utilisé par un instituteur pour expliquer les difficultés scolaires de tous les élèves décrits par lui, il était classé comme ayant tendance à utiliser systématiquement ce mode d'explication, etc... (cf. présentation de ce modèle. Infra p. 89 et 90.

prétations en référence à des théories différentes, voire contradictoires... plus même, un instituteur pouvait proposer, pour rendre compte des difficultés scolaires d'un de ses élèves, diverses explications apparemment, ou plutôt, théoriquement contradictoires mais pour lui complémentaires.

Nous avons constaté, effectivement, que les principaux modes d'explication des difficultés scolaires utilisés par les instituteurs ne semblent pas, pour eux, antagoniques. Même si les instituteurs qui utilisent rarement le mode d'interprétation naturaliste des difficultés scolaires tendent un peu plus fréquemment (mais de façon non rigoureusement différente au niveau statistique) que leurs collègues à formuler des interprétations en termes psycho-affectifs - de psychologie de l'enfant ou de son milieu familial - malgré cela, il apparaît que ces deux grands modes d'explication des difficultés scolaires des élèves ne sont pas exclusifs.

On peut donc estimer que ce mode d'interprétation des difficultés et des échecs scolaires des élèves en termes psycho-affectifs est assez largement répandu chez les instituteurs qu'ils ressortissent d'une idéologie professionnelle traditionaliste ou moderniste.

Par contre, l'interprétation des difficultés scolaires en termes naturalistes est beaucoup plus spécifique aux instituteurs relevant de l'idéologie professionnelle traditionaliste.

Idéologie professionnelle et attitudes éducatives

La notion d'idéologie renvoie à un système de représentation globale de la société, à une interprétation de l'organisation sociale et de la vie sociale. Nous avons tenté de ranger les instituteurs dans les 3 grands types idéologiques que nous avons retenus à partir de leurs déclarations à propos des finalités de leur pratique professionnelle. Des finalités qu'ils assignent au système éducatif dont ils sont des acteurs à partir des évaluations qu'ils formulent à l'égard de la société dans laquelle ils sont inscrits.

Au-delà des orientations idéologiques et en liaison, certes, non univoque, avec elles, les enseignants adoptent dans leur pratique professionnelle des attitudes que nous avons tenté également de définir en décodant le discours qu'ils tiennent. Certains d'entre eux, que nous avons, par ailleurs, identifiés comme des modernistes ou comme des traditionalistes ou des réactionnels, adoptent des attitudes que nous avons qualifiées de **"prométhéennes"**. Ce sont ceux qui, non seulement, expriment un projet global de société auquel ils aspirent mais, qui, de plus, inscrivent leur activité pédagogique dans la perspective de la réalisation de ce modèle sociétal. Un exemple type de ce type d'attitude nous est fourni par cette institutrice d'une école de la zone intermédiaire du Médoc :

"Mon but serait... c'est vraiment ce qui compte pour moi... arriver à pallier aux difficultés... aux différences sociales, ça pourrait être un objectif... le plus important... arriver à faire l'insertion dans la vie active... évitant pour l'enfant... bon, certaines familles sont déjà un échec... ne retrouvent pas leurs enfants en échec... je trouve qu'on devrait... c'est très important pour la société... c'est notre problème actuel...". (Femme, 31 ans, C.P., Médoc intermédiaire).

Nous devons constater que les instituteurs qui expriment une finalisation de leur activité professionnelle dans l'optique d'un modèle social précis sont relativement peu nombreux : 11 % des instituteurs, 18 % de ceux pour lesquels nous avons pu caractériser le projet de société explicite ou implicite.

Pour 23 % des instituteurs, (37 % de ceux que nous avons pu classer), l'activité pédagogique a pour but le développement et l'épanouissement de la personnalité des élèves considérés comme des individus. Leur objectif est moins la production de la société que la production de l'homme. Il faut agir pour que l'élève qu'ils ont en face d'eux soit **"bien dans sa peau"** ; le projet de l'école, le projet de leur activité pédagogique est que l'élève acquière certains éléments culturels qui

conditionnent en partie le bonheur de l'homme qu'il sera plus tard. Ce projet "**convivial**" est bien illustré par cette institutrice :

"Je pense que ça devrait déboucher sur un savoir vivre, sur des savoirs, savoir écouter, savoir parler, savoir écouter surtout, peut-être savoir communiquer avec les autres, et puis un savoir être, un savoir être heureux de préférence..." (Femme, 36 ans, Bordeaux, quartier classe moyenne, tendance bourgeoise).

Pour les autres instituteurs, les plus nombreux, 28,5 % de l'ensemble (45 % de ceux que nous avons pu classer sur cette dimension) (1), l'accent est mis simplement sur les acquisitions scolaires et intellectuelles et éventuellement, au-delà, sur la possibilité d'insertion socio-professionnelle. Pour ces instituteurs, la finalité de l'action pédagogique est donc, avant tout, "**technico-fonctionnelle**".

"Les finalités du système scolaire ? Je ne sais pas... acquérir les apprentissages fondamentaux, savoir s'adapter, donc être relativement autonome, avoir acquis une certains auto-discipline, savoir se comporter dans une société... les apprentissages instrumentaux, arriver à raisonner logiquement... en français : être capable d'écrire, de s'exprimer oralement et par écrit sans trop de fautes" (Homme, 40 ans, banlieue bordelaise).

On pourrait synthétiser notre observation en disant que, pour certains instituteurs, leur pratique pédagogique s'inscrit dans une perspective de construction du social quelle qu'en soit par ailleurs la structure : stratifiée ou égalitaire. Pour d'autres, au-delà de l'élève, c'est l'homme en tant qu'individu qui est au centre de leur préoccupation, son adaptation individuelle à la société, son épanouissement personnel. D'autres, plus nombreux, insistent dans leur discours sur les acquisitions culturelles, c'est la "**carrière**" scolaire future de l'élève qui est soulignée.

(1) 38 % des instituteurs n'ont pu être classés de façon claire selon cette dimension.

CHAPITRE III

LES ENFANTS EN ECHEC SCOLAIRE POUR LESQUELS L'INSTITUTEUR A REMPLI UN DOSSIER : "DE QUI EST-IL QUESTION ?"

1 - FOCALISATION METHODOLOGIQUE

Ainsi que nous le rappelions précédemment (chapitre I), le choix de nos objectifs a d'abord été un choix représentatif d'écoles qui a impliqué la constitution d'un échantillon d'instituteurs, auxquels il fut demandé de remplir un questionnaire constituant le dossier d'identification de l'enfant en difficulté ou en échec scolaire (cf. p. 34).

La sélection finale des 741 dossiers ainsi recueillis relève donc, en définitive, de l'initiative des instituteurs qui ont choisi comme nous le leur propositions :

- . leurs critères de définition des difficultés ou de l'échec scolaire,
- . ceux de leurs élèves qui ont fait l'objet de leur description,
- . ainsi que le nombre de dossiers remplis.

Pour cette raison, il n'est pas possible, en toute rigueur, de considérer que cet ensemble d'enfants constitue un **"échantillon représentatif"** (au sens statistique du terme) des enfants en difficulté scolaire sur le territoire de notre enquête. Les instituteurs ont, en effet, fait des choix différents les uns des autres, certains ont tenu à décrire les cas les plus graves de leur classe, d'autres ont choisi de décrire des exemples-types d'enfants en difficulté scolaire ou en échec scolaire, certains ont rempli un seul dossier, d'autres ont rempli jusqu'à 8 dossiers.

La portée des observations que nous serons amenés à faire sur la base de ces descriptions d'élèves doit donc être évaluée en fonction de ce processus de constitution de l'échantillon. Les constats numériques faits à leurs propos ne prétendent pas à une vérité statistiquement significative de la réalité des difficultés scolaires des enfants, mais, visent à poser des questions, ouvrir peut-être des pistes d'analyse, apporter certains éclairages. L'échantillon d'instituteurs est, quand à lui, représentatif des enseignants ainsi que nous l'avons précisé auparavant.

Les retards scolaires dans l'intersecteur "A"

Avant d'étudier l'échantillon d'enfants qui ont été décrits par les instituteurs dans les dossiers qu'ils nous ont communiqués, il est utile de présenter les statistiques des retards scolaires dans l'ensemble des écoles du secteur.

Ces statistiques ont été constituées à partir des données fournies par l'Inspection Académique de la Gironde ; celles-ci donnaient le nombre d'élèves par année de naissance et par niveau de classe dans chacune des écoles de l'intersecteur. Nous en avons déduit pour chaque école un indicateur de retard scolaire que nous avons porté sur les cartes des pages suivantes.

Nous n'ignorons pas que la notion de **"retard scolaire"** ne regroupe pas exactement celle **"d'échec scolaire"**. Cette notion, élaborée en vue d'une définition normative des âges chronologiques de passage aux différents niveaux de scolarisation, revêt un caractère essentiellement administratif : par ailleurs, même intégrée à une analyse psychologique ou sociologique, sa valeur heuristique mérite d'être soigneusement précisée. Un retard scolaire ainsi défini n'a pas nécessairement le sens d'un échec. Et si nous devons nous en tenir à cette notion de **"retard-échec"**, les explications données devraient faire intervenir un certain nombre de variables qui ne s'inscrivent pas, a priori, dans la problématique de notre recherche. Bien des raisons peuvent être évoquées pour expliquer un retard scolaire

ainsi conçu qui n'ont rien à voir, ni avec la personnalité - et encore moins avec les aptitudes intellectuelles - des enfants, ni non plus avec le profil sociologique d'une catégorie ou d'un groupe social auquel ils peuvent appartenir.

Pendant, nous pouvons considérer la statistique des retards scolaires comme symptomatique d'une situation collective, marquée par des processus sociaux dysfonctionnels ou anomiques.

L'importance des retards scolaires dans les zones urbanisées

Les fourchettes de pourcentage de retards scolaires portant sur les écoles inscrites dans la zone la plus urbanisée du secteur "A" qui sont présentées ci-dessous concernent des écoles : elles ont donc été établies en confondant pour chaque école les différents niveaux du cycle primaire.

Importance relative du retard scolaire dans les écoles primaires - Zone urbaine de l'intersecteur.

% de retards scolaires dans les classes primaires des écoles de la zone urbanisée du secteur	Nombre d'écoles	
	années 1979/80	années 1980/81
de 0 à 10 % de retard	5	5
de 10 à 20 % de retard	22	22
de 20 à 30 % de retard	19	15
de 30 à 40 % de retard	4	10
de 40 à 50 % de retard	4	4
plus de 50 %	-	1

Dans la plupart des écoles la proportion d'enfants en position de retard scolaire apparaît donc importante : dans la presque totalité des cas, supérieure à 10 %.

Ces proportions présentent des variations importantes selon les écoles, sans doute liées à de multiples facteurs, mais il est intéressant de noter que les taux les plus faibles s'observent dans les écoles implantées dans les quartiers dont la structure de la population est la plus caractéristique du type "**bourgeois**".

A l'opposé, les plus forts taux de retards scolaires sont observés dans les écoles qui sont situées dans les quartiers dont la population est le plus typiquement de structure populaire :

Ecoles présentant les plus forts taux de retards scolaires :

Ecole	Années 1979/80	Années 1980/81	Quartiers d'implantation
Cruse	-	65,00	Claveau
Labarde	45,03	41,03	Claveau
Le Lac I	43,55	44,48	Bordeaux Nord
Le Lac II	40,74	42,66	Bordeaux Nord

En confirmation de résultats d'autres études faites sur ces problèmes, il apparaît donc globalement un certain parallélisme entre la réussite scolaire observée dans les écoles et les caractéristiques de la population des quartiers dans lesquels sont implantés les écoles ; ce parallélisme est particulièrement net dans les cas extrêmes, il n'est cependant pas rigoureusement unilinéaire : ainsi deux écoles situées dans le quartier présentent sous ce rapport des résultats sensiblement différents ; il faut donc faire intervenir d'autres variables que celles relatives aux caractéristiques socio-professionnelles de la population.

Par ailleurs, deux écoles ayant des modèles pédagogiques similaires - étant toutes deux des écoles d'application de l'École Normale - aboutissent également à des résultats différents, ce qui tend à relativiser la valeur explicative d'une variable **"éthique professionnelle"** à laquelle il est fréquemment fait référence.

Il ne semble pas non plus - au vu de ces constats - que le problème des effectifs des classes intervienne de façon prédominante dans la détermination des échecs et des retards scolaires.

Effectifs moyens des classes des écoles présentant :

Effectifs moyens des classes des écoles présentant :

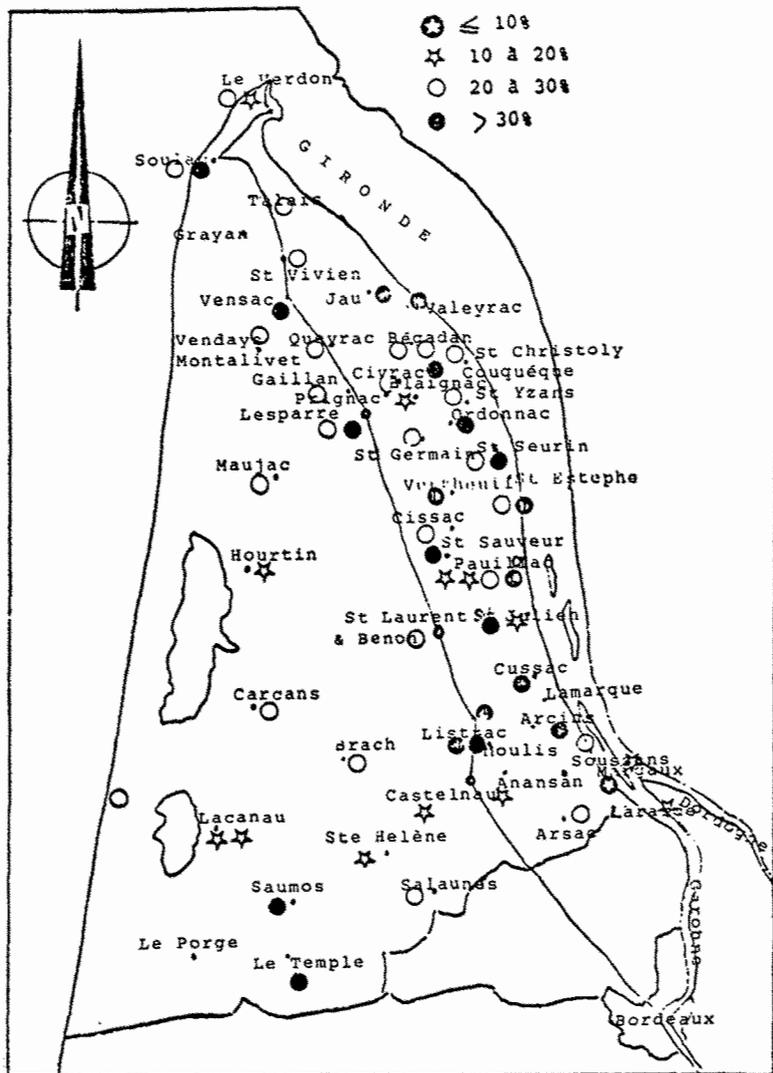
Le plus fort % de retards			Le plus faible % de retard		
Ecoles	79/80	80/81	Ecoles	79/80	80/81
Cruse	-	30	J. Ferry I	28	29
Le Lac I	26	24	J. Ferry II	25	32
Le Lac II	24	22	Annexe E.N.	24	25
Labarde II	25	25	P. Lapie II	25	24

Ecoles présentant les plus faibles taux de retards scolaires

Ecole	années 1979/80	années 1980/81	Quartiers d'implantation
Jules Ferry I	5,75	13,69	Jeu de Paume
Jules Ferry II	3,46	6,88	Jeu de Paume
Annexe Ecole Normale	6,84	7,11	Caudéran centre

Sur le graphique ci-dessous nous avons figuré près du numéro de chaque quartier bordelais, le ou les écoles primaires qui y sont implantées en les distinguant, selon la légende, en fonction du taux de retards scolaires qu'on peut y constater.

Taux de retards scolaires
dans les écoles. Année 1979/80



L'importance des retards scolaires dans les zones les moins urbanisées du secteur

Les taux de retards scolaires dans les écoles situées dans les zones moins urbanisées du secteur "A" de psychiatrie infanto-juvénile de la Gironde s'établissent dans la fourchette suivante :

% de retards scolaires dans les classes primaires des écoles de la zone moins urbanisée du secteur	Nombre d'écoles	
	année 1979/80	année 1980/81
de 0 à 10 % de retard	5	4
de 10 à 20 % de retard	15	19
de 20 à 30 % de retard	22	27
de 30 à 40 % de retard	15	10
de 40 à 50 % de retard	5	0
plus de 50 %	4	6

On note que pour les deux années étudiées les fréquences des retards scolaires sont sensiblement plus importantes dans ce secteur. On observe particulièrement que 6 écoles présentaient en 1980/81 plus de 50 % de retards alors qu'une seule école du secteur urbain, au demeurant tout à fait particulière, connaissait cette situation. L'analyse école par école témoigne, d'autre part, d'une plus grande disparité des scores des écoles dans les différentes communes.

Aucune conclusion ne se dégage bien entendu de ces observations préalables sinon l'idée qu'il serait illusoire de rechercher les explications des problèmes des retards scolaires au niveau de telle ou telle variable qui permettrait d'en rendre compte globalement.

Il y a, au contraire, une intrication non seulement de variables mais de phénomènes liés sans doute à l'institution scolaire, mais aussi aux individus et au fonctionnement des groupes sociaux dans et hors de

l'école : seule une étude qui cherche à saisir les processus peut prétendre éclairer la complexité de ces problèmes.

Les enfants en difficulté scolaire décrits par les instituteurs

Les instituteurs sollicités nous ont donc communiqué 741 dossiers qui décrivent le ou les élèves de leur classe qui s'y trouvent en situation d'échec scolaire ou de difficulté scolaire. Ces 741 descriptions ont été réalisées par 190 instituteurs différents.

En fonction de sa situation particulière et de ses différents choix, chacun a rempli de 1 à 8 dossiers ; les instituteurs se répartissent de la façon suivante selon le nombre de dossiers qu'ils ont remplis :

1 dossier	10,9 %
2 dossiers	16,6 %
3 dossiers	23,8 %
4 dossiers	24,9 %
5 dossiers	10,4 %
6 dossiers	8,8 %
7 dossiers	3,1 %
8 dossiers	<u>1,5 %</u>
	100 %

Il apparaît que les instituteurs ont rempli d'autant plus de dossiers qu'ils se trouvent dans des écoles où les difficultés scolaires sont importantes, soit une moyenne de 2,8 dossiers par instituteurs dans les écoles pour lesquelles le taux de retard scolaire (apprécié sur la base du taux de redoublants) est inférieur à 20 % de l'effectif de l'école et 4,5 dossiers par instituteur dans les écoles où de taux est supérieur à 40 %.

2 - INDICATEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Sexe

La première observation que nous sommes amenés à faire concerne le sexe des enfants qui ont été identifiés par leurs maîtres comme étant en situation d'échec ou de difficulté scolaire et qui ont fait, de leur part, l'objet d'une description complète ; parmi eux, on constate qu'il y a 60,2 % de garçons et seulement 39,8 % de filles. Il y a donc dans notre ensemble de descriptions une sur-représentation des garçons. Parmi les éléments d'explication de ce déséquilibre, on pense, bien sûr, à la réalité **"objective"** de la moins bonne réussite des garçons au cours de la scolarité primaire que semble dénoter la plus faible proportion de garçons que de filles qui sortent du cycle primaire sans avoir redoublé un niveau en cours de route.

Dans les "Tableaux Statistiques" du Ministère de l'Education portant sur les effectifs scolaires de l'année 1979/80, on se rend compte que l'écart entre les pourcentages de garçons et de filles qui ne présentent pas de retard scolaire, l'écart se creuse au détriment des garçons au fur et à mesure du cursus scolaire.

Sexe et retard scolaire

Base = Enfants nés en	se trouvent en classe de	ou plus avancés	Garçons %	Filles %
1973	C.P.	"	98,45	98,7
1972	C.E.1	"	82,33	86,16
1971	C.E.2	"	75,7	81,09
1970	C.M.1.	"	69,8	75,96
1969	C.M.2	"	62,34	69,34

D'autre part, les tableaux indiquent que parmi les enfants qui se trouvent dans des classes spéciales : 58,8 % sont des garçons et 41,2 % des filles (1).

Dans le tableau suivant, où nous avons répartis les garçons et les filles selon les deux éléments qui nous ont servi à définir un indice de l'inadaptation scolaire, les deux sexes ne sont à peu près équilibrés que dans les cas où les profils de résultats scolaires sont mauvais.

Inadaptation scolaire et sexe

Intégration dans la classe	au moins bonne		au mieux moyenne		Total
	bons ou moyens	mauvais	bons ou moyens	mauvais	
Garçons	66,1 %	52,8 %	68,8 %	53,3 %	60 %
Filles	33,9 %	47,2 %	31,2 %	46,6 %	40 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

(1) Ministère de l'Education. Répartition de la population scolaire du 1er degré par année de naissance, par sexe et par niveau. SEIS/4, janvier 1980.

Les instituteurs ont donc choisi de nous proposer la description de filles quand, parmi leurs élèves en difficulté scolaire, il s'en trouvait dont le niveau d'inadaptation scolaire était particulièrement important. En d'autres termes, une élève ferait donc l'objet d'une description sélective et serait donc identifiée comme étant en situation scolaire difficile à partir d'un niveau de résultats inférieur à celui qui entraîne le même processus pour un garçon.

La statistique présentée ci-dessous complète l'observation que l'on peut faire sur ce sujet ; elle montre que le fait d'identifier plus de garçons que de filles comme étant en difficulté scolaire correspond à la pratique d'une majorité d'instituteurs.

Ont rempli plus de dossiers de filles que de garçons	18,5 %
Ont rempli autant de dossiers de filles que de garçons	20,5 %
Ont rempli plus de dossiers de garçons que de filles	61 %

Si les institutrices ont rempli, en moyenne, moins de dossiers que leurs collègues masculins, on ne note, cependant, pas de différence dans les choix faits par les unes ou par les autres concernant le sexe des enfants qu'ils ont décrits.

Ce constat d'une meilleure adaptation des filles a été corroboré dans le cadre d'une étude menée par notre laboratoire de recherche sur les jeunes pris en charge dans des institutions spécialisées au niveau de l'ensemble d'un département d'Aquitaine (1).

(1) C.A.R.P.S., La marginalité sociale en Lot et Garonne. Les professionnels, les clientèles, conclusion générale. Université de Bordeaux II, 1985, tome II, ronéo.

Dans le cadre de cette étude, les chercheurs ont noté :

en S.E.S. : 42 % de filles,
en C.P.A. et C.P.P.N. : 36,4 % de filles.

Ils concluent "... les filles sont sous-représentées dans la délinquance, l'échec scolaire, la déficience intellectuelle légère, les accidents ... etc..."

Organisation de la vie familiale

Pour la plupart, ces enfants vivent dans des conditions familiales qu'il est convenu de qualifier de normales, puisque au sein d'une famille composée du père, de la mère et de leurs enfants : c'est le cas de 75,4 % des élèves décrits tandis que 10 % vivent avec l'un des parents remarié, et 11,5 % avec l'un des parents isolé, le plus souvent la mère. Moins de 3 % parmi ces enfants vivent dans des conditions moins habituelles soit chez des gardiens, soit chez d'autres parents.

Avec qui vit l'enfant :

Le père et la mère		75,8 %
Le père remarié)	
	(
La mère remariée)	9,9 %
Un parent isolé		11,6 %
Autres		2,7 %

Ce constat des instituteurs contredit l'idée couramment évoquée d'une genèse des difficultés scolaires liée à l'anomie des conditions de la vie familiale. La désorganisation manifeste de la vie familiale n'est d'ailleurs évoquée, comme explication des difficultés scolaires des élèves, que pour 7,5 % d'entre eux. Par contre, les perturbations affectives de la cellule familiale sont évoquées par les instituteurs pour expliquer, ou contribuer à expliquer, les difficultés scolaires de 16,6 % des élèves.

Pourtant, les descriptions plus qualitatives qu'ont données les instituteurs des caractéristiques du climat familial dans lequel vivent leurs élèves ne sont faites en termes positifs que pour moins de la moitié de ces enfants. Parmi les élèves pour lesquels les maîtres ont donné une évaluation du "climat" de leur milieu familial, 48,5 % bénéficient, à leurs yeux, d'un climat familial : bon, épanouissant, affectueux, équilibré. Pour les autres, la description qui en est faite est, au contraire, négative : milieu instable, marginal, autoritaire... ou même très négative. Les maîtres mettent particulièrement l'accent sur la précarité des relations parents/enfants et, dans un nombre non négligeable de situations, ils évoquent l'anxiété, l'angoisse, la violence qui caractérisent certains de ces milieux familiaux.

Nationalité

Nous savons que la population immigrée fait l'objet d'une identification d'un nombre d'enfants en échec scolaire plus important que pour les autres catégories. Comme le précise R. PICHEROT "Les enfants en cause **appartiennent presque tous à des groupes socio-économiquement défavorisés et deuxièmement cette situation économique se renforce ou s'accompagne, mais avec un recouvrement qui n'est pas toujours très clair, d'une situation socio-culturelle particulière, spécifique**" (1)

Sur l'ensemble du territoire concerné par l'enquête, le taux de population immigrée reste inférieur à 10 % et même inférieur à 5 % dans les 2/3 des communes. Les enfants qui nous sont décrits sont, cependant, d'origine

(1) R. PICHEROT. Aspects socio-économiques et socio-culturels de l'échec scolaire, Echecs scolaires, aspects médicaux et sociaux, op. cit., p. 15.

étrangère dans 16 % des cas et donc un peu plus nombreux proportionnellement que cette norme. Ce taux moyen est extrêmement variable selon les zones dans lesquelles sont implantées les écoles, le maximum de variation étant observé entre les quartiers bordelais.

Ecoles situées dans les zones :	% d'élèves dont les parents sont de nationalité autre que française
------------------------------------	---

Bordeaux :

quartiers bourgeois	0 %
quartiers classe moyenne tendance bourgeoise	22 %
quartiers classe moyenne tendance populaire	15,4 %
quartiers populaires	31,8 %

Banlieues Bordeaux	8,5 %
---------------------------	--------------

Médoc péri-urbain	2 %
Médoc intermédiaire	18,3 %
Bas Médoc	3,8 %
Médoc Landais	17 %
Haut Médoc	18,03 %

Il s'agit principalement d'enfants dont les parents sont d'origine portugaise ou maghrébine ; dans un peu plus de 10 % des cas la langue parlée à la maison, soit par le père, soit par la mère, soit par les deux, n'est pas le français et ce problème sera évalué par les instituteurs comme facteur explicatif des difficultés scolaires pour ces enfants.

Origine sociale des enfants décrits par les instituteurs

Les catégories socio-professionnelles du père de ces enfants, ou de la personne qui assume le rôle du père, se répartissent de la façon suivante :

. Exploitants agricoles	8,3 %
. Patrons de l'Industrie et du Commerce, Professions libérales et Cadres supérieurs	6,6 %
. Cadres moyens	2 %
. Techniciens, contremaîtres	4,2 %
. Employés, Armée, Police	13,5 %
. Artisans, petits commerçants	7 %
. Ouvriers qualifiés	19,5 %
. O.S., Personnel de service, salariés agricoles	36,3 %
. Personnes non actives	2,4 %

Soit en utilisant le regroupement utilisé précédemment (cf. 1ère partie, Ch. II, Paragraphe 3) :

. Couche sociale dominante	6,7 %
. Couche sociale intermédiaire	13,3 %
. Couche sociale dominée	77,6 %
. Non classés	2,4 %

On observe, dans une très forte proportion, 77,6 % d'enfants, appartenant à la classe sociale populaire.

Ces statistiques sont basées sur l'activité professionnelle du père des élèves décrits par les instituteurs. Nous leur avons également demandé d'indiquer pour chacun de ces enfants leur évaluation du niveau social du milieu familial. Il existe une correspondance très nette, même si elle n'est pas systématique, entre la catégorie sociale du père et l'évaluation par l'instituteur du niveau social de la famille.

Niveau social du père

Evaluation du niveau social de la famille	Couche dominante	Couche intermédiaire	Couche dominée
Bas	0 %	10,8 %	38,3 %
Moyen	21 %	66,1 %	59,6 %
Elevé/sup.	73 %	23,1 %	2,1 %

Les Parents et l'école

La connaissance des milieux familiaux des enfants pose généralement peu de problèmes aux instituteurs qui exercent en milieu rural. Même si les parents ne suivent pas assidûment la scolarité de leurs enfants, les instituteurs ont l'occasion de les rencontrer hors du milieu scolaire, à tout le moins, d'avoir une perception du milieu familial dans lequel vit l'enfant. Il n'en est pas de même en milieu urbain où les rapports entre l'instituteur et les parents sont moins le fait du hasard des rencontres que le résultat d'une volonté de contact. Lors des interviews, les instituteurs ont fréquemment souligné le fait que c'est surtout avec les parents des élèves qui leur posent le plus de problèmes qu'ils rencontrent le plus de difficultés pour entrer en contact et obtenir une coopération.

Cette distance entre le milieu familial et l'école n'est pas seulement une distance physique, elle est aussi une distance culturelle qui relève ou, en tout cas, est en rapport, avec la position sociale du milieu familial. Ainsi, à la question :

**- "Avez-vous rencontré les parents ou les
personnes ayant la charge de l'enfant ?"**

la fréquence des réponses positives diminue à mesure que la position sociale des parents de l'élève est moins élevée.

Cette rencontre a eu lieu,

dans plus de 86 % des cas quand l'enfant est issu d'une catégorie sociale supérieure ou intermédiaire,

dans moins de 70 % des cas quand l'enfant est issu d'une catégorie 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'enfant bénéficie-t-il d'un soutien dans son travail scolaire ?"

réponse : "Jamais"

Père : couche supérieure	8,3 %
Père : couche intermédiaire	18 %
Père : couche populaire	32,3 %

3. LES INDICATEURS SCOLAIRES

Répartition dans les classes

Les enfants du primaire pour lesquels nous disposons d'un dossier complété par l'instituteur se répartissent comme suit, dans les différents niveaux :

C.P.	24,6 %
C.E.1	19,2 %
C.E.2	16,2 %
C.M.1	19 %
C.M.2	21 %

Parmi ces élèves, près de 41 % se trouvent dans la classe qui correspond à leur âge, parmi les autres les deux tiers ont un an de retard par rapport à la norme. L'autre tiers présente deux ans de retard ou plus, jusqu'à 4 ans pour quelques cas particuliers.

Selon l'évaluation même des maîtres les élèves décrits se situent de la façon suivante par rapport aux normes du déroulement de la scolarité :

en retard au C.P.	42,5 %
" " au C.E.1	52,2 %
" " au C.E.2	62,6 %
" " au C.M.1	64,2 %
" " au C.M.2	77,2 %

Le degré d'inadaptation scolaire

Les élèves décrits par les instituteurs ont été identifiés par eux comme étant en situation plus ou moins grave d'inadaptation scolaire. Ce sont eux qui ont appliqué leurs propres critères de définition de l'inadaptation scolaire. Pour éclairer les bases de l'inadaptation scolaire, à partir du niveau de performance des enfants dans les matières scolaires principales - niveau évalué par les maîtres - et de l'appréciation donnée par ceux-ci sur l'intégration des enfants à la classe, nous avons réparti les enfants sur une variable qui intègre ces deux dimensions importantes de la vie scolaire : performances scolaires et socialisation. La notion de socialisation renvoyant dans ce contexte au respect général des normes du monde scolaire, respect de l'ordre dans la classe, de la ponctualité, des normes de présentation générale et de comportement.

En réalité, sur le plan statistique, cette deuxième dimension apparaît comme secondaire car, sur la plupart des questions, la séparation est généralement très nette sur la base du premier critère, le profil de résultats dans les trois matières, lecture, calcul, activités d'éveil, qui, dans toutes les classes, est le plus en corrélation avec l'évaluation que donne l'instituteur, du degré d'importance des difficultés scolaires. L'inadaptation scolaire est donc prioritairement évaluée à partir des performances scolaires des élèves et secondairement à partir de leur intégration au système scolaire.

Par ailleurs, en combinant les réponses données par les instituteurs aux questions portant sur l'évolution prévisible des difficultés scolaires des élèves, nous avons obtenu un indice du pronostic que formulent les maîtres en ce qui concerne l'avenir scolaire de leurs élèves.

Ce pronostic s'avère :

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| . optimiste | pour 20,7 % des élèves |
| . plutôt optimiste | pour 22,5 % des élèves |
| . plutôt pessimiste | pour 33,2 % des élèves |
| . pessimiste | pour 23,6 % des élèves. |

L'optimisme pédagogique des instituteurs est directement fonction des performances scolaires des élèves, il diminue à mesure que leur constat de l'inadaptation scolaire de l'élève s'aggrave.

L'importance des résultats purement scolaires dans l'évaluation générale des élèves par les instituteurs, soulignée par les constatations précédentes, est, sans doute, l'une des raisons pour lesquelles les variables "écologiques" ou sociologiques évoquées pour tenter de rendre compte du processus d'identification des difficultés scolaires ne donnent que très peu de résultats explicatifs. La perception de l'instituteur, quel que soit son statut ou celui de l'enfant qu'il

signale, obéit à une normalisation administrative du système pédagogique dont la logique lamine plus ou moins les différences groupales ou situationnelles.

Sur la base de l'indice que nous avons proposé pour estimer l'inadaptation scolaire des élèves, ceux-ci se répartissent en 4 niveaux.

Profil des performances	Moyen		= mauvais	
	bonne	moyenne	bonne	mauvaise
Intégration dans la classe				
Niveau d'inadaptation scolaire	1	2	3	4
Répartition	37,2 %	13,1 %	24,4 %	25,3 %

On peut donc observer que, parmi les élèves décrits par les instituteurs comme étant en difficulté scolaire, il ne s'agit pas seulement de cas d'inadaptation scolaire profonde puisque, au contraire, on trouve des élèves qui présentent un profil de résultat tout à fait honorable (selon l'évaluation des maîtres eux-mêmes) et une intégration dans la classe qu'ils qualifient d'excellente, à côté d'autres élèves dont les résultats scolaires sont beaucoup moins satisfaisants et l'intégration scolaire déplorable.

L'inadaptation scolaire présente donc des degrés et la répartition des enfants qui nous sont présentés, dans ces différents degrés, varie selon un certain nombre de paramètres, notamment le lieu d'où proviennent les descriptions.

Inadaptation scolaire et unités pédagogiques

Elèves des écoles situées dans	Niveaux d'inadaptation scolaire		
	1 et 2	3 et 4	
Quartiers bordelais	68,3 %	31,7 %	100 %
Banlieues bordelaises	52,9 %	47,1 %	100 %
Médoc	41,3 %	58,7 %	100 %

Ainsi dans les écoles du secteur rural, non seulement les élèves sont plus fréquemment qu'en milieu urbain et suburbain identifiés comme étant en situation scolaire difficile mais, également dans une proportion plus importante, leurs difficultés sont évaluées comme graves.

Si l'inadaptation scolaire apparaît de façon différenciée selon les écoles d'où les observations nous parviennent et donc selon les zones écologiques dans lesquelles elles sont implantées, l'inadaptation scolaire est également présentée différemment selon les milieux sociaux dont proviennent les enfants. Ainsi, si on étudie la façon dont les instituteurs situent ces enfants dans les différents niveaux de performance en fonction de la catégorie sociale des familles dont ils sont issus, on constate que, dans les matières telles que lecture, écriture, calcul, travaux manuels, activités physiques, la répartition de ces sous-groupes d'enfants dans les niveaux de performance bonne, moyenne, mauvaise, est peu influencée par la catégorie sociale d'appartenance ; par contre, les enfants issus de la catégorie sociale supérieure obtiennent plus fréquemment que les autres un score convenable dans les activités d'éveil et en expression artistique.

ACTIVITE D'EVEIL

Catégorie sociale des parents

	Catégorie dominante	Catégorie intermédiaire	Catégorie dominée
	%	%	%
Bon	38,5	25,3	18,3
Moyen	30,8	40,2	31,3
Mauvais	30,7	34,5	50,5

EXPRESSION ARTISTIQUE

Catégorie sociale des parents

	Catégorie dominante	Catégorie intermédiaire	Catégorie dominée
	%	%	%
Bon	35,9	29,5	19,6
Moyen	30,8	32,1	35,8
Mauvais	33,3	38,4	44,6

Ces comparaisons tendent à confirmer l'idée que les instituteurs suivent une logique sociale dominante dans l'identification des difficultés scolaires.

Cette idée est renforcée par l'observation suivante selon laquelle les pronostics formulés par les instituteurs à propos des enfants issus de couches sociales différentes ne présentent pas non plus les mêmes caractéristiques.

PRONOSTICS DE SCOLARITE

	Catégorie dominante	Catégorie intermédiaire	Catégorie dominée
	%	%	%
Optimiste	60	24,6	16,7
Plutôt optimiste	20	20,8	21,8
Plutôt pessimiste	11,5	37,7	34,7
Pessimiste	8,5	16,9	26,8

Au niveau des "queues de classe", l'échec scolaire ne se présente pas, n'est pas perçu, identifié, d'une façon homogène, indépendamment de la classe sociale d'appartenance. Cette non homogénéité de la perception de l'échec est particulièrement le fait des domaines que

l'on peut considérer comme présentant une plus grande composante de type culturel (activités d'éveil, expression artistique). Domaines dans lesquels les enfants, issus de la classe supérieure de la population, sont, plus fréquemment que les autres, perçus comme disposant d'un acquis (ou crédités d'un acquis) plus important que les enfants issus des autres couches sociales.

4 - LES INDICATIONS DE PRISE EN CHARGE

Nous avons pris en compte, pour l'analyse des indications de prise en charge des difficultés scolaires des enfants, le souhait émis par les enseignants que leurs élèves bénéficient d'une aide au plan pédagogique ou qu'ils soient adressés et éventuellement pris en charge par le médecin, des spécialistes para-médicaux (orthophonistes ou psychologues cliniciens), une institution spécialisée type CSMI, CMPP ou encore que le psychologue scolaire ou le GAPP interviennent auprès de lui.

Les solutions pédagogiques

Notons d'emblée que le souhait que soit mise en oeuvre une solution pédagogique pour faire face aux difficultés de l'enfant est exprimé de façon unanime (88,4 % des élèves) par les enseignants qui regrettent, dans une majorité des cas, de ne pas disposer de la latitude suffisante pour s'occuper plus particulièrement de l'élève en difficulté scolaire. Mais, la solution pédagogique souhaitée c'est aussi le redoublement de l'enfant, dans un cas sur trois, la rencontre avec ses parents, dans un cas sur trois, ou son orientation vers des classes spécialisées, pour un élève sur quatre parmi ceux qui nous ont été présentés.

Si nous mettons en relation le type de solution pédagogique préconisé par l'instituteur et le pronostic que formule celui-ci quant à la possibilité que l'élève surmonte ses problèmes scolaires, on note que lorsque l'instituteur est relativement optimiste sur ce plan, il

tend à évoquer l'utilité d'une plus grande attention portée par le maître à l'élève et il conseille fréquemment dans ces cas, le redoublement. Quand, par contre, les difficultés scolaires de l'enfant lui paraissent plus difficilement surmontables, c'est l'intérêt de la classe d'adaptation qui est alors souligné avec la plus grande fréquence. Quand, enfin, l'instituteur exprime son pessimisme par rapport à la possibilité pour l'enfant de surmonter ses difficultés c'est alors la classe de perfectionnement qui semble le recours avec l'orientation de l'enfant vers d'autres orientations. Ainsi apparaît une gradation des solutions pédagogiques aux difficultés scolaires des élèves.

**Les indications de prise en charge spécialisée :
qu'est-ce qui est préconisé ? Par qui ?**

Outre ces indications de type spécifiquement pédagogique, nous avons également invité les instituteurs à formuler, à propos de chaque cas d'enfant, leurs souhaits de prise en charge plus spécialisée que nous regroupons sous le qualificatif de "médico-psychologique" s'il s'agit de prise en charge par des médecins, des spécialistes para-médicaux ou des structures médicalisées, et sous la rubrique "psychopédagogique" s'il s'agit d'interventions strictement limitées au psychologue scolaire ou aux divers membres du GAPP. Nous avons, dans nos analyses, conservé sa place à part à l'orthophoniste qui semble jouer dans la représentation des instituteurs un rôle tout à fait privilégié, différent des autres acteurs spécialisés de la prise en charge des difficultés scolaires. Les instituteurs estiment souhaitable :

- une prise en charge :
 - . psychopédagogique pour 32,11 % de leurs élèves,
 - . médico-psychologique pour 26,06 % de leurs élèves
- la consultation ou la prise en charge par un orthophoniste pour 23,7 % de leurs élèves.

Dans l'ensemble, les indications de prise en charge n'étant pas exclusives, les instituteurs préconisent donc au moins l'une de ces interventions spécialisées pour 57,2 % de leurs élèves.

Inversement, ils s'abstiennent de toute indication spécialisée pour 42,8 % des élèves qu'ils ont désignés comme étant en situation de difficulté scolaire ou d'échec scolaire.

Ces souhaits de prise en charge des difficultés scolaires des élèves par une instance spécialisée n'impliquent pas, comme nous le verrons par la suite, une initiative de l'instituteur pour que l'indication émise par lui soit réalisée. Il s'agit donc ici de simples vœux de la part de l'instituteur pour qu'intervienne une compétence autre que la sienne.

Il importe donc de souligner que pour plus des deux tiers des élèves en difficulté scolaire :

- . le maître ne souhaite pas qu'intervienne le psychologue scolaire ou le GAPP ;
- . pour les trois quarts des élèves en difficulté scolaire, l'instituteur n'estime pas nécessaire de recourir à une compétence médico-psychologique, c'est-à-dire qu'il n'estime utile, ni dans une perspective de diagnostic, ni dans une perspective de traitement spécialisé, que ses élèves consultent un médecin ou une structure spécialisée du type CSMI, CMPP ;
- . pour 43 % des élèves en difficulté scolaire les instituteurs n'évoquent aucune intervention particulière autre que pédagogique.

Le phénomène de "médicalisation de l'école primaire", de médicalisation de l'échec scolaire ne paraît donc pas avoir atteint le niveau de généralisation que certains décrivent pour s'y opposer ou pour s'en féliciter.

L'expression de l'indication d'une intervention spécialisée pour un élève est, sans aucun doute, le résultat d'un processus dans lequel interagissent les

caractéristiques de l'enfant lui-même, celles de l'instituteur et celles des circonstances de temps et de lieu dans lesquelles ces indications sont formulées.

Nous avons étudié en fonction de quels paramètres varie la fréquence de ces indications de prise en charge spécialisée. On se rend compte que les déterminants essentiels sont les facteurs scolaires.

En effet, une indication d'intervention spécialisée est d'autant plus fréquemment formulée par les instituteurs 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 réservé.

Indication de recours spécialisé et niveau scolaire
Niveau de scolarité de l'enfant

L'instituteur
a formulé une
indication de
prise en charge

	CP	CE1	CE2	CM1	CM2
México- psycho	28,6%	26,5%	35,6%	17,03%	20,1%
Psychopédagogique	45,1%	28,7%	38,2%	23,7%	15,8%
Orthophoniste	23,4%	21,3%	26,1%	20 %	24,1%
L'une de ces solutions	65,7%	52,9%	67,8%	46,6%	49,6%

Par contre, l'indication d'un recours spécialisé paraît indépendante du mode d'interprétation que l'instituteur donne des difficultés scolaires de l'élève, contrairement à l'hypothèse que nous avons formulé ; elle est indépendante également de l'évaluation que fait l'instituteur du niveau social de la famille de l'élève.

Ainsi qu'on peut le contrôler dans le tableau ci-dessus l'évocation de l'orthophoniste ne semble pas suivre tout à fait la même logique que celle qui joue dans le cas des autres modes de prise en charge.

En effet, la fréquence avec laquelle est préconisé le recours à ce spécialiste ne dépend pas du niveau atteint par l'enfant dans sa scolarité. Le recours à l'orthophoniste paraît aussi souvent opportun à l'instituteur quel que soit le niveau de l'enfant, CP ou CM2, mais, sans doute, le sens de ce recours n'est-il pas le même dans les deux cas ? Seule l'analyse plus qualitative du discours des instituteurs permet d'éclairer ce point.

Les interviews nous confirment que l'indication de recours à l'orthophoniste est effectivement extensive, présentant des finalités diversifiées : simple complément dans certains cas, rééducation spécialisée dans d'autres cas ; en tout cas une médicalisation bénigne qui a, par ailleurs, l'intérêt d'être aisée à préconiser aux parents. On ne s'étonne pas dans ces conditions de voir l'indication de la consultation de l'orthophoniste apparaître aussi fréquemment formulée pour un enfant dont l'instituteur analyse les difficultés scolaires en termes de perturbation psychologique personnelle ou familiale que pour l'enfant dont il analyse les difficultés scolaires en termes de problèmes socio-familiaux.

Cette réalité n'est, d'ailleurs, pas suffisante pour rendre compte de la signification des souhaits de recours à ce spécialiste. Ce souhait est encore influencé par la présence dans l'école elle-même ou dans l'environnement scolaire de structures de prise en charge. Ainsi, la fréquence de l'indication de recours à l'orthophoniste augmente-t-elle sensiblement s'il y a dans l'environnement de l'école un orthophoniste ? Deux élèves en difficulté scolaire sur dix relèvent de la compétence de l'orthophoniste déclarent les instituteurs de l'ensemble de notre échantillon, mais cette proportion passe à quatre élèves sur dix quand un cabinet d'orthophoniste existe dans l'environnement de

l'école - de la même façon, la nécessité du recours au GAPP s'impose pour 31 % des élèves en difficulté scolaire mais cette proportion passe à 45 % pour les élèves scolarisés dans les écoles disposant d'un GAPP. Le phénomène de pression du système d'offre sur la demande, et ce pour des raisons difficiles à mettre en évidence, compte tenu de la faible fréquence de cette indication, ne s'observe pas en ce qui concerne les indications de prise en charge médico-psychologique.

Les indications de prise en charge spécialisée : qui préconise quoi ?

Un second plan de l'analyse des indications de traitement des difficultés scolaires des élèves consiste à étudier, non plus "ce qui est préconisé et pour qui ?" mais "qui préconise quoi ?".

A partir des réponses données dans la série de questionnaires que chaque instituteur nous a remise, nous l'avons caractérisé sur un certain nombre de variables, notamment sa propension à formuler des indications de prise en charge ou de traitement des problèmes des élèves en difficulté scolaire par le système médico-psychologique ou par les structures psychopédagogiques.

Selon la fréquence avec laquelle, dans les dossiers d'élèves, remplis par eux, les instituteurs formulaient telle ou telle indication, nous les avons classés sur l'une des 5 positions définies comme suit :

- 1) tendance à formuler de façon systématique l'indication lorsque celle-ci se retrouve dans tous les dossiers (au moins deux) remplis par eux.
- 2) tendance à formuler fréquemment l'indication.
- 3) tendance à formuler l'indication une fois sur deux.
- 4) tendance à formuler peu fréquemment l'indication.
- 5) tendance à ne jamais formuler l'indication : l'indication n'est formulée dans aucun des dossiers remplis (au moins deux).

Pour chacune des 3 indications de prise en charge spécialisée, les instituteurs se répartissent de la façon suivante :

Tendance à formuler l'indication de façon :						
Type d'indications	Systematique	Fréquentement	1 fois s/2	Rarement	Jamais	
Médico-psycho	5 %	14 %	11,5 %	34,5 %	35 %	100 %
Psycho-péda.	10 %	16,5 %	13,3 %	30 %	30 %	100 %
Orthophoniste	2 %	11 %	11 %	38 %	38 %	100 %

Dans l'ensemble, (les trois types d'identifications confondus) 12 % des instituteurs n'ont évoqué aucune de ces solutions pour les élèves dont ils nous ont parlé et qui représentent 11 % de l'échantillon des dossiers.

49 % des instituteurs se sont montrés plus éclectiques, formulant de telles indications pour certains de leurs élèves et s'abstenant de toute indication pour les autres.

39 % ont évoqué au moins l'une de ces indications pour chacun des élèves pour lesquels ils nous ont fourni une description ; leurs élèves représentent 34 % des dossiers.

On note que le pourcentage des instituteurs réfractaires (1) à la prise en charge de leurs élèves en difficulté scolaire par les instances et spécialistes médico-psychologiques tend à augmenter quand ils enseignent dans des classes plus avancées de la scolarité. Il en est de même pour les indications de prise en charge de type psychopédagogique. Cette diminution de la confiance des instituteurs dans la prise en charge spécialisée, quand ils s'adressent à des classes plus avancées, n'est pas aussi nette en ce qui concerne l'orthophoniste, et ceci confirme l'observation que nous faisons sur la base de la fréquence de cette indication dans les différentes classes où se situent les élèves.

Dans ce cas, également, contrairement à certaines de nos hypothèses, la tendance à préconiser des indications de prise en charge spécialisée des difficultés scolaires ne dépend guère des caractéristiques sociologiques des instituteurs.

(1) Nous rassemblons sous ce qualificatif les instituteurs qui ne formulent l'indication ou les indications en question dans aucun des dossiers remplis par eux.

Les instituteurs du secteur privé ne disposent pas de la même infrastructure en ce qui concerne les structures internes du système éducatif de prise en charge des difficultés scolaires de leurs élèves. On aurait donc pu s'attendre à observer des comportements sensiblement différents de leur part en matière d'indication pour porter remède aux difficultés scolaires. On note, effectivement, dans le tableau ci-dessous, qu'ils tendent moins que leurs collègues du secteur public - qui disposent, quant à eux, de psychologues scolaires, voire de GAPP - à préconiser une prise en charge psychopédagogique pour leurs élèves en difficulté, tandis qu'au contraire, ils évoquent plus fréquemment l'opportunité de l'intervention d'un orthophoniste : l'orthophoniste joue-t-il pour eux, d'une certaine façon, le rôle de substitut du psychologue scolaire ? Cette hypothèse n'est pas exclue mais ne peut être soutenue, avec assurance, au vu des chiffres dont nous disposons, les écarts restant ici malgré tout trop faibles pour être validés statistiquement.

Tendance à préconiser l'indication				
Type d'indication de prise en charge	dans au moins un cas sur deux	rarement	jamais	
<u>México-psycho</u>				
Instit. du public	32,2 %	32,9 %	34,9 %	100 %
Instit. du privé	22,6 %	41,9 %	35,5 %	100 %
<u>Psychopédagogique</u>				
Instit. du public	44,0 %	28,7 %	27,3 %	100 %
Instit. du privé	22,6 %	35,5 %	41,9 %	100 %
<u>Orthophoniste</u>				
Instit. du public	20,1 %	38,2 %	41,7 %	100 %
Instit. du privé	34,5 %	41,4 %	24,1 %	100 %

Nous sommes, ici, au niveau des voeux de recours, d'intervention émis par les instituteurs ; ces voeux tiennent, sans doute, compte en partie des possibilités concrètes de réalisation qui existent dans l'environnement, mais ils ne sont pas strictement formulés en fonction de celles-ci. C'est la raison pour laquelle à propos d'un nombre non négligeable d'élèves des secteurs privés - qui ne sont donc pas du ressort des psychologues scolaires de l'Education Nationale - leurs maîtres évoquent, malgré tout, l'intérêt d'une consultation de ces spécialistes.

Nous avons pu montrer, également, qu'il n'y a guère de différence entre les instituteurs quelles que soient leur formation professionnelle et leur ancienneté. Que l'idéologie professionnelle des instituteurs corresponde à celle que nous avons identifiée comme traditionnaliste ou à celle que nous avons identifiée comme moderniste, leurs indications de recours aux instances de prise en charge spécialisée des difficultés scolaires ne varient pas de façon sensible.

En fait, ici encore, la tendance à préconiser plus ou moins fréquemment des indications de prise en charge spécialisée pour les élèves en difficulté scolaire ne varie de façon significative qu'en fonction de paramètres proprement scolaires et c'est notamment le niveau de la classe dans laquelle ils enseignent qui fait apparaître les variations les plus nettes dans les attitudes des instituteurs.

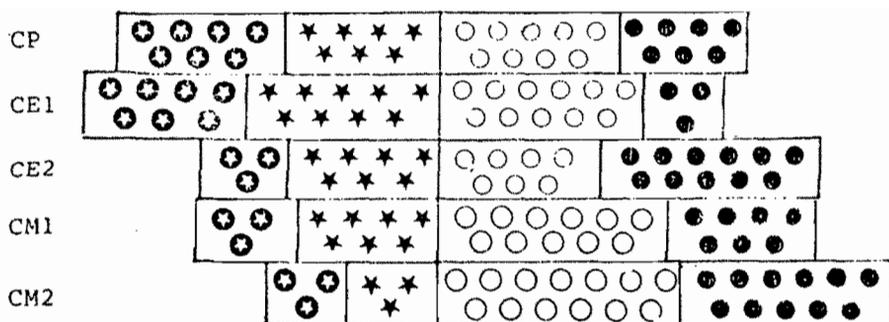
Dans les tableaux suivants, nous avons regroupé les différentes positions sur les indices de propension à préconiser telle ou telle prise en charge spécialisée. Ces trois tableaux mettent en évidence le fait que c'est surtout en ce qui concerne les propositions de prise en charge des difficultés scolaires des élèves par les structures psychopédagogiques que l'opinion des instituteurs, à ce sujet, est la plus tributaire de la classe dans laquelle ils enseignent.

Indication de prise en charge et classe de l'instituteur

Tendance à formuler une indication

Type d'indications	Classe	au moins dans la moitié du cas	rarement ou jamais
Médico-psycho.	CP	31,9 %	68,1 %
	CE1	47,5 %	52,5 %
	CE2	32,5 %	67,5 %
	CM1	16,3 %	83,7 %
	CM2	20 %	80 %
Psycho-pédag.	CP	58,1 %	41,9 %
	CE1	33,4 %	66,6 %
	CE2	42,5 %	57,5 %
	CM1	28,6 %	71,4 %
	CM2	22,2 %	77,8 %
Orthophon.	CP	30,7 %	69,2 %
	CE1	25,6 %	74,4 %
	CE2	22,5 %	77,5 %
	CM1	15 %	85 %
	CM2	20,5 %	79,5 %

En effet, les instituteurs que nous avons qualifiés de réfractaires à une prise en charge des difficultés scolaires de leurs élèves par des spécialistes ou des structures médico-psychologiques d'une part, par des spécialistes ou des structures psychopédagogiques d'autre part, tendent à être de plus en plus nombreux proportionnellement, à mesure qu'on s'intéresse à des niveaux plus avancés de la scolarité primaire. Sans doute faut-il établir une relation entre ce constat et l'observation d'une augmentation sensible du pessimisme pédagogique des instituteurs que met en évidence la représentation graphique ci-dessous.



- ★ ★ enfants pour lesquels les instituteurs ont émis un pronostic optimiste
- ★ ★ enfants pour lesquels les instituteurs ont émis un pronostic plutôt optimiste
- ○ enfants pour lesquels les instituteurs ont émis un pronostic plutôt pessimiste
- ● enfants pour lesquels les instituteurs ont émis un pronostic pessimiste

On notera, par contre, que les attitudes des instituteurs par rapport à une intervention de l'orthophoniste ne semblent pas varier en fonction de la classe dans laquelle ils enseignent.

5 - LES DEMARCHES DES INSTITUTEURS

Les indications de solutions aux difficultés scolaires des élèves n'étaient pas exclusives les unes des autres. Bien que nous n'ayons pas la certitude que l'indication d'un seul type de solution signifie que l'instituteur le considère comme spécifique et suffisant et inversement. On peut, cependant, souligner que certaines de ces indications sont rarement évoquées de façon exclusive d'autres indications. Ainsi l'indication de recours aux institutions extérieures de prise en charge (CSMI, CMPP) qui ne sont indiquées par les instituteurs que dans 11 % des cas, ne le sont de façon exclusive de toute autre indication que pour 10 % de ces 11 %

L'indication de recours à l'orthophoniste se suffit à elle-même dans 43 % des cas où elle est mentionnée, l'indication de recours au GAPP ou au psychologue scolaire est exclusive dans 46 % des cas où elle est formulée : sans doute pouvons-nous trouver dans ce constat un élément à l'appui de l'hypothèse émise précédemment (1ère partie, chapitre II, paragraphe 4) selon laquelle, pour les instituteurs du secteur privé, l'indication de recours à l'orthophoniste pourrait tenir lieu de substitut à l'indication de recours au psychologue scolaire. Mais il faut ajouter que cette possibilité ne joue pas dans le seul cas des instituteurs du privé ; leurs collègues du secteur public peuvent, en effet, préconiser l'intervention de l'orthophoniste de préférence à celle du psychologue scolaire pour diverses raisons que nous avons pu enregistrer : manque de disponibilité de celui-ci, ou conformité des indications faites par l'instituteur aux préférences des parents, voire préférence des instituteurs eux-mêmes. Cependant, si les indications de recours formulées par les instituteurs sont relativement fréquentes et souvent multiples, les démarches entreprises par les instituteurs pour que leurs élèves en difficulté scolaire puissent être pris en charge par les spécialistes et structures spécialisées sont, par contre, beaucoup plus rares et plus spécifiques.

Les types de démarches que nous avons pris en compte

Nous avons pris en compte, pour les analyses qui suivent :

- les démarches réalisées par les enseignants pour rencontrer les parents de l'élève en difficulté scolaire, que ces démarches aient abouti ou non.

De telles démarches ont été entreprises pour 90 % des enfants.

- Les démarches de l'instituteur pour trouver une solution scolaire aux difficultés de l'enfant sous forme de redoublement ou d'orientation vers une classe d'adaptation, classe de perfectionnement ou un SES.

De telles démarches ont été entreprises pour 6 % des élèves. La faiblesse de ce chiffre peut être analysée comme une manifestation d'une attitude de rejet par les instituteurs des structures de relégation scolaire.

- Des démarches allant dans le sens d'une prise en charge ou d'une intervention spécialisée ont été entreprises de façon beaucoup moins fréquente que les indications correspondantes :

Pourcentage des élèves en difficulté scolaire pour lesquels les maîtres ont :

- 1) émis une indication de prise en charge
- 2) effectué des démarches pour que cette prise en charge se réalise.

	Indication de recours	Démarche effectuée par l'instituteur pour que la prise en charge correspondante se réalise
GAPP Psychologue scolaire	32,1 %	17,5 %
Prise en charge médico-psychologique	26 %	11,3 %
Orthophoniste	23,1 %	10,1 %

Pour plus de 66 % des enfants dont les instituteurs nous ont parlé, ils n'ont personnellement entamé aucune démarche allant dans le sens d'une intervention ou d'une prise en charge spécialisée.

De plus, quand une démarche a été entreprise par l'instituteur dans le sens d'une prise en charge spécia-

lisée elle est généralement unique. Des démarches vers des prises en charge multiples ne se sont produites que pour 15 % des élèves

Les démarches entreprises : pour qui ?

Pour qui, pour quels enfants en difficulté scolaire, sont effectuées par l'instituteur des démarches pour qu'ils soient pris en charge par telle ou telle instance spécialisée ?

Nous avons montré précédemment que l'indication de recours aux différentes modalités de prise en charge était en partie fonction de l'offre de prise en charge correspondante dans l'environnement.

Pour ce qui concerne les démarches concrètement réalisées dans le sens d'une prise en charge par le GAPP ou le psychologue scolaire ainsi que pour celles qui visent l'intervention de l'orthophoniste, on constate que la présence, dans l'école ou dans l'environnement de l'école, de ces spécialistes facilite l'initiative de l'instituteur.

Ainsi, les instituteurs qui peuvent saisir le GAPP ou un psychologue scolaire entreprennent des démarches dans ce sens pour 23 % de leurs élèves en difficulté scolaire ; ils ne tentent de telles démarches que pour 10 % de leurs élèves quand il n'y a pas de GAPP dans leur établissement scolaire et que le psychologue scolaire leur apparaît inaccessible.

Le même phénomène apparaît en ce qui concerne l'orthophoniste vers lequel les instituteurs entreprennent des démarches pour 26 % de leurs élèves en difficulté scolaire quand un cabinet d'orthophoniste est établi dans la commune ou dans le quartier. Tandis qu'ils n'entament de telles démarches que pour moins de 9 % de leurs élèves quand le spécialiste est matériellement plus éloigné.

La présence des structures ou des spécialistes de la prise en charge des difficultés scolaires a donc un impact non négligeable sur les indications de recours formulées par les instituteurs et sur les démarches qu'ils accomplissent concrètement pour que se réalisent les prises en charge des élèves qui leur posent problème.

Ce constat résulte naturellement du fait que les spécialistes qui interviennent, soit individuellement, soit au sein de ces structures, font également des démarches en direction des enseignants. La création d'un GAPP dans une école répond à une demande des enseignants eux-mêmes ; l'intérêt que porte l'instituteur aux compétences des psychologues scolaires, RPP et RPM, pour traiter les problèmes qu'il rencontre dans sa classe préexiste à l'implantation du GAPP. Cette implantation favorise donc l'expression des besoins et met à portée les spécialistes qui peuvent y répondre.

La création ou l'existence d'un cabinet d'orthophoniste est, en principe, complètement indépendante et extérieure au fonctionnement du système scolaire. Ceci n'exclut pas qu'il puisse exister une coopération entre les instituteurs et les orthophonistes. En effet, - l'enquête auprès des instituteurs nous a permis de le vérifier - des liens s'élaborent entre les praticiens et les instituteurs. Des relations qui restent informelles s'établissent fréquemment et de façon parfois étroite entre enseignants et orthophonistes sur la base des difficultés scolaires des enfants. Il n'est pas rare, surtout en milieu rural que, les séances de rééducation ayant lieu pendant le temps de classe, l'instituteur laisse l'enfant quitter la classe pour se rendre à sa rééducation, que l'orthophoniste vienne même chercher l'enfant à l'école et le ramène à la fin de la séance. Une véritable coopération s'instaure parfois entre ces deux acteurs dans le traitement des difficultés scolaires.

"Les orthophonistes me téléphonent pour me dire si ça va ou pas, parfois les enfants me disent que l'orthophoniste veut voir le cahier..., si l'élève se sent épaulé il prend confiance...". (Femme, 50 ans, CE2, Médoc-péri-urbain).

"La plupart du temps je travaille vraiment en collaboration avec elle (l'orthophoniste), ce qui n'est pas passé en classe, en particulier les phonèmes qui sont très proches, je le lui note, et elle le reprend en travail individuel, donc du fait que c'est un petit complément de la classe je peux me rendre compte si c'est bien passé ou mal passé. Elle-même peut me faire remarquer des points que je n'ai pas vus..." (Femme, 31 ans, CP, Haut-Médoc).

L'observation des enfants pour lesquels une initiative a été réalisée par l'instituteur manifeste la cohérence entre les indications de prise en charge formulées par les instituteurs et les démarches qu'ils entreprennent. Conformément à ce que nous avons observé en ce qui concerne les indications de prise en charge, les démarches entreprises par les instituteurs sont beaucoup plus fréquentes pour les enfants qui se trouvent dans les premiers niveaux de la scolarité (CP, CE1), du moins celles qui visent la prise en charge par le GAPP, le psychologue scolaire ou par une structure médico-psychologique. Par contre, les instituteurs ne suivent pas la même logique en ce qui concerne la prise en charge par les orthophonistes ; les démarches allant dans ce sens sont aussi fréquentes, quelle que soit la classe des élèves.

D'autres caractéristiques différencient les élèves pour lesquels les maîtres interviennent pour qu'ils consultent un orthophoniste, de ceux pour lesquels les démarches des instituteurs sont orientées dans d'autres directions. Ainsi, tandis que la fréquence des démarches tendant à la prise en charge par les structures médico-psychologiques est d'autant plus forte que les enfants sont considérés comme mal intégrés dans leur classe,

c'est l'inverse qui se produit en ce qui concerne les démarches allant dans le sens d'une prise en charge par un orthophoniste.

Question : <i>L'intégration de l'élève dans la classe est-elle ?</i>	Démarches entreprises pour que se réalise une prise en charge par :					
	Structures médico-psychologiques			Orthophoniste		
	Non	Oui		Non	Oui	
très bonne ?	95,4 %	5,6 %	100 %	85,4 %	14,6 %	100 %
bonne ?	87,2 %	12,8 %	100 %	89,2 %	10,8 %	100 %
moyenne ?	90,8 %	9,2 %	100 %	90,3 %	9,7 %	100 %
Mauvaise ?	80,6 %	19,4 %	100 %	98,5 %	1,5 %	100 %

Par ailleurs, alors que les instituteurs ne semblent pas se fonder très spécifiquement sur le profil des résultats scolaires de leurs élèves pour engager des démarches visant leur prise en charge au plan psychopédagogique, ce profil de résultat dans les matières principales est pris en compte de façon diamétralement opposée dans les démarches dirigées vers la prise en charge par l'orthophoniste ou les structures médico-psychologiques.

Des démarches orientées vers une prise en charge médico-psychologique sont effectuées d'autant plus fréquemment que le profil des résultats scolaires des élèves est mauvais. A l'inverse, c'est parmi les élèves qui présentent un profil de résultats plutôt bon qu'on trouve le plus d'enfants à propos desquels le maître a pris l'initiative d'une consultation de l'orthophoniste.

Profil de résultat dans les matières	Le maître a personnellement entrepris des démarches pour une prise en charge de l'élève		
	par		
	G.A.P.P. psychologue scolaire	structures médico-psychologiques	
Plutôt bon	17,6 %	6,5 %	14,8 %
Plutôt moyen	13,8 %	9,1 %	11,4 %
Plutôt mauvais	20,1 %	14,3 %	7,3 %

Les indications de prise des difficultés scolaires de l'enfant et la fréquence avec laquelle les instituteurs sont prêts à engager des initiatives pour que ces indications se concrétisent ne répondent donc pas exactement aux mêmes logiques. A l'analyse, le rôle de l'orthophoniste, en particulier, apparaît relativement spécifique. L'instituteur entre d'autant plus facilement en action pour que celui-ci intervienne auprès d'un élève que cet élève pose un problème scolaire moins grave, puisqu'il s'agit d'enfants bien intégrés dans la classe, présentant des résultats scolaires non catastrophiques. De plus, 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 - observation qui n'est, sans doute, pas indépendante de la précédente - d'autant plus que ces élèves sont issus de milieux sociaux plus aisés.

Les instituteurs ont, en effet, entrepris des démarches afin que se réalise leur indication de rééducation orthophoniste pour près de 27 % des élèves dont les parents appartiennent aux catégories sociales

dominantes, alors que de telles démarches ne sont effectives que pour moins de 10 % des enfants issus des catégories sociales populaires.

Les paramètres sociaux interviennent donc ici de façon très manifeste dans la prise en charge spécialisée des difficultés scolaires.

La prise en charge effective

Notre ambition affirmée dans l'énoncé de la problématique de cette étude était d'étudier les déterminants de l'identification des difficultés scolaires et de leur prise en charge médicale et/ou spécialisée.

Nous avons mis en évidence les facteurs qui président au fonctionnement de ce processus qui débouche normalement sur la prise en charge réelle des élèves par les structures ou les spécialistes compétents. Pour terminer l'analyse de ce phénomène qu'est la médicalisation des difficultés scolaires ou plus exactement des enfants en difficulté scolaire, il conviendrait donc de préciser les modalités selon lesquelles ont été pris en charge les élèves qui, au départ du processus, ont été désignés comme étant en position scolaires difficile, pour lesquels un pronostic d'évolution a été émis et, enfin, pour lesquels des indications de prise en charge ont été formulées, aboutissant éventuellement à des démarches de l'instituteur pour que cette prise en charge soit réalisée. Un tel processus, on le voit, se déroule dans une durée plus ou moins longue.

Ayant demandé en fin d'année scolaire aux instituteurs de nous préciser ces différents éléments du processus, ils étaient, à cette époque, en mesure de nous en faire la description détaillée. Mais la réalisation concrète d'une prise en charge médico-psychologique ou psychopédagogique suppose également une durée plus ou moins longue. Or, la méthodologie mise en oeuvre impliquait une observation à un moment donné. Le

processus en question, au moment de notre observation, était, selon les enfants, soit arrivé à son terme, soit plus ou moins avancé dans son déroulement.

Nous avons recueilli les éléments d'information concernant la prise en charge dont certains de ces élèves bénéficiaient ou avaient bénéficié. Mais nous ne sommes pas en mesure d'établir rigoureusement s'il y a un lieu direct ou indirect entre ces prises en charge, d'une part, et le signalement ou même les démarches entreprises par les instituteurs, d'autre part. Pour certains élèves cette prise en charge est, sans doute, la conséquence des démarches de l'instituteur, pour d'autres, elle est liée aux initiatives d'un instituteur précédent, pour d'autres encore, elle peut n'avoir aucun lien avec des démarches d'ordre scolaire.

Au total, dans l'ensemble de notre échantillon, les élèves qui ont bénéficié d'une prise en charge médico-psychologique ou psycho-pédagogique se répartissent de la façon suivante :

- classe d'adaptation	20 %
- consultation du psychologue scolaire	33,9 %
- établissement d'un bilan psychologique	18,5 %
- rééducation motrice	3,4 %
- psychothérapie	5,9 %
- rééducation orthophonique	13 %

Ces types de prise en charge n'étant nullement exclusifs l'un de l'autre, il convient de préciser que, au total, 44,4 % des élèves ont bénéficié au cours de leur scolarité d'au moins un type de prise en charge, soit pédagogique, soit psycho-pédagogique, soit médico-psychologique.

Si on étudie les déterminants de la prise en charge des élèves par les spécialistes ou les structures médico-psychologiques ou psychopédagogiques, il apparaît que cette prise en charge est, en fait, peu déterminée par les variables d'ordre scolaire.

Les variables d'ordre scolaire que nous avons adoptées - pronostic d'évolution des difficultés scolaires - ou niveau d'inadaptation scolaire - sont insuffisantes pour rendre compte de la prise en charge réelle des élèves en difficulté scolaire par les spécialistes ou les structures concernées.

Les pronostics formulés par les instituteurs sur la scolarité ultérieure de leurs élèves n'expliquent pas les prises en charge de type psychologique dont ils bénéficient ou ont bénéficié, pas plus que le niveau d'inadaptation scolaire ou le profil de performances scolaires.

Cette constatation ne doit, cependant, pas conduire à conclure que les paramètres scolaires n'ont rien à voir avec la prise en charge médicale ou spécialisée des difficultés scolaires, simplement qu'ils sont insuffisants pour en rendre compte.

Plusieurs types d'explications peuvent être invoqués ici :

- une explication méthodologique et technique, d'une part : il est tout à fait vraisemblable que les paramètres scolaires que nous avons saisis peuvent rendre compte d'un certain nombre de prises en charges réelles, mais seulement dans le cadre d'une analyse multivariée, c'est-à-dire en combinant plusieurs de ces indicateurs entre eux. Combinaisons d'indicateurs qui sont, sans doute, variables, non seulement d'un mode de prise en charge à l'autre, mais également d'un enfant à l'autre, voire d'un instituteur à l'autre.

Les effectifs d'enfants de notre échantillon, qui ont bénéficié de l'une ou de l'autre modalité de prise en charge, sont trop réduits - comme nous l'avons constaté - pour permettre une telle analyse débouchant sur des résultats fiables.

- Une autre explication tient au fait que si les paramètres d'ordre scolaire interviennent, d'autres variables extra-scolaires interviennent également ;

nous pouvons citer l'influence de l'appartenance sociale des enfants : plus de la moitié des enfants, provenant de la couche sociale dominante, ont bénéficié d'une prise en charge de caractère psychologique, contre seulement un tiers des enfants issus de chacune des autres couches sociales. Mais, il est possible que les variables de type sociologique ne puissent rendre compte que très partiellement de ces processus de décision et de prise en charge dans lesquels interviennent des éléments plus psychologiques et plus qualitatifs.

- En dernier lieu, il faut rappeler que les informations d'ordre scolaire dont nous disposons à propos de ces élèves ne sont pas forcément contemporaines des processus de décision qui ont conduit à leur prise en charge médicale spécialisée.

DEUXIEME PARTIE
LES ACTEURS MEDICAUX ET SPECIALISTES
ET LA PRISE EN CHARGE DE L'ECHEC SCOLAIRE

DEUXIEME PARTIE

LES ACTEURS MEDICAUX ET SPECIALISES ET LA PRISE EN CHARGE DE L'INADAPTATION SCOLAIRE

I - METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

1 - La deuxième phase de la recherche

Comme nous l'avons précisé dans notre introduction générale (cf. p. 17), c'est l'ensemble du processus ayant pour origine le constat des difficultés scolaires d'un enfant et pour terme la prise en charge éventuelle de cet enfant par les acteurs spécialisés et les institutions concernées qui constituait l'objet de notre recherche. Dans un premier temps, nous avons interrogé les instituteurs. Dans un deuxième temps, il convenait d'approfondir notre connaissance de la personnalité des groupes socio-professionnels appartenant au système d'offre de prise en charge spécialisée et médicale.

Ici interviennent un certain nombre d'acteurs spécialisés, scolaires et extra-scolaires, dont nous pouvons dresser la liste ci-après :

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
| - psychologue scolaire | Groupe d'Aide | |
| - rééducateur en psycho- | | Psycho-Pédagogique |
| pédagogie (R.P.P.) | | de l'Education Nationale |
| - rééducateur en psycho- | (G.A.P.P.) | |
| motricité (R.P.M.) | | |
| - | | |
| - médecin scolaire | Système collectif de | |
| - médecin-psychiatre | | diagnostic et de prise en |
| - orthophoniste | | charge, public ou para- |
| - psychologue clinicien | | public |
| | . Centres de Santé Mentale | |

- psychomotricien		Infantile (C.S.M.I.)
- éducateur		. DASS ou Education Nationale
- assistante sociale		. Associations (ex : CMPP.)
- <u>médecin-généraliste</u>		
- psychiatre		Système de prise en charge d'exercice privé
- phoniatre		
- psychologue-clinicien		
- orthophoniste		

Etant donné la complexité de l'organisation du système d'offre, il nous apparut nécessaire de définir les **statuts et les rôles** de chacun des professionnels intervenant dans la prise en charge médicale ou spécialisée. Ensuite pour rendre compte des divers types de rapports sociaux, des interactions à l'oeuvre entre les acteurs médicaux, spécialisés, et leurs différents partenaires, nous aurons recours à l'analyse des **représentations sociales** et des **attitudes**.

Le recueil de ce matériel symbolique et qualitatif ne constitue pas, bien sûr, une fin en soi, mais nous intéresse pour autant qu'il révèle des clivages, des enjeux institutionnels, sociaux, idéologiques, observables au niveau de la société globale.

Dans cette perspective, l'étude du traitement de l'inadaptation scolaire pourrait constituer un exemple des processus globaux de "**psychologisation**" ou de "**médicalisation**" des problèmes sociaux.

Cette dernière phase de l'analyse correspond au quatrième terme de notre interrogation sur les conséquences du processus conduisant de l'identification à la prise en charge médicale ou spécialisée de l'échec scolaire.

2 - Mise en place de l'enquête

Compte tenu de la problématique d'ensemble de ce travail, des hypothèses que nous avons formulées, des objectifs que nous nous sommes fixés, l'enquête qui

concerne la population des individus et l'analyse de contenu portant sur les interviews recueillies nous ont paru les techniques les plus adéquates à un examen scientifique des rôles, des statuts, des attitudes et des représentations sociales.

Le recueil de ce "matériau" symbolique ou qualitatif fut effectué au moyen d'un questionnaire ouvert et d'une interview et complété par un questionnaire fermé portant sur les caractéristiques générales de chaque acteur. Pour mener ce travail à bien et afin de le rendre cohérent du point de vue méthodologique, nous sommes donc convenu d'appliquer les mêmes méthodes que celles utilisées dans la première partie de l'enquête.

Nous avons, dans un premier temps, établi un plan du questionnaire où apparaissent les thèmes suivants :

- . l'acteur médical ou spécialisé et l'E.S.
 - explication de l'E.S.
 - les références théoriques.
- . le fonctionnement institutionnel de la demande de prise en charge à la prise en charge effective
 - les diverses procédures d'évaluation et de traitement.
- . connaissance des acteurs scolaires : conception de leur rôle.
- . représentation du système scolaire.
- . représentations générales des caractéristiques des enfants, de leur milieu social et de leur famille.
- . évaluation des relations avec les différents corps professionnels de spécialistes.

- . l'acteur médical ou spécialisé et son métier :
 - les finalités de l'institution de référence
 - situation hiérarchique et statutaire de l'acteur.
- . questionnaire d'identité : sexe, âge, situation de famille, formation...

Une étape intermédiaire a encore été nécessaire avant de parvenir à l'élaboration définitive du questionnaire.

Un premier questionnaire ouvert a, en effet, été établi et testé dans le cadre de la pré-enquête auprès d'un échantillon retreint de médecins et de spécialistes. Une série d'entretiens semi-directifs nous a aussi permis d'affiner les thèmes à étudier, d'approfondir notre connaissance du fonctionnement institutionnel de l'offre et de la demande de prise en charge médico-psychologique et de parfaire notre approche des groupes professionnels concernés.

L'analyse de ce travail nous a conduit à remanier l'ordre des questions ainsi que le contenu et la formulation de certaines questions de façon à rendre le questionnaire plus adapté à l'ensemble des interviewés.

Le questionnaire étant établi, il reste à définir avec précision la population à interroger.

Trois critères ont été retenus pour composer notre échantillon :

- **un critère de représentativité professionnelle** : les acteurs les plus nombreux au plan du recensement exhaustif que nous avons effectué sont aussi les plus nombreux à être interviewés. Ce sont les psychiatres, les orthophonistes et les psychologues scolaires. Ces trois catégories socio-professionnelles seront également privilégiées au niveau de notre analyse.
- **un critère d'implantation géographique** : il était, selon nous, important que toutes les aires écologiques délimitées par l'Intersecteur "A" de psychiatrie infanto-juvénile, soient représentées.

Ces groupements de population offrent, en effet, des caractéristiques particulières qui les distinguent les uns des autres. Il était donc nécessaire de n'en privilégier aucun, a priori, mais, non plus, de n'en rejeter aucun.

Le troisième critère ayant présidé à la constitution de notre échantillon est celui de la **représentativité institutionnelle**.

On le sait, tous ces spécialistes n'exercent pas sous la même bannière, certains appartiennent au secteur public, d'autres au secteur privé, d'autres, enfin, c'est le cas pour la majorité des personnels des Centres de Santé Mentale Infantile (C.S.M.I.), relèvent du secteur associatif para-public. Les modes d'exercice sont différents : privé, public ou para-public, voire mixte comme c'est le cas pour nombre d'orthophonistes et de psychiatres.

Il était important de rendre compte de cette diversité dans notre échantillon.

La population de cet échantillon étant déterminée, il convient maintenant de fixer le nombre d'acteurs à interviewer.

Tout d'abord un recensement exhaustif de la population des spécialistes a été effectué d'après quatre sources différentes :

- En ce qui concerne les acteurs de l'Education Nationale (psychologue scolaire, rééducateur en psycho-pédagogie, (R.P.P.), rééducateur en psychomotricité (R.P.M.)) auprès de l'Inspection Académique de la Gironde, Service de la vie scolaire, les données portent sur l'année 83/84.
- Pour les orthophonistes, les données nous ont été fournies par la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociales (DRASS) de Bordeaux (liste à jour au 30.3.82).

INTERSECTEUR DE PSYCHIATRIE
 INFANTO-JUVENILE "A" (GIRONDE)

ENQUETE ACTEURS

	BORDEAUX	BORDEAUX CAUDERAN	BLANQUEFORT	LE BOUSCAT	BRUGES	CANTENAC
1 Psychologue scolaire	Condorcet Schweitzer "A" 1 Labarde Montgolfier		1 /	1 /		
R.P.P.	Condorcet Labarde Montgolfier		1 /	1 /		
R.P.M.	Schweitzer "A" Labarde		1 /			
2 Orthopho- niste	9 /	8 /	5 /	3 /		1 /
3 Phoniatre	2 /					
Pédiatre	5 /	2 /		2 /		
Psychiatre	10 /	7 /				
Psychologue clinicien	4 /					
4 C.S.M.I.	Grand-Parc Claveau		X		X	

Le chiffre en haut, à gauche, indique le nombre d'acteurs recensés. En bas, à droite, le nombre d'acteurs interviewés.

(*) 4 interviews C.M.S.I. dont 1 de psychologue clinicien, 1 d'orthophoniste et 2 de psychiatres responsables d'antennes + une interview de la directrice administrative et pédagogique du C.M.P.P., Bordeaux-Wilson (N.B. le C.M.P.P. ne fait pas partie de l'Intersecteur "A").

ICAUX ET SPECIALISTES (MAI, JUIN, JUILLET 1984)

CASTELANAU	EYSINES	LESPARRE	PAUILLAC	LE PIAN	ST MEDARD	SOULAC TALATS	TOTAL
/	1	1	1		1		11
		1	1				5
			1		1		7
							2
	1	1	1		1		7
	5	5	2	1	4		44
1	1		1				7
							2
							1
	1				1	1	DDASS 14
	1					1	2 1 4
		1			1		20
			1		1		6
	1				1		10
	1						2
							36
							(*) 5
							TOTAL GENERAL 157
							32

- Pour les médecins, nous avons consulté le recueil des Actes administratifs auprès de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale de la Gironde.
- Pour les psychologues cliniciens, les renseignements ont été recueillis dans l'annuaire officiel des abonnés au téléphone.

L'objectif de notre enquête n'est pas d'estimer des grandeurs, (cas où la représentativité stricte de l'échantillon est une condition nécessaire de la validité du résultat).

Dans le cadre de cette recherche notre problématique est, rappelons le, essentiellement qualitative. Il s'agit d'analyser les rôles, les statuts, les attitudes, les représentations sociales d'un certain nombre d'acteurs médicaux et spécialisés.

3 - Présentation des acteurs sur le terrain

L'échantillon étudié comporte 32 interviews, y compris les 6 de la pré-enquête, pour 151 acteurs recensés.

Dans le tableau ci-contre nous pouvons observer dans le détail la répartition géographique de chacun des spécialistes recensés et interviewés.

Nous voyons que ceux-ci se répartissent selon 4 grandes catégories correspondant à des statuts et des modes d'exercice différents.

- Les spécialistes de l'aide psycho-pédagogique de l'Education Nationale, qu'ils soient psychologue scolaire, rééducateur en psychomotricité ou en psychopédagogie, appartiennent naturellement à la même catégorie. Même si la formation des psychologues scolaires est plus longue que celle des rééducateurs (2 ans au lieu d'un an) ils ont en commun la même origine professionnelle puisqu'ils sont tous recrutés

parmi les instituteurs spécialisés déjà titulaires d'un Certificat d'Aptitude à l'Education des enfants et adolescents déficients ou inadaptés (C.A.E.I.).

Qu'il travaille ou non au sein d'un G.A.P.P., le psychologue scolaire occupe parmi les spécialistes de l'Education Nationale une place privilégiée. C'est, en effet, à lui que font appel les instituteurs lorsqu'ils constatent des difficultés d'acquisitions scolaires, voire un échec déjà installé chez un enfant.

Nous avons pu constater au cours de notre enquête auprès des instituteurs combien cet acteur pouvait susciter des représentations très diversifiées.

Technicien écouté et parfois redouté, il occupe désormais une place prépondérante au sein de l'école élémentaire. Sa formation, plus complète que celle de ses collègues rééducateurs, en fait le quasi-responsable du G.A.P.P., bien qu'aucune autorité hiérarchique ne lui soit conférée et, habituellement, l'interlocuteur privilégié des organisations de soins psychothérapeutiques tels que C.S.M.I., C.M.P.P., voire des psychiatres et des orthophonistes de pratique libérale.

Son statut, de même que celui des autres intervenants des G.A.P.P., se trouve en quelque sorte conforté par l'augmentation significative du recrutement de ces spécialistes comme nous l'indiquons dans le tableau ci-contre.

On comprendra donc aisément que notre choix se soit porté au niveau de l'analyse sur les fonctions du psychologue scolaire. Nous tenons, en effet, celui-ci pour représentatif de l'action psycho-pédagogique assurée globalement par l'Education Nationale, et, en particulier, pour ce qui concerne notre étude, par le G.A.P.P. Rappelons ici que notre travail exclut le champ des prises en charge strictement pédagogiques telles que, par exemple, les classes d'adaptation ou les classes de perfectionnement.

EVOLUTION DES POSTES DE G.A.P.P. EN GIRONDE

ANNEE	ENSEMBLE DU GAPP	PSYCHOLOGUE	RPP	RPM
1974	86	47	34	5
1975	90	48	36	6
1976	95	50	37	8
1977	103	52	36	15
1978	107	53	36	18
1979	110	53	37	20
1980	113	53	37	23
1981	118	54	37	27
1982	134	60	39	35
1983	155	66	47	42
1984	180	75	55	50

Source : Inspection Académique de la Gironde.

Commentaires : On assiste à une augmentation très significative des effectifs. D'abord lente sur la période 1974/1981 (3,89 % en moyenne/an), elle s'accélère à partir de 1982 : 13,21 % en moyenne sur 1982/83 et 84, sous l'effet de la volonté politique affichée depuis l'élection d'un Président socialiste.

Preuve de l'intérêt manifesté pour cette structure de prise en charge de l'inadaptation scolaire, tant au niveau des instituteurs qu'au niveau des responsables ministériels, les départs en stages d'aide psychopédagogique (psychologues scolaires, R.P.M. et R.P.P. confondus) ont augmenté en moyenne de 13,60 % par an sur la période 1978/1984 pour l'ensemble du territoire national (source : L'Ecole Libératrice, n° 3 du 22.09.1984, p. 24).

- La deuxième catégorie professionnelle à apparaître dans notre tableau est celle des orthophonistes.

Quantitativement la plus importante, puisqu'atteignant à elle seule près de 30 % des acteurs recensés, elle est aussi la mieux répartie géographiquement. C'est dire que ces professionnels sont aujourd'hui non seulement bien implantés, tant dans les zones urbaines, péri-urbaines que rurales, mais aussi sont connus et acceptés de tous.

Dans les zones rurales où les autres structures de prise en charge telles que G.A.P.P. ou C.S.M.I. font souvent défaut, l'orthophoniste est le seul recours pour l'instituteur ou les parents aux prises avec les difficultés scolaires d'un enfant.

De plus, ce professionnel de la rééducation orthophonique jouit d'un statut d'auxiliaire médical qui par le jeu des mécanismes de clientèle lui assure un volume de travail à peu près régulier. On peut considérer que le même statut, estampillé médicalement, peut auréoler cet acteur d'un certain prestige, notamment dans les milieux socio-culturels défavorisés.

Cependant, en dépit de son origine para-médicale, l'orthophoniste fait, aux yeux de certains enseignants ou parents d'élève, figure de répétiteur scolaire, notamment pour l'orthographe et la grammaire.

Nous reviendrons, bien entendu, plus en détail sur les ambiguïtés du statut de ces professionnels en cherchant au cours de cette étude à préciser leur profil et leurs problématiques.

La troisième catégorie sur laquelle nous avons travaillé au cours de cette enquête est constitué d'acteurs strictement médicaux, autrement dit de médecins spécialistes (psychiatres ou pédiatres) ou ayant acquis une compétence particulière tels que médecins phoniâtres.

Les psychologues cliniciens, dont la pratique professionnelle, essentiellement constituée de bilans et de psychothérapies, de même que le mode d'exercice libéral, les rapprochent du corps médical, font aussi partie de cette catégorie d'acteurs.

Cependant, la figure qui domine ce groupe est bien celle du psychiatre.

Situé au haut de la chaîne de prise en charge, sa clientèle est essentiellement constituée d'enfants adressés par des confrères, notamment par ceux que nous avons nommés précédemment, mais aussi par des médecins généralistes.

Les auxiliaires médicaux, surtout les orthophonistes, lui adressent aussi volontiers une partie de leur clientèle pour des bilans ou des prises en charge psychothérapeutiques.

L'autorité sans conteste dont jouit ce technicien particulièrement compétent pour tenter de remédier aux désordres psychologiques ou aux blocages affectifs semble aussi **s'étendre** - et c'est là, pour nous sociologues, un fait singulier - aux difficultés et aux échecs scolaires.

Il n'est pas rare, en effet, que le motif de telle consultation psychiatrique fasse état des difficultés scolaires de l'enfant, si bien que **nous sommes en droit de poser la question d'une éventuelle médicalisation de l'inadaptation scolaire.**

On saisit les enjeux sociaux et institutionnels d'une telle question et ce sera naturellement le thème central de notre partie consacrée à la problématique du psychiatre.

En dehors de ces professionnels de la prise en charge psychopédagogique, fonctionnaires de l'Education Nationale, auxiliaires médicaux et médicaux stricto sensu qui appartiennent au système de soins libéral, il existe une quatrième catégorie d'acteurs relevant d'un système collectif de soins.

Il s'agit, d'une part, des Centres de Santé Mentale Infantile (C.S.M.I.), institutions relevant de l'autorité d'un médecin-chef, psychiatre public, mais

dont l'organisation administrative se fait, dans le secteur A en Gironde, sous le contrôle d'une association privée loi 1901.

Nous voulons parler, d'autre part, des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques, organisation de caractère associatif également, mais dans laquelle travaillent conjointement des spécialistes médicaux ou paramédicaux et des rééducateurs de l'Education Nationale.

Nous citons le C.M.P.P. ici pour mémoire. En effet, celui de Bordeaux - boulevard Wilson - n'est pas situé sur l'Inter-secteur "A" de la Gironde qui détermine notre zone géographique d'investigations.

Etant situé à la proximité immédiate de celui-ci, il nous a paru toutefois intéressant, dans le cadre de la pré-enquête, de recueillir l'interview de la directrice administrative et pédagogique de ce C.M.P.P. ainsi que celui du psychiatre directeur médical.

Quant au C.S.M.I. il s'agit d'un ensemble de 10 antennes comprenant chacune, si ce n'est à temps plein du moins à temps partiel, un psychiatre, un psychologue, un orthophoniste, un psychomotricien, ceux-ci intervenant dans les prises en charge d'enfants. Le reste du personnel est constitué, parfois, d'un travailleur social (assistante sociale) et d'une secrétaire.

Le personnel des antennes du C.S.M.I. est en général salarié de l'association à l'exception du médecin-chef de l'Intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile et de ses assistants qui jouissent du statut du personnel médical hospitalier public.

Très importantes quantitativement (près de 24 % des effectifs recensés) et apparaissant comme bien implantées sur le terrain, les antennes du C.S.M.I. ont, en principe, pour fonction de mener à bien la prévention des maladies mentales et de mettre en oeuvre les traitements ambulatoires de la population

du secteur. Leur activité comprend en réalité essentiellement les différents bilans pratiqués sur l'enfant, les consultations, les "synthèses" (réunion d'équipe) et les traitements proprement dits. Les personnels qui travaillent sur ces antennes ont pour habitude de travailler au sein d'équipes structurées placées sous l'autorité du psychiatre responsable de l'antenne.

Nombre de ces acteurs exercent une activité professionnelle en dehors du C.S.M.I., le plus souvent dans le secteur de la pratique libérale, mais ont souvent tendance à privilégier la pratique de secteur comme source d'évolution personnelle et professionnelle.

La réalisation d'un tel profil de recherche rencontre tout naturellement des obstacles liés aux résistances des acteurs sociaux, à une observation sociologique qui suscite des attitudes réfractaires de nature individuelle ou corporative. L'expérience montre en particulier qu'il est parfois bien difficile de surmonter les conflits interdisciplinaires qui opposent la sociologie à la psychiatrie dans l'analyse du fonctionnement du système médico-social et des enjeux professionnels que recèle son organisation. Ces difficultés nous ont empêché d'interroger autant de praticiens que nous l'aurions souhaité.

Cependant, les quatre acteurs interviewés : 2 médecins responsables d'antenne, 1 psychologue et 1 orthophoniste, donnent, nous semble-t-il une représentation assez fidèle de ce type d'activité dont nous verrons plus loin en quoi il se singularise des pratiques psychiatriques libérales.

Avant d'en venir à la présentation des profils et des problématiques des acteurs les plus représentatifs des 4 filières de prise en charge de l'inadaptation scolaire, à savoir, successivement : le psychologue scolaire, l'orthophoniste et le psychiatre, il nous reste à préciser que nous avons volontairement écarté de notre enquête un certain nombre d'intervenants tels

que les travailleurs sociaux ou les médecins généralistes dont le rôle peut être considéré comme négligeable au niveau d'une prise en charge proprement dite des difficultés scolaires, même si leur rôle en tant que conseil auprès des familles reste souvent prépondérant.

II - LES PSYCHOLOGUES SCOLAIRES

1 - Ambiguïté du statut et dualité du rôle

Le personnage du psychologue scolaire n'est pas toujours bien connu tant des usagers de l'école que des enseignants eux-mêmes. Souvent mal compris, il agit dans les coulisses du système éducatif : sa mission n'est pas, a priori, très gratifiante comparée à celle des psychologues cliniciens par exemple. Les premiers services de psychologie scolaire ont été créés après 1945, à l'initiative des spécialistes de psychométrie qui, comme Zazzo en France, se sont efforcés de rénover l'échelle métrique de Binet-Simon. A l'issue d'une formation complémentaire délivrée par l'Université, les premiers contingents de psychologues scolaires ont eu pour mission d'évaluer le niveau d'efficience intellectuelle des enfants pris collectivement. C'est en particulier à eux que revenait la tâche ingrate de déterminer le fameux quotient intellectuel qui sert de critère administratif pour légitimer l'entrée des enfants en classe de perfectionnement. Spécialisé dans les tests d'intelligence, il n'a pas, en principe, accès à la pratique des tests projectifs et a fortiori il ne peut jouer le rôle d'un psychothérapeute. Les neuropsychiatres ou les psychanalystes qui exercent au sein des C.M.P.P. ou des C.S.M.I. le considèrent comme un auxiliaire technique, un correspondant utile à l'intérieur de l'école pour dépister l'enfance inadaptée susceptible d'entrer dans un processus de médicalisation.

Statutairement, il appartient en fait au monde des enseignants bien qu'il n'ait plus pour fonction d'enseigner. Les textes officiels en font un instituteur spécialisé qui relève de deux autorités : les inspecteurs départementaux de l'Education Nationale et de l'Enfance Inadaptée. A l'intérieur de la famille enseignante, sa spécialisation risque plus ou moins de

le marginaliser. Ses collègues peuvent, en effet, se sentir jugés par le regard qu'il porte sur l'échec scolaire des enfants qui lui sont signalés. En tout cas, son intégration dans l'équipe pédagogique ne va pas de soi. S'agit-il de supporter comme ils le disent parfois **"une frustration de longue durée ,"**. Dans leur majorité, et quelle que soit l'importance qu'ils donnent à leur rôle, cette double appartenance à la psychologie et à la pédagogie est source d'incertitudes au plan de leur identité professionnelle. **"On ne peut pas être instituteur et psychologue à la fois, ce sont deux vêtements qui ne vont pas ensemble"**, résume l'un d'entre eux.

Pour un autre exerçant dans une banlieue bordelaise à la limite du Médoc, **"c'est un instituteur d'abord, qui a fait deux ans de formation pour devenir psychologue scolaire"**. Et il ajoute **"c'est un instituteur-psychologue si on veut, qui a des connaissances psychologiques qui lui permettent de voir chez les enfants lorsque quelque chose ne va pas bien dans leur scolarité et qui peut estimer quels sont les remèdes que l'on peut apporter"**.

Il précise aussitôt après, comme pour souligner l'ambiguïté de son rôle qui le contraint à une approche **"clinique"** des enfants en difficulté scolaire : **"en principe, ce n'est pas son rôle, il devrait faire l'observation continue de tous les élèves. Comme cela fait vingt-cinq ans que je suis psychologue scolaire et que j'ai jamais pu le faire, je considère que ce n'est pas ça"**.

A cette dualité de rôle viennent s'ajouter les problèmes liés à l'étendue de la mission : mission parfois impossible et source d'amertume quand les moyens ne correspondent pas aux objectifs qui leur sont assignés. Chargés de couvrir une population de 800 à 1000 élèves, ils ne peuvent évidemment pas réaliser l'observation continue des enfants de la maternelle jusqu'à l'entrée en 6ème, comme on le prévoyait il n'y a pas très

longtemps encore, en précisant qu'ils devraient rendre des observations individuelles aux conseillers d'orientation qui pratiquent au niveau des C.E.S.

"Mon secteur est trop important (1600 élèves) pour que je puisse faire de l'observation", nous dit ce psychologue scolaire. "Alors qu'est-ce qu'on fait ?" poursuit-il, "dépistage pour les S.E.S. et les classes de perfectionnement, on s'occupe avec la maîtresse de la classe d'adaptation des enfants qui... On s'occupe de tous les enfants qu'on nous signale qui ont des difficultés scolaires".

Sur le plan individuel, ils n'ont pas toujours la possibilité de suivre cas par cas, comme ils le souhaiteraient, les enfants pour lesquels ils ont eux-mêmes recommandé une prise en charge par une équipe de santé mentale. Sans parler des contacts qui leur seraient utiles de prendre avec les psychiatres et les orthophonistes libéraux, ils peuvent difficilement se rendre disponibles pour toutes les réunions de synthèse auxquelles ils sont conviés par le centre de consultation (C.M.P.P. ou C.S.M.I.) qui traite les enfants dont ils ont signalé les difficultés. Lorsque leur groupe scolaire ou leur école de rattachement se trouve dans l'aire d'influence de trois ou quatre structures parallèles ou même concurrentes, c'est la quadrature du cercle. Acteurs souvent isolés, parfois solitaires, les psychologues scolaires travaillent dans des conditions intellectuellement et professionnellement plus confortables lorsqu'ils exercent dans le cadre d'un G.A.P.P. Mais comment dans ce cas concilier les exigences du G.A.P.P. et celles des écoles du secteur qui ne sont pas couvertes par ce type de structure ? C'est alors le choix Kafkaïen qui consiste à mener une double vie : 2/3 du temps dans le G.A.P.P. et 1/3 en dehors...

"Certains psychologues, nous dit celui-ci, décident de faire le travail intéressant sur une école et le moins intéressant, comme de recruter pour les S.E.S. et les perfectionnements, dans les autres écoles".

Faute de temps, ils privilégient, comme il le fait lui-même, une école "et là, ils arrivent à faire quelque chose de valable, être le "liant" entre les maîtres, les conceptions pédagogiques, travail difficile qui demande beaucoup de diplomatie. Chaque maître croit, et il a raison d'y croire, que ce qu'il fait est le mieux, qu'il peut faire changer les maîtres dans le sens de l'amélioration".

Instituteurs spécialisés, premier maillon d'un éventuel processus de médicalisation, les psychologues scolaires ont pour partenaires privilégiés leurs propres collègues enseignants. Ces derniers sont l'intermédiaire obligé qui conditionne les rapports que le psychologue scolaire pourra établir avec les enfants et les parents. Ce contact avec les familles ne peut positivement s'établir sans la complicité de l'enseignant. On mesure l'enjeu de ce rapport privilégié avec l'équipe pédagogique.

Comme nous venons de l'évoquer, les relations qui se nouent à ce niveau ne sont pas toujours très simples, principalement lorsque l'établissement scolaire ne dispose pas d'un G.A.P.P. Les représentations que les instituteurs se font du psychologue scolaire sont pour le moins fort diversifiées. De l'ignorance la plus totale à la coopération la plus cordiale, en passant par toutes les ambivalences d'une relation formellement mal définie, il existe une diversité de situations dans lesquelles la disponibilité du psychologue scolaire et de l'enseignant lui-même est sans doute l'argument le plus fondamental et sans doute le plus difficile à établir. Dans la pire des situations, nous avons d'un côté un enseignant qui vit mal la réalité de l'échec scolaire, en ressent une certaine culpabilité qu'il exprime dans un jugement plus ou moins sévère et moralisateur à l'égard des parents et de leur progéniture, de l'autre un psychologue scolaire qui se présente comme l'avocat d'une cause, celle de l'enfant qu'il défend au détriment du pédagogue dont il peut lui arriver de souligner les maladresses. Les conditions matérielles dans lesquelles s'exercent chaque activité professionnelle constituent parfois un obstacle à une collaboration efficace. Ce psychologue scolaire ne se

satisfait pas "des rencontres informelles (repas, récréation) ou trop formelles (conseil d'école) où, dans un temps réduit, on ne peut aborder les cas particuliers, car ce n'est pas le lieu". Même s'il se dément un peu plus loin lorsqu'il dit "le fait d'avoir mon bureau dans l'école, que je fasse l'étude, que je surveille la récréation m'a bien aidé à établir des contacts avec les maîtres".

Dans le meilleur des cas, l'instituteur intériorise les exigences psycho-affectives du développement de la personnalité de l'enfant, accepte les nécessités d'une pédagogie plus adaptée aux conditions où ils doivent porter leurs efforts... "Pour aller en classe de perfectionnement, il faut avoir un Q.I. inférieur à 85. On le respecte plus ou moins, il y a aspect verbal et performance. On voit ce qui va être le plus profitable à l'enfant en tenant compte des résultats, de la personnalité de l'enfant face à celle de la maîtresse, de la population de cette classe. Tout rentre en ligne de compte".

Doté d'une certaine capacité d'écoute et de compréhension, il arrive également qu'on lui demande de prendre en compte l'angoisse et la souffrance des enfants, des parents et des maîtres : responsabilité redoutable mais qui l'honore et lui ouvre un champ d'expériences humaines tout à fait enrichissantes.

Le nombre de professionnels chargés dans nos institutions bureaucratiques d'organiser la médiation augmente depuis quelques décennies. L'atomisation des statuts et des rôles, le cloisonnement des institutions et des professions, l'extrême spécialisation des pratiques rendent leur existence de plus en plus nécessaire. A l'hôpital, à l'usine, à l'école, ils s'affirment et s'efforcent de faire reconnaître leur identité. Spécialistes de la communication, acteurs de terrain, ils ont l'ardente obligation d'être des hommes et des femmes à la charnière des décisions et des actions. Leur mission consiste à favoriser les synthèses entre des univers épistémologiques et professionnels parfois très éloignés les uns des autres, quelquefois

antagonistes, souvent en situation de concurrence quelle que soit la complémentarité des perspectives de chaque métier, de chaque spécialité professionnelle. C'est le cas de l'ingénieur bio-médical à l'hôpital, de l'ingénieur sanitaire au service de l'hygiène publique, du psycho-sociologue dans l'entreprise, du psychologue scolaire dans l'école. Mission quelquefois impossible où il s'agit de concilier l'inconciliable, ils ont tous pour finalité d'être des acteurs de communication.

Les instituteurs attendent beaucoup des psychologues scolaires. L'enquête que nous avons précédemment effectuée auprès des enseignants montre qu'ils ont une représentation valorisante de sa fonction. Ils l'interpellent non seulement en tant que spécialiste mais également en tant que collègue pédagogue, interlocuteur proche de leur vécu professionnel. Mais ils sont loin de lui prêter cette fonction de médiateur psychopédagogique. Pour la majorité des maîtres, il reste cantonné dans son rôle de technicien, de testeur ; c'est **"l'homme à la valise"**. Certains d'entre eux déplorent l'absence de relation, de communication de la part d'un acteur que les jugements les plus sévères comparent à l'Arlésienne. En fait, ils sont nombreux à souhaiter une collaboration plus étroite. Une réelle disponibilité du psychologue scolaire leur permettait ainsi de mieux comprendre le comportement de l'enfant et les difficultés qu'il soulève dans le processus d'apprentissage ou d'intégration à la classe. On attend de lui qu'il soit un véritable conseiller psychopédagogique guidant le maître dans ses rapports aux enfants en difficulté.

Schématiquement, trois orientations se dégagent de l'interprétation que les psychologues scolaires font eux-mêmes de leur pratique : trois orientations que chaque praticien privilégie plus ou moins selon le projet pédagogique de l'école, son goût personnel, la qualité, le contenu et le niveau de sa formation. Selon les cas, la dominante sera psycho-pédagogique, psycho-

sociologique ou clinique (1). L'orientation psychopédagogique conduit à une plus grande maîtrise psychologique et technique des connaissances par une meilleure compréhension individuelle et collective des possibilités d'adaptation des enfants à la discipline scolaire. L'orientation psycho-sociologique consiste à réaliser un travail de psychologie collective. Elle implique une intervention au sein même de l'équipe pédagogique, au niveau des mentalités et des structures relationnelles dont dépend le fonctionnement de l'ensemble du système éducatif.

2 - Le rapport au médical

La troisième orientation mérite une attention particulière : c'est, en effet, au plan d'une orientation clinique que la psychologie scolaire se trouve particulièrement concernée par le processus de prise en charge. Cette orientation, précisons-le, n'implique pas, a priori, une démarche spécifiquement médicale. La psychologie clinique (2), dans une conception large se donne pour objet d'étudier la conduite humaine sur la base d'une étude approfondie des cas individuels que ceux-ci soient dits normaux ou pathologiques. Cette étude peut s'étendre à celle des groupes et donc nous renvoyer à la deuxième orientation de caractère psycho-sociologique. Néanmoins, l'interprétation étroite qu'en font certains psychologues scolaires induit des démarches théoriques et pratiques fortement influencées par le modèle médical. **"Je me situe comme clinicien, souligne l'un d'entre eux ; j'essaie de détecter des pathologies... J'effectue quelques prises en charge thérapeutiques... Et puis vous**

(1) Distinction introduite par J.C. GUILLEMARD : "Théories et pratiques en psychologie scolaire". Psychologie scolaire, n° 25, 26, 1978.

(2) Voir sur ce point Vocabulaire de la Psychologie .- Paris : PUF, 3ème édition .- Article "Psychologie", p. 319.

savez, toute prise en charge est thérapeutique...". Position sans doute extrême mais qui illustre bien une tendance actuelle de la psychologie scolaire.

Cette tendance est minoritaire et de toutes façons, il ne nous appartient pas d'apprécier la légitimité de cette orientation clinique, mais seulement d'en souligner les difficultés. Dans son acceptation large de connaissance individualisée de l'enfant et de l'adolescent, elle permet sans doute au psychologue scolaire de travailler dans un environnement plus personnalisé, moins administratif ; elle lui donne la possibilité d'être au plus près de la vie quotidienne des écoliers, perçus dans leur globalité psychologique et sociale, familiale et culturelle. Mais, entendue en son sens restreint d'intervention thérapeutique, elle comporte incontestablement des dangers. Enfermé dans une interprétation pathologisante des difficultés scolaires, le psychologue scolaire ne risque-t-il pas, en effet, de manquer de visibilité et de cet esprit de synthèse que requiert sa fonction de médiateur psycho-pédagogique ? Sans doute le clinicien peut-il bénéficier des avantages secondaires que lui procure sa participation au modèle psychiatrique ou psychanalytique. Mais à quel prix ? Mirage ou réalité, cette référence à l'autorité médicale comporte aussi des inconvénients : ceux d'une aliénation au savoir et au pouvoir de la médecine, si ce n'est au médecin lui-même, aliénation dont il n'est pas certain qu'elle procure, en définitive, ni matériellement, ni moralement, les gratifications escomptées ; inconvénients également d'une confusion des compétences et des prérogatives dans un rapport de force très inégal avec un secteur psychiatrique, privé ou public, qui entend bien sauvegarder son monopole des diagnostics et des décisions thérapeutiques. Au mieux, le psychologue scolaire peut devenir dans ce cas un auxiliaire médical : **"les médecins généralistes dans la plupart des cas nous ignorent ; mais je travaille avec deux d'entre eux d'une façon régulière. Ils me demandent des examens psychologiques pour étayer leur thérapeutique par rapport aux enfants"**, dit celui-ci au sujet de sa collaboration avec le corps médical.

Par ailleurs, devenant le **"gourou aux pieds nus"**, le psychologue scolaire risque de renforcer les résistances spontanées que bon nombre d'enseignants et de parents d'élèves opposent à l'intervention de tous ces spécialistes qui flirtent de près ou de loin avec le monde de la folie. Comment, dans ces conditions, instaurer un véritable travail d'équipe interdisciplinaire, comment remplir efficacement son rôle entre **"le dedans"** et le **"dehors"** du champ éducatif ? Comme l'indique une praticienne de longue date, cette tendance à la médicalisation ou à la **"psychologisation"**, pour reprendre un jargon de plus en plus répandu, s'affirmera d'autant plus que, dans ce corps de spécialistes, on recrutera des titulaires d'une licence et d'une maîtrise de psychologie ayant le même niveau que les psychothérapeutes de la médecine et n'ayant pas exercé le métier d'instituteur.

"Depuis le début de ma carrière, ça a évolué ; depuis la création de la psychologie scolaire, ça n'a plus aucun rapport. On restait auparavant très lié à l'institution scolaire... Maintenant, la psychanalyse a fait son entrée ; la psychologie scolaire s'éloigne de plus en plus de la pédagogie pour prendre en compte toutes les données psychanalytiques". J.C. GUILLEMARD souligne également le rôle de la psychanalyse dans cette orientation **"clinique"** de la psychologie scolaire : **"actuellement, il faut bien reconnaître que l'expression psychologie clinique est devenue quasiment synonyme de psychologie d'inspiration psychanalytique..."** (1).

Après avoir précisé que les psychologues scolaires interrogés et classés dans cette orientation étaient au moment de l'enquête (en 1985) titulaires ou en train de préparer une maîtrise ou un diplôme de 3ème cycle de psychologie clinique ou de psycho-pathologie, il ajoute : **"ces psychologues scolaires ont donc dans leur**

(1) J.C. GUILLEMARD, "Théories et pratiques en psychologie scolaire", Revue psychologie scolaire, n° 25-26, 1978.

pratique une référence à la psychanalyse et à ses différents courants, ce qui apparaît soit explicitement, soit au travers du vocabulaire psychanalytique assez largement utilisé".

Très souvent ces psychologues ne revendiquent pas le terme de "scolaire" accolé à leur titre et ils se préoccupent avant tout des instances psychiques de l'individu.

L'attitude d'écoute et la disponibilité aux autres qu'ils mettent en oeuvre conduisent parfois les adultes qui les entourent à leur attribuer quasiment un rôle de thérapeute. Certains s'y refusent absolument mais d'autres n'écartent pas cette possibilité malgré ses difficultés.

En effet, certains psychologues scolaires dont quelques uns se rattachent à ce courant médicalisant, sont conscients des dangers d'une telle démarche clinique et médicale. Ils estiment qu'elle peut figer la relation pédagogique, provoquer des phénomènes d'exclusion sous l'effet d'un étiquetage "savant" de l'enfant, d'une réduction de l'échec scolaire à une catégorie médicale. C'est une des raisons qui inspire à l'un d'entre eux une attitude de réserve à l'égard de la transmission à ses collègues instituteurs d'un savoir psychiatrique sur l'élève en échec scolaire.

"Il est bien évident que la connaissance du rapport psychiatrique d'un enfant qu'on envoie à la consultation de secteur d'hygiène mentale m'appartient. Je ne le transmets à l'enseignant que dans la mesure où elle lui est utile dans sa relation pédagogique. Mais, pour libérer l'enseignant, pour qu'il ne voit pas l'enfant à travers quelque chose, à travers un diagnostic, je ne verse mes informations qu'au compte-gouttes ; qu'il le considère comme un enfant ordinaire qui a besoin de soins particuliers mais qui, à l'école, reste un élève. Exemple de diagnostic médical pour un même enfant : névrose hystérique, angoisse de

mort, angoisse de castration... vous dites cela à l'enseignant, il est obligé d'être guindé devant ce gamin, quand il va lui demander de réciter une table de multiplication".

Les conséquences d'une telle médicalisation ne s'observent pas seulement au niveau de l'enfant qui se trouve ainsi enfermé dans une représentation savante de ses difficultés d'apprentissage ; elles se manifestent également au plan de l'identité professionnelle du maître dont la compétence pédagogique se trouve plus ou moins limitée, voire invalidée, par le verdict médical. La pertinence de son savoir mise en cause, l'espoir de la réussite gommé par les incertitudes du pronostic, il peut naturellement être enclin à démissionner devant les difficultés d'une action pédagogique dont il ne percevrait plus très bien la signification. Nous avons observé les effets de cette médicalisation au plan de l'identité d'une institutrice de cours élémentaire première année, dont le tiers de l'effectif était consultant de l'antenne du C.S.M.I. Neuf élèves sur trente pris en charge par l'quipe psychiatrique du secteur. Que signifie dans ces conditions le métier d'instituteur ? C'est toute la question de la nécessité de ne pas déposséder l'enseignant de sa responsabilité pédagogique qui se trouve posée ici.

Pour d'autres, qui, au contraire, s'inscrivent dans une orientation psycho-pédagogique, il s'agit de réhabiliter la fonction de l'enseignant. Dans cette optique, le psychologue scolaire rejettera l'approche "clinique" et se placera délibérément sur le terrain de la pédagogie, privilégiant les relations avec les maîtres et l'observation "in situ" des enfants.

"Mon intervention, nous dit celui-ci, est limitée au contact avec maître, enfant, parents et à l'observation de l'enfant. Beaucoup de choses se passent entre le maître et moi, les parents et moi, c'est informel.

On se rencontre dans la cour de récréation, on parle d'un enfant que je connais, j'explique l'évolution qui a lieu. C'est très important. Si je devais être simplement un testeur, j'aurais du mal à le supporter. Je surveille les études. Ça améliore les fins de mois, mais ça permet d'avoir un contact avec les enfants, de savoir ce que c'est d'être maître, d'être obligé de maintenir une règle. J'avais peur au début que ça me gêne pour les enfants que je suivais de près. Par exemple, un enfant un peu "sauvage" était un peu rejeté par le maître ; je le prenais en soutien une demi-heure chaque semaine, et en récréation, je devais faire appliquer la loi. Je lui ai expliqué et peu à peu il a pu contrôler sa violence. Il va entrer en 6ème, il n'a pas été l'enfant bouc-émissaire de l'école comme ça aurait pu devenir".

Ayant apparemment réussi la synthèse entre les aspects psychologiques et pédagogiques de sa fonction, fruit d'une longue pratique de près de vingt ans, et, avoue-t-il, de compléments apportés à sa formation initiale, il se démarque nettement de toute orientation médicale : **"j'effectue, dit-il, des prises en charge de soutien psychologique et pédagogique mais pas de psychothérapie"**.

Mais quelle que soit son orientation, la position du psychologue scolaire se trouve plus ou moins frappée d'une certaine ambiguïté. Ses relations avec les différents partenaires de l'action pédagogique et éducative le situent souvent dans le champ de demandes parfois très contradictoires. Des élèves peuvent venir le trouver dans l'intention d'être défendus lors d'un conseil de classe. Des parents le sollicitent lorsqu'une perspective de redoublement est évoquée ou pour **"des problèmes à la maison"**. Des enseignants quant à eux lui confient l'écopier dont on n'arrive plus à comprendre le comportement ; ils lui donnent en quelque sorte la mission d'exorciser les démons de l'échec pédagogique. Ambiguïté inhérente à son rôle professionnel qu'il risque de vivre d'une manière d'autant plus douloureuse qu'il

n'arrive pas à l'exprimer, à la rendre transparente en quelque sorte. Le psychologue scolaire ne peut vivre positivement cette ambiguïté, en assumer les risques, que s'il accède à une compréhension critique de tous les phénomènes d'interaction où se joue en dernière analyse la destinée scolaire des enfants tout comme les espérances de réussite pédagogique et sociale des maîtres et des parents.

Loin de la dissiper, l'orientation thérapeutique, dans un processus de médicalisation, ne peut que renforcer cette ambiguïté. Même si les choses ne sont pas aussi simples que nous le disons ici, l'école fondamentalement ne peut être le lieu de la thérapie. Sa mission est d'être un lieu de transmission des connaissances, d'apprentissage. Il s'agit d'un lieu de normalisation ; ces apprentissages reposent sur des règles, des lois. L'accès au savoir, qu'il soit théorique ou pratique au sens d'un savoir être, d'un savoir faire, s'inscrit dans des codes plus ou moins contraignants dont l'enfant intériorisera les significations avec plus ou moins d'intérêt selon les cas. La thérapie c'est au contraire, la transgression des règles ou mieux la régression en deça de cet univers normalisé sur lequel repose le fonctionnement de l'institution scolaire, et plus généralement celui du système social lui-même. Focalisant principalement son intervention sur les aspects pathologiques de la personnalité individuelle de l'enfant, le psychologue scolaire médicalisant brouille les cartes ; il renforce le jeu des contradictions qui alimentent les conflits entre le médical et le pédagogique.

Sa relation avec le personnel enseignant devient d'autant plus équivoque qu'il ne donne pas de lui-même et de sa mission une représentation claire, transparente. Mais il ne peut y parvenir à **l'intérieur du système éducatif** s'il prend le parti de la réparation thérapeutique sur celui d'une aide à la relation psycho-pédagogique. Cette relation se

désigne d'elle-même comme interface, comme structure interactionnelle ; interface des mécanismes d'apprentissage et des processus de communication psycho-affective ; culturelle, entre les trois partenaires de l'acte éducatif que sont les enfants, les parents et les enseignants. Centrer son intervention au plan de la thérapie revient à nier la réalité de cette interface.

On comprendra aisément que la communication entre l'enseignant et le psychologue scolaire risque d'être d'autant plus difficile à établir que ce dernier ne parvient pas lui-même à choisir entre le **"psycho-péda"** et le **"psycho-patho"**. S'il hésite entre sa fonction d'éducateur et celle de thérapeute, il donne de lui-même une image inquiétante, celle de l'étranger que l'on ne parvient pas à identifier, avec tous les phantasmes que suscite la peur d'un étranger que l'on soupçonne d'entretenir des relations avec le monde de la pathologie mentale. Sans doute faudrait-il aborder ici tous les problèmes de formation en psychologie de l'éducation, problèmes d'une formation dominée en partie par un modèle médical et en partie par des modèles universitaires transmis par des spécialistes qui n'ont pas toujours eux-mêmes l'expérience professionnelle du terrain. Cette formation trop centrée sur la relation individuelle du psychologue et de l'enfant-client, ne peut lui donner la capacité de se situer rigoureusement dans le champ des forces multiples dans lequel il agit. Mais s'il n'a pas une claire représentation des clivages de statuts et de rôles, des différences, il peut alors devenir un objet merveilleux pour tous les conflits de pouvoir que l'on projettera sur lui.

1 - Un statut d'auxiliaire médical

La loi du 10 juillet 1964 (modifiée en 71) définit déjà l'orthophoniste comme étant ce praticien qui, sur prescription médicale, mais hors de présence du médecin, exécute **"des actes de rééducation constituant un traitement des anomalies de nature pathologique de la voix, de la parole et du langage oral et écrit"** (1). Un décret du 24 août 1983 fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes, précise encore le champ d'activité de ces praticiens (2).

La totalité des orthophonistes rencontrés au cours de notre enquête revendique ce statut d'auxiliaire médical conforme en cela avec les positions défendues par les syndicats d'orthophonistes et notamment par la Fédération Nationale des Orthophonistes (F.N.O.). Une des orthophonistes interviewées précise ainsi le cadre de ce statut : **"L'orthophoniste n'exerce qu'en fonction d'un médecin qui sait ce qu'elle fait ou en tous cas se porte caution de ce qu'elle fait. En exercice libéral, l'orthophoniste demande aux parents de communiquer avec leur médecin traitant même s'ils viennent de leur propre gré. Dans les C.S.M.I. c'est le psychiatre qui prescrit. Je n'ai jamais commencé une rééducation sans la prescription médicale. Ça a une importance pour les parents car ils savent que ce que je fais a le soutien d'un médecin. En cas de difficulté, ils peuvent aller voir leur médecin traitant. Je ne travaille jamais sans la collaboration du médecin traitant. Je privilégie les rapports avec le médecin. Je tiens beaucoup au statut d'auxiliaire-médical"**.

(1) J.O. du 27 août 1983.

(2) L'orthophoniste, périodique de la F.N.O., n° 29, octobre 1983, p. 1.

On comprend que la relation au médecin généraliste soit, pour l'orthophoniste, à privilégier : il vient en premier rang de ceux qui adressent à l'orthophoniste des "**clients**" potentiels et il est surtout celui qui prescrit le traitement orthophonique.

Une enquête lancée en 1982 par l'UNAFORMEC auprès de 180 orthophonistes salariés et libéraux du Nord-Pas-de-Calais (1), fait apparaître les médecins généralistes ou spécialistes comme les principaux incitateurs du traitement orthophonique. Ceux-ci adressent dans près de 40 % des cas (39,1 %) contre 30 % adressés par des personnes attachées à l'école (instituteurs, directeurs, psychologues scolaires, autres...).

Dans le cadre de la médecine libérale et de l'organisation professionnelle qui en découle, le médecin remplit, nous semble-t-il, vis à vis de l'orthophoniste, une double fonction : d'une part, il agit en tant que prescripteur ; autrement dit, il constitue le référent obligatoire à tout acte et à toute pratique orthophonique. Il est cependant plus qu'une simple caution scientifique. Il est un véritable acteur de la prise en charge : quelqu'un sur qui l'orthophoniste pourra compter lorsqu'il s'agira, par exemple, de rencontrer et de soutenir les parents en cas de difficultés, comme le dit l'orthophoniste ci-dessus.

D'autre part, il adresse une partie de sa clientèle et impose de ce fait un mécanisme de relations de clientèle à l'orthophoniste. La clé de voûte d'un tel système consiste, à l'évidence, à établir des relations de confiance entre chacun des acteurs.

(1) UNAFORMEC. Commission Evaluation des Soins, 16, rue de la Comète - 75007 PARIS. Contribution à l'étude d'une filière de soins : la place du médecin généraliste dans la prescription de l'orthophonie, p. 6.

Dans la réalité, cependant, les choses ne paraissent pas si simples. Ainsi l'attitude des médecins généralistes ne semble-t-elle pas toujours correspondre aux attentes des orthophonistes : **"moi, nous dit une autre orthophoniste, j'aimerais beaucoup travailler plus avec les médecins généralistes qui sont au coeur du problème. Ils voient les enfants et les parents, ils sont sur le terrain. C'est très difficile de travailler avec eux souvent"**. Elle parle de l'absence de véritable concertation professionnelle ou évoque la crainte d'une concurrence dans la gestion de la clientèle. Au centre du débat : l'inégal rapport au savoir ou à la compétence et le difficile partage d'une même idéologie professionnelle.

Les difficultés de relation entre médecins généralistes et orthophonistes seraient donc liées aux statuts de chacun de ces acteurs.

En effet, si la fonction d'auxiliaire-médical confère un statut reconnu, elle comporte aussi des devoirs qui peuvent être plus ou moins bien acceptés. A commencer par celui de se conformer à la décision de traitement prise par le médecin et d'accepter le contrôle de son propre travail. Cette tutelle du médecin s'avère d'autant plus contestable que le travail est plus souvent d'ordre psychopédagogique que strictement médical.

C'est sans doute cette dualité de rôle qui pousse les orthophonistes à affirmer leur savoir vis à vis de celui des médecins. L'affirmation de ce rôle à la fois psycho-pédagogique et thérapeutique peut même conduire parfois à une remise en question du savoir médical sur la réalité de la prise en charge orthophonique.

Ainsi, cette orthophoniste qui déclare, péremptoire : **"Ils envoient parce qu'ils n'y connaissent rien. Ils disent : allez voir la dame;.. Ils font n'importe quoi. On leur dit pour 50 ou pour 100 (séances de rééducation), on a ce qu'on veut, c'est incroyable ! Pourtant ils sont prescripteurs. Y'en pas un qui dirait : on va se rencontrer pour discuter. Ca, on n'a**

pas de problème de prescription, ils prescrivent. Mais ça s'arrête là ? (question de l'interviewer) : pas toujours, il y a des gens bien !".

Dans le cadre de l'exercice libéral, la question des relations avec le médecin généraliste prescripteur est, nous l'avons vu, une question centrale pour l'orthophoniste. Elle influence, en effet, tant au niveau du contenu qu'au niveau des conditions matérielles d'exécution sa pratique professionnelle. Et ceci nous l'avons observé, pour la plus grande partie de la clientèle de l'orthophoniste.

Pour les orthophonistes salariées d'institutions thérapeutiques, telles les C.S.M.I., en ce qui concerne les orthophonistes interviewées dans notre enquête, la question se pose différemment.

Celles-ci conservent certes leur statut d'auxiliaire-médical mais la question de la relation au médecin généraliste ne se pose plus.

Les conditions d'exercice de la profession ne sont plus les mêmes. L'orthophoniste n'agit plus ici pour son propre compte mais travaille au sein d'une structure collective de service public ou semi-public.

C'est au médecin-psychiatre, responsable de l'antenne C.S.M.I. que revient la responsabilité de la prescription, mais l'approche pluridisciplinaire des cas fait que bilans et indications de traitement du ressort de l'orthophoniste sont discutés à la lumière des investigations réalisées par d'autres spécialistes : psychomotricien, psychologue, psychiatre, éventuellement éducateur, assistante sociale, psychologue scolaire, etc...

Il en est de même pour la phase de prise en charge proprement dite. Si la rééducation reste individuelle, l'évolution des cas est généralement discutée par l'ensemble de l'équipe au cours de réunions dites de "**synthèse**". Est-ce du fait que l'autorité médicale soit en quelque sorte diluée au sein de l'équipe, ce qui

évite les vicissitudes de la relation au médecin généraliste comme dans le cadre de l'exercice libéral, que beaucoup d'orthophonistes choisissent de travailler en institution ? Pour cette orthophoniste qui exerce pour mi-temps en libéral et pour mi-temps dans un C.S.M.I., la motivation se fait surtout en fonction d'une certaine recherche de qualité ou de confort dans le travail. **"La différence c'est que dans le C.S.M.I. on a quand même la possibilité d'avoir des collègues qui parlent du cas d'une autre manière. Pouvoir échanger par rapport à l'enfant plusieurs points de vue. Quand on a un problème, c'est pratique parce que le psychiatre et le psychologue sont là. En libéral, on n'a pas cette possibilité-là. On peut avoir sur notre propre travail des interprétations, des renseignements"**.

Que son mode d'exercice professionnel soit libéral ou salarié, qu'elle soit soumise à la prescription du médecin-généraliste ou à celle du médecin-psychiatre d'un C.S.M.I. ou d'un C.M.P.P., il s'agit de **"faire le même travail"** pour reprendre les termes de l'orthophoniste citée ci-avant.

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'un statut d'auxiliaire médical qui ne souffre aucune ambiguïté tant qu'il s'agit de rééduquer à l'aide d'une technique appropriée des troubles identifiés comme appartenant à une nosologie médicale.

L'ambiguïté réside à notre avis dans le fait que l'orthophoniste a aussi à s'occuper de l'E.S. qui ne relève pas stricto sensu du domaine médical mais du champ pédagogique.

Comment sont identifiés ou retraduits dans le langage technique et médical ces troubles amenant certains enfants en position d'échec à l'école ?

Comment au-delà de son statut, l'orthophoniste se situe-t-il dans les rôles qu'il est amené à jouer vis-à-vis de l'école, des autres spécialistes, des parents ?

Se comporte-t-il plutôt en psychopédagogue ? Se situe-t-il davantage, comme son statut nous autorise à le penser, du côté de la thérapeutique ? C'est vers cette problématique que nous allons nous pencher maintenant.

2 - Educateur ou thérapeute

Selon l'enquête de l'UNAFORMEC que nous avons déjà citée, c'est l'école qui, après le corps médical, incite le plus souvent à la rééducation : elle adresse 30 % de l'ensemble des cas de l'orthophoniste.

Chez les orthophonistes interviewées dans le cadre de notre enquête, ce pourcentage est généralement plus élevé atteignant jusqu'à 80 % dans certains cas.

Pour l'ensemble, l'école adresse au moins autant que les acteurs médicaux.

On peut dès lors se demander quelle est la véritable fonction de ce spécialiste.

A ce point de notre analyse, un détour historique apparaît nécessaire.

L'orthophoniste est à l'origine incontestablement marquée du sceau médical. Mme BOREL-MAISONNY (née en 1900) qui peut être considérée comme la fondatrice de l'orthophonie, collabore très tôt avec des médecins et commence à rééduquer des troubles d'origine organique. C'est ainsi qu'elle s'occupe tout d'abord des opérés des divisions palatines et becs de lièvre pour ensuite s'intéresser aux aphasiques, puis aux sourds et à leur démutisation.

"Elle crée en 1954 l'ARPLOE (Association des Rééducateurs de la Parole et du Langage Oral et Ecrit), laquelle aboutira, grâce à l'acharnement de la fondatrice, à la reconnaissance officielle de l'orthophonie et à la création du diplôme d'Etat (décrets de 1960 et 1965). Entraînée presque malgré elle par sa clientèle de plus en plus vaste, Suzanne

MAISONNY passe progressivement du traitement des troubles du langage oral à celui des troubles scolaires les plus variés (échec en lecture, en écriture, en orthographe, en calcul, inattention, instabilité...)", comme le remarque justement Arlette MUCCHIELLI-BOURCIER (1).

Laissons S. BOREL-MAISONNY elle-même s'exprimer à ce sujet : "Peu à peu, nous avons débordé des domaines dont les limites ne sont pas nettes mais où intervenir pour réparer des échecs notamment quant au langage écrit m'a paru la suite naturelle de l'effort entrepris". Mais "avec l'impression (écrit-elle aussi) que nous étions sur le domaine du voisin" (2).

Ce voisin auquel l'orthophonie semble faire de l'ombre, c'est bien sûr l'Education Nationale. Dans une interview parue dans l'**Orthophoniste**, S. BOREL-MAISONNY évoque les résistances de l'Education Nationale lors des discussions précédant la création du diplôme d'orthophoniste, certains disant : "Les troubles de la parole peuvent très bien être rééduqués à l'école : l'instituteur a tout le temps de s'occuper de ces cas dans les classes à petit effectif, par exemple, les classes de perfectionnement" (3).

En fait, l'Education Nationale va créer de son côté un vaste système de prise en charge de l'échec et de la difficulté scolaire, qu'A. MUCCHIELLI qualifie de "**compensation-rééducation-thérapie**"

Elle fait ici allusion aux différentes structures mises en place par l'Education Nationale pour "**résorber**" les enfants ayant des échecs ou des difficultés dans les classes dites "**normales**". Il s'agit bien sûr des struc-

(1) MUCCHIELLI-BOURCIER (Arlette)

Educateur ou thérapeute ? .- Une conception nouvelle des rééducations .- Paris : E.S.F., 1979 .- p. 155.

(2) Ibid. p. 155.

(3) L'orthophoniste, n° 15, Avril 1982, p. 4.

tures actuelles : classes d'adaptation, classes de perfectionnement, G.A.P.P. Mais celles-ci sont considérées comme l'aboutissement d'un très ancien et très légitime souci d'organiser des "pédagogies spéciales". Cette vaste "entreprise" peut être datée avec précision, puisque "dès le début du XXème siècle, octobre 1903 très précisément, Alfred BINET fut pressenti par une commission ministérielle pour imaginer une technique de dépistage des enfants arriérés... La notion d'"arriération mentale" et les dépistages opérés par le test BINET-SIMON, entraînèrent la constitution d'un secteur "parallèle" à l'enseignement normal : l'enseignement spécialisé.... A partir de là, toutes les fois que "des troubles" par rapport au "niveau normal" se sont trouvés catégoriés et définis, l'Education Nationale s'est mise en devoir de construire, en s'appuyant sur les sciences nouvelles de référence (psychologie principalement) des institutions ADAPTEES AUX INADAPTES, et à créer des moyens et des "solutions" pour scolariser les catégories d'enfants plus ou moins "marginiaux" par rapport à ses "normes".

Alors que les premières classes spéciales s'adressaient dans leur grande majorité aux handicapés mentaux, pour une faible part aux handicapés physiques : amblyopes, poliomyélitiques, mal-entendants, etc..., on découvre dans les années soixante que les échecs scolaires chez les enfants intelligents se font de plus en plus nombreux. "Entre temps, grâce aux progrès de la psychométrie..., à la qualité et à la variété des tests, aux premiers développements de la psychologie scolaire et à la pédo-psychiatrie, on avait découvert un trouble bizarre, qui devait ultérieurement recevoir le nom de DYSLEXIE et dont le symptôme principal était la difficulté, voire l'impossibilité d'apprendre à lire, associés à un niveau intellectuel normal... Les échecs scolaires de ces enfants "normalement intelligents" deviennent alors et tout naturellement la cible de nouvelles dispositions institutionnelles prise par l'Education Nationale" (1).

(1) A. MUCCHIELLI-BOURCIER, ibid., p. 61.

C'est ainsi qu'apparaissent en 1970 et 1976 les circulaires sur les G.A.P.P. Le dispositif se met ainsi en place sur une grande échelle et précise ses objectifs.

Mais déjà, dans le texte de 1970 qui définit les G.A.P.P., les frontières entre le **"pédagogique"** et le **"médical"** semblent difficile à repérer : **"le groupe d'aide psycho-pédagogique intervient sous forme de rééducation psychopédagogique ou psychomotrice, dès les premiers signes qui font apparaître chez un enfant le besoin d'un tel effort. Il adresse à la commission médico-pédagogique compétente... ceux des élèves qui, en raison de la nature des difficultés rencontrées, doivent faire l'objet d'un examen multidisciplinaire approfondi et peuvent relever de techniques autres que celles dont dispose le groupe"** (1).

Le flou savamment entretenu autour de notions comme **"la nature des difficultés"**, sans que celles-ci soient précisées, l'emploi du conditionnel : **"peuvent relever de..."**, et enfin l'appel fait à la compétence de la commission médico-pédagogique, cachent mal les rapports conflictuels entre les tenants des rééducations-thérapies **"scolaires"** et les défenseurs des rééducations-thérapies **"médicales"** (nous entendons par là prescrites par un médecin).

Les difficultés que rencontrent aujourd'hui certaines orthophonistes pour collaborer avec l'école, avec le G.A.P.P. et en particulier avec les R.P.P., nous parviennent comme l'écho de ces premières escarmouches.

Cette orthophoniste d'un secteur résidentiel péri-urbain trouve le fonctionnement du G.A.P.P. **"confus"** en ce sens qu'il ne prend pas en compte la **"demande"** des parents. Elle se montre sceptique sur son efficacité thérapeutique : **"les parents sont parfois informés très tard du**

(1) Ibid., p. 62.

fait que leur enfant a été vu par le G.A.P.P. Je trouve que c'est une excellente chose qu'il y ait des G.A.P.P. parce qu'ils voient des enfants, mais je trouve parfois que c'est mal respecter la liberté de chacun d'avoir pris des enfants sans prévenir les parents qu'on le faisait. Le G.A.P.P. a un grand rôle à jouer au niveau du dépistage à la fin de la maternelle. Je suis plus sceptique sur le côté thérapeutique".

Cette même orthophoniste se montre aussi critique quant au rôle du R.P.P. : "Je connais trois sortes de R.P.P. :
- une fait essentiellement de la consultation, de la psychothérapie de groupe d'institutrices et puis prend des enfants comme ça, de temps en temps,
- une est à mi-temps dans sa classe : elle a un rôle de relation avec les enfants, de soignante, ce qui est son rôle à mon avis.
- une qui est en classe d'adaptation. Elle aimerait jouer un rôle thérapeutique mais elle est mal acceptée par l'école. Pour elle, R.P.P. c'est un rôle de psycho-pédagogie bien défini : on prend un enfant au moins pour l'année scolaire, une fois par semaine, pas une fois tous les six mois..."

Il est significatif de constater combien les problèmes d'identité professionnelle des R.P.P. revèlent en fait, comme un miroir, ceux des orthophonistes.

De la psychothérapie à la psychopédagogie, l'éventail des pratiques est, en effet, très large chez les orthophonistes.

Mais une évolution très nette vers la psychothérapie semble aujourd'hui se confirmer. Toutes les orthophonistes interviewées revendiquent le rôle de thérapeute. Mais bien qu'elles utilisent, parfois largement, des techniques psychothérapeutiques, elles ne se reconnaissent pas pour autant une fonction de psychothérapeute. Il semble, en effet, qu'un clivage se produise au niveau de l'interprétation des **"productions inconscientes"** et du décryptage, à la manière psychanalytique, de tout le **"matériel"** apporté par l'enfant ; ce rôle restant dévolu au psychothérapeute.

C'est le sens des propos de cette orthophoniste : "Je dirais que je me considère comme thérapeute mais pas comme psychothérapeute. Pour une raison très simple, c'est que je n'interprète pas ce que font les enfants. Je me contente de les écouter. J'estime que ce serait dommageable qu'étant orthophoniste, on puisse me considérer comme faisant des psychothérapies. Ce serait rompre le contrat que j'ai avec les parents et avec les enfants".

Telle autre, se posera davantage en thérapeute familial : "l'orthophonie, c'est tout ce qui est problème de langage et toute la prise en charge psychologique que ça peut nécessiter. Je pense qu'on a autant de travail à faire avec les enfants qu'avec les parents. Je crois qu'on ne peut travailler correctement avec les enfants que si on fait une prise en charge des parents : travailler avec eux, discussions...

Vous dites que c'est un travail psychologique ? (question de l'intervieweur) Dans l'E.S., oui, car il a essentiellement comme cause un problème de relation avec les parents. Je pense qu'on est là aussi pour redonner un équilibre au sein de la famille".

L'affirmation de ce rôle thérapeutique, uniformément revendiqué, n'implique pas pour autant uniformité des pratiques.

On constate, à l'écoute des interviews, qu'il existe des clivages au sein de la profession entre les tenants des techniques rééducatives et les promoteurs des techniques relationnelles.

Cette orthophoniste exerçant depuis quatorze ans dans un quartier bourgeois de la proche banlieue bordelaise, explique : "quand on a appris notre métier, on nous a appris une technique. Avec cette technique, on nous a dit vous allez faire des miracles. En appliquant la technique, je me suis personnellement aperçue que ça ne faisait pas de miracles, que ça faisait même rien. Alors j'ai cherché une autre manière de procéder... Finalement, la technique, je l'utilise toujours.

Seulement la tendance maintenant c'est : la technique ça ne compte pas... Ce qui compte c'est la relation. Alors les malheureux débutants, ils ne savent plus quoi faire. Je pense qu'il y aura une autre évolution..."

Une autre orthophoniste ayant quatre ans d'ancienneté dans la profession et exerçant dans une zone rurale, nous dit : "je ne suis pas persuadée que la technique-technique ça va résoudre tout... Moi, j'ai été formée comme ça, mais maintenant ça change. Au début, l'école d'orthophonie était très technique, mais on revient maintenant sur tout le travail de relation avec les enfants alors qu'avant c'était pas essentiel... Je crois qu'on est un peu au milieu de tas de choses. On a une action psychologique c'est certain, mais on est là aussi pour rééduquer les problèmes scolaires".

A plusieurs reprises, nous avons pu noter cette volonté d'intégrer à la fois la dimension rééducative et la dimension plus relationnelle du travail d'orthophoniste.

Cette orthophoniste refuse carrément le débat : "Je ne me situe pas là-dedans. Je suis avec l'enfant. Je suis en relation avec lui, avec ses parents. Faire une interprétation, ce n'est pas mon travail... C'est avant tout une relation pédagogique que j'ai avec l'enfant". Pour celle-là, il s'agit aussi, à l'évidence, d'un faux débat car "le problème c'est, dit-elle, de faire passer de la technique à travers la relation".

Cet aspect doit être à notre avis souligné car nous mettons ici le doigt sur le point précis qui permet de différencier les thérapies spécialisées, orthophonie et psychomotricité, des psychothérapies. En effet, les thérapies spécialisées ont un aspect normatif dont sont dépourvues les psychothérapies. "Elles s'appuient, comme le souligne A. MUCCHIELLI-BOURCIER (1) sur des savoir-faire (par exemple, savoir parler une langue avec ses exigences propres)".

(1) A. MUCCHIELLI-BOURCIER, op. cit., p. 176.

Sous peine de ne plus très bien savoir qui fait quoi, comme le dit dans ce qui précède une orthophoniste, toute thérapeutique doit intégrer deux dimensions essentielles qui sont, d'une part, une **"dimension fonctionnelle"** et, d'autre part, une **"dimension existentielle"**, ainsi qu'une troisième dimension qui est la synthèse des deux précédentes.

A. MUCCHIELLI-BOURCIER confirme ainsi ce que nous avons pu relever dans nos interviews ; à savoir que trois postulats doivent définir toute thérapeutique :

"1. Toute thérapeutique comporte une dimension fonctionnelle impliquant un ensemble de techniques propres à soigner directement les troubles. Entrent dans cet ensemble les techniques psychomotrices au sens strict et les techniques orthophonistes au sens strict. Cet ensemble est appelé généralement les techniques rééducatives.

2. Toute thérapeutique comporte une dimension existentielle impliquant un ensemble de techniques engageant le corps et celles engageant le langage dans son acceptation la plus large, c'est-à-dire expression et communication. Cet ensemble était appelé jusqu'ici les techniques relationnelles...

3. Ces deux dimensions ne sont rien l'une sans l'autre

La première utilisée seule se réduit à soigner un symptôme sans prendre en considération la personnalité toute entière sur laquelle ne fait que s'inscrire le symptôme. La seconde utilisée seule ne résout que les dispositions à..., prépare le terrain tel le labour mais n'ensemence pas, n'apporte rien au niveau du savoir faire".

Un tel schéma pourrait nous conduire à proposer une typologie des orthophonistes selon qu'ils se situent plutôt dans la **"dimension fonctionnelle"** ou **"technique"** pour reprendre la terminologie des orthophonistes eux-

mêmes, dans la **"dimension existentielle"** ou **"relationnelle"**, ou bien dans une dimension plus synthétique intégrant les deux premières.

Les orthophonistes interviewés dans le cadre de notre enquête se réfèrent plutôt à cette dernière tendance : ces professionnels ne se réclament pas de quelque psychothérapie, et même s'ils avouent certaines hésitations antérieures, revendiquent autant la partie rééducative que la partie relationnelle de leur fonction.

Ils semblent assumer franchement leur rôle de thérapeute : **"l'orthophonie n'est pas une pédagogie spécialisée, ça s'adresse à la pathologie"** déclare cette orthophoniste faisant chorus avec S. BOREL-MAISONNRY, laquelle répondant à une question sur les frontières de l'orthophonie déclarait : **"la meilleure façon de répondre est d'affirmer que nous devons rester sur le terrain de la pathologie. Le texte de loi qui nous définit fait que l'orthophoniste reçoit ses patients d'un médecin : c'est une sauvegarde qui doit absolument être conservée."**

"J'ai toujours lutté de tout mon pouvoir pour que l'orthophoniste exerce sur ordonnance médicale. C'est au médecin d'assumer la double responsabilité, de dire qu'il y a lieu de faire quelque chose et que ce quelque chose doit être fait par l'orthophoniste" (1).

Pourvue d'un statut d'auxiliaire-médical et installé dans son rôle thérapeutique, l'orthophonie a, semble-t-il, bien délimité son champ et par là même, défini celui de l'école.

Si hors de l'école ne peuvent exister que les thérapeutiques, en toute logique, c'est à l'école de préciser sa démarche et de développer **"une pédagogie curative qui, souligne A. MUCCHIELLI, doit lui être réservée dans la mesure où elle reste pédagogie"** (2).

(1) L'orthophoniste, n° 15, avril 1982, p. 4.

(2) A. MUCCHIELLI-BOURCIER, op. cité, p. 175.

3 - Médicalisation dans et/ou hors de l'école

Nous avons vu précédemment combien les **"spécialistes"** du système scolaire et notamment les rééducateurs en psychopédagogie (R.P.P.) éprouvaient des difficultés à définir leur rôle dans un système scolaire dont ils ressentent, sans doute plus que tout autre, les extrêmes tensions.

Ainsi se constitue un nouveau clivage entre les prises en charge de l'E.S. réalisées dans l'école et celles réalisées en dehors.

Pour cette orthophoniste, **"la différence est dans l'abord des problèmes. La différence essentielle c'est qu'on n'est pas dans l'école. L'orthophoniste ne s'intéresse pas de la même façon au scolaire. Nous avons moins de contrainte de ce côté là qu'un R.P.P. : elles ont à s'occuper d'un certain nombre de cas et réussir"**.

Pour celle-là, il paraît difficile de préciser les domaines respectifs : **"le problème c'est celui des limites entre nous. C'est pas du tout évident de les trouver. J'ai essayé au niveau du G.A.P.P. de définir nos rôles respectifs entre le R.P.P. et moi. Il semble que ça soit difficile... Je n'arrive pas à savoir sur quels critères un enfant va chez elle plutôt que chez moi, je n'en sais rien"**. Et elle avance un argument technique pour expliquer le choix de telle ou telle filière de prise en charge : **"moi, il me semble que les enfants qui sont en E.S. important doivent sortir du circuit scolaire. Il y a des choses qu'ils expriment en dehors de l'école qu'ils n'arrivent pas à exprimer dans l'école; Elle (la R.P.P.) me dit que ce n'est pas du tout évident, mais moi, je pense que les enfants qui ont un E.S. important, un refus scolaire, doivent plutôt venir chez nous parce qu'on est en dehors de l'école"**.

Le partage préconisé par cette orthophoniste serait en somme le suivant :

- l'école, c'est-à-dire le G.A.P.P., aurait à s'occuper sur un plan pédagogique des enfants en difficulté scolaire. Cette pédagogie spécialisée pourrait être collective, par l'utilisation de la classe d'adaptation ou individuelle et relèverait du psychorééducateur, R.P.P. ou R.P.M.
- les orthophonistes auraient pour leur part à prendre en charge des E.S. plus massifs, interprétés comme les symptômes de troubles pathologiques de la personnalité.

Les méthodes et les objectifs de ces deux filières de prise en charge scolaire et extra-scolaire seraient naturellement très différents.

Du côté de l'école, les méthodes sont psychopédagogiques. Le R.P.P. peut utiliser, par exemple, la méthode BOREL-MAISONNY, dite "**pédagogie curative**". **"Pédagogie que certes l'on peut qualifier de curative dans la mesure où la relation est duelle (rééducateur-enfant), mais pédagogie tout de même puisque l'on y "reprend" les apprentissages scolaires en y mettant plus de clarté, plus d'ordre, plus de temps, plus de valorisation aussi"**, selon la définition qu'en donne A. MUCCHIELLI-BOURCIER (1)

Le R.P.M. utilise lui aussi des méthodes psychopédagogiques.

Nous ouvrons ici une parenthèse qui nous semble importante dans la mesure où l'on retrouve chez les rééducateurs en psychomotricité qui exercent à l'intérieur de l'école et les thérapeutes de la psychomotricité ou psychomotriciens, qui exercent à l'extérieur, essentiellement en C.S.M.I. ou dans les institutions privées, la même problématique qu'entre R.P.P. et orthophonistes.

(1) A. MUCCHIELLI-BOURCIER, op. cit., p. 168.

Les R.P.M. sont, en effet, des instituteurs spécialisés formés en un an, comme les R.P.P., dans les centres régionaux de l'Education Nationale. Les psychomotriciens sont quant à eux formés en trois ans dans des centres rattachés aux facultés de médecine. Ils ne bénéficient pas cependant, comme les orthophonistes, du statut d'auxiliaire médical et ne sont pas conventionnés par la sécurité sociale. Leur pratique au sein des différentes institutions est soumise à l'autorité médicale.

Un bon exemple d'une approche psychopédagogique de la psychomotricité peut être fournie par les travaux de L. PICA et P. VAYER.

"Par essence moins normalisatrice que d'autres rééducations, comme celles du langage écrit, cette approche repose sur l'observation dynamique de l'enfant, son objectif visant à restructurer, non à corriger, la personne de l'enfant". Cette relation d'aide est considérée par PICA et VAYER comme une **action éducative** et non comme une thérapie (1).

"Relation d'aide", "pédagogie de soutien" : la représentation qu'ont les orthophonistes du rôle des rééducateurs en psychopédagogie évoque un ensemble de pratiques orthopédagogiques auxquelles ceux-ci devraient se cantonner.

Autrement dit, leur vision est celle d'une école **"fabriquant"** des échecs qu'elle essaie ensuite de rattraper par des classes spéciales et des instituteurs spécialisés.

Ou bien, nous l'avons vu, leur représentation est celle d'une R.P.P. jouant le rôle d'un psychothérapeute alors complètement détaché des réalités scolaires.

(1) A. MAIGRE et J. DESTROOPER

L'éducation psychomotrice .- Paris : PUF, 1975 .-
Coll. Sup, l'Educateur .- p. 41.

Ou bien encore, il est, semblable à l'orthophoniste, un thérapeute spécialisé, un **"soignant"**, dont le rôle ne peut qu'être mal accepté par des instituteurs pressés par l'urgence des résultats.

Au-delà de ces représentations sociales du rôle du R.P.P. et plus globalement du G.A.P.P., c'est un questionnement sur la fonction même de l'école.

La véritable fonction des instituteurs est d'enseigner : **"l'instituteur doit donner envie d'apprendre. Ce n'est pas nécessairement un intellectuel, quelqu'un de très cultivé, c'est quelqu'un qui possède bien ce qu'il a appris"**, nous dit cette orthophoniste. L'école doit, selon cette orthophoniste, enseigner, c'est-à-dire non seulement transmettre des connaissances, mais savoir susciter le désir de l'enfant, lui donner l'envie d'apprendre.

Si l'instituteur doit avant tout être un pédagogue, son rôle n'est pas exclusivement pédagogique. Il est, toujours dans la représentation qu'en ont les orthophonistes, quasi **"thérapeutique"** : **"un instituteur c'est d'abord un pédagogue. Il se trouve que maintenant les instituteurs ont peut-être un autre rôle à jouer, parce que la famille fout le camp un peu : un rôle d'écoute vis à vis des enfants. Il faut qu'ils soient très attentifs. Il faut qu'ils les stimulent beaucoup parce que les parents le font peu cela"**, répond une orthophoniste à la question : **"qu'est-ce qu'un bon instituteur ?"**. Une autre orthophoniste va jusqu'à prôner une pédagogie individualisée qui paraît pour le moins irréalisable, pour ne pas dire irréaliste : **"un bon enseignant c'est celui qui est proche de l'enfant, qui écoute l'enfant, qui les considère tous différemment, qui n'a pas un programme pré-établi. C'est un enseignant qui fait un travail différent en fonction de la personnalité de l'enfant. C'est celui qui donne le plaisir de lire, d'écrire"**.

Ce que les orthophonistes appellent ici de leurs vœux c'est l'avènement de méthodes pédo-centriques dans l'enseignement pareilles à celles qui dominent le champ

du traitement orthophonique. Le propre de ces méthodes au plan thérapeutique est, en effet, de prendre pour objet les cas des enfants présentant des symptômes individuels d'E.S.

Au plan pédagogique, ces méthodes pédo-centriques se définissent comme centrées sur l'enfant, pris individuellement. Elles se réfèrent à toutes les connaissances scientifiques utiles, notamment à la psychologie. L'attitude pédagogique est toute entière attentive à ce qui se passe pour l'enfant et dans la relation avec l'enfant.

Selon A. MUCCHIELLI-BOURCIER si pédo-centrisme il y avait au niveau des méthodes dans l'Education Nationale, sans doute pourrait-on atteindre à une véritable **"rénovation pédagogique"** permettant de réduire le taux d'E.S.

Cependant, le pédo-centrisme des méthodes ne doit pas se confondre avec celui des objectifs. Les objectifs de la pédagogie sont inévitablement sociaux et doivent être distingués de ceux de la thérapie qui sont fondamentalement différents. C'est à la reconnaissance de cette différence des objectifs qu'accèdent, nous semble-t-il, les orthophonistes lorsqu'elles soulignent le rôle de l'enseignant dans l'apprentissage et la transmission des connaissances.

Il faut reconnaître que les choses ne sont pas simples et que souvent les maîtres confondent objectifs et méthodes de la pédagogie. Ainsi cette orthophoniste stigmatise-t-elle **"le manque de discipline des maîtres (et des parents) : les enfants ne reconnaissent plus les instituteurs comme des maîtres, c'est-à-dire qui apprennent au sens des "sages".**" Cette référence à la conception platonicienne de l'enseignement dont l'objectif est politico-social, comme devrait l'être celui de toute pédagogie, s'oppose aux égarements actuels de la pédagogie, à la dénaturation de son sens. "On a donné aux instituteurs un statut de **"pseudo-psycho-je-ne-sais-pas-quoi"**. Si les enfants ne regardent pas les enseignants comme des maîtres, ils sont pris par

des choses plus affectives et n'ont pas accès au savoir et à la connaissance". Tout se passe actuellement comme si, sous l'influence d'une culture psychologique et psychanalytique largement répandue (1), "le pédo-centrisme tendait à se substituer au socio-centrisme, au niveau des objectifs essentiels de la pédagogie, renvoyant alors forcément la pédagogie vers l'orthopédagogie et la psychothérapie" (2).

C'est donc à une critique fondamentale de l'école que se livrent ici les orthophonistes. Elles mettent en garde les enseignants contre la confusion actuelle des objectifs qui égare la pédagogie dans une distorsion de ses rôles. En affirmant le socio-centrisme des objectifs et en prônant le pédo-centrisme des méthodes, elles appellent le système scolaire à accomplir une vaste **"rénovation pédagogique"**. Cette rénovation pédagogique passe par un changement des méthodes pédagogiques et une redéfinition du rôle de chacun des acteurs : aux **"maîtres-thérapeutes"** succéderont les **"maîtres-pédagogues"** et les pédagogues spécialisés en rééducation ou psychothérapie deviendront de simples spécialistes en pédagogie ou en didactique. C'est ni plus ni moins la **"médicalisation"** du système scolaire que dénoncent les orthophonistes. Non sans quelque malice, il faut bien le reconnaître, eux qui ne pourraient être accusés de **"médicaliser"** étant pour ainsi dire **"couverts"** par leur statut d'auxiliaire médical.

Tout dans leurs attitudes souligne la référence constante au modèle médical. C'est avec les psychiatres, les psychologues cliniciens que la collaboration est, semble-t-il, la plus efficace et la plus appréciée.

D'autre part, leurs explications sur les différentes causes de l'E.S. paraissent dominées par un discours de type médico-psychologique.

(1) Cf. les travaux de R. CASTEL.

(2) A. MUCCHIELLI-BOURCIER, op. cité, p. 70.

Nous nous sommes attachés précédemment à décrire les relations entre l'orthophoniste et le médecin généraliste.

Dans le cadre de l'organisation libérale de la médecine, l'orthophoniste, nous l'avons vu, revendique son statut d'auxiliaire médical. Ce statut n'implique pas cependant une relation de subordination totale de l'orthophoniste au médecin, l'orthophoniste conservant malgré tout une certaine autonomie de décision. Certaines vont jusqu'à remettre en cause le savoir et les compétences médicales en matière d'orthophonie.

N'est-ce point S. BOREL-MAISONNY qui, à propos de la prescription du médecin généraliste, déclare : **"cela ne veut pas dire que l'orthophoniste va obéir au doigt et à l'oeil. Certes je tiens compte de l'ordonnance lorsque j'établis la demande d'entente préalable, mais si j'estime par exemple que ce n'est pas le moment d'entamer une rééducation, je ne me suis jamais gênée pour le faire savoir. Je n'ignore pas que le médecin abuse parfois... Par exemple, lorsqu'il nous adresse un enfant pour de banales fautes d'orthographe, qui pourraient être récupérées par l'instituteur"** (1).

Ces propos nous paraissent assez représentatifs de l'attitude des orthophonistes face à la médicalisation croissante de tous les problèmes, et en particulier, les problèmes scolaires. Il est à noter que leurs critiques portent autant sur les aspects quantitatifs (il y a trop de prescriptions) que sur les aspects qualitatifs de cette médicalisation.

Même si leur formation reste à dominante médicale (à Bordeaux, les orthophonistes sont formés par le professeur PORTMANN, spécialiste de la surdité), ils s'occupent en réalité plus souvent d'enfants qui rencontrent des difficultés scolaires que de cas strictement médicaux.

(1) S. BOREL-MAISONNY. L'orthophoniste, n° 15, avril 1982, p. 4.

Aussi, ne faut-il pas s'étonner du fait que certains ne partagent pas, dans le cadre des pratiques libérales, la même idéologie professionnelle que les médecins.

Cette orthophoniste ne se reconnaît pas comme appartenant au monde médical et elle explique : **"non, les enfants qui viennent nous voir ne sont pas des malades, ni des patients. Ce sont des enfants, des adultes, qui présentent des difficultés. Même les aphasiques pour moi ne sont pas des malades. Moi, je ne m'occupe pas du côté médical, je ne m'occupe que du problème du langage... Quand vous avez un gamin de trois ans qui vient vous voir parce qu'il ne parle pas, est-ce que vous pouvez dire qu'il est malade ? Quand un enfant ne sait pas écrire à 10 ans, est-ce qu'il est malade ? Il y a quelque chose qui ne va pas mais peut-on dire qu'il est malade ?..."**.

Pour les orthophonistes travaillant au sein d'institutions telles que les C.S.M.I., il n'en va pas de même. Au contraire, celles-ci collaborent activement avec les médecins-psychiatres et les psychologues cliniciens. Elles attendent de ces spécialistes une aide au niveau de l'interprétation du **"symptôme E.S."**, ainsi qu'une analyse psychologique de la personnalité de l'enfant. Elles adoptent de ce fait une attitude médicalisante qui consiste à retraduire les symptômes dans le cadre d'une nosologie médicale, essentiellement psychiatrique, et à orienter le traitement dans une perspective strictement psychothérapeutique.

"Le psychiatre joue, nous dit cette orthophoniste, un rôle primordial dans l'étiologie de l'E.S. On peut savoir ce qu'il faut faire et surtout ne pas faire. Le psychologue peut faire le diagnostic de la phobie scolaire... Il faut éliminer les choses graves qui peuvent avoir des conséquences sur la personnalité beaucoup plus graves".

Les termes employés par cette orthophoniste sont particulièrement significatifs d'une approche médicalisante des problèmes scolaires : elle parle de **"l'étiologie de l'E.S."**, du **"diagnostic de la phobie**

scolaire". L'E.S. est ici entendu au sens de symptôme révélateur de troubles de la personnalité. Dans cette approche, le rôle du psychiatre et du psychologue est celui de l'expert. Il est fait référence à son savoir alors que le savoir du médecin-généraliste est, lui, comme nous l'avons vu, contesté. C'est à cet expert qu'incombe la décision et la responsabilité du traitement.

Il est clair que notre but n'est pas ici de contester le bien-fondé de telle ou telle démarche, de telle ou telle approche effectuées par les orthophonistes dans le cadre de leur pratique professionnelle.

Notre travail consiste à repérer parmi toutes les approches possibles de l'E.S. (nous savons qu'elles sont au moins au nombre de trois), celle qui paraît dominante à travers les rôles, les attitudes et les représentations sociales de chacun des acteurs.

Pour une partie non négligeable des orthophonistes interviewées et notamment pour celles qui exercent au sein d'un C.S.M.I., il ne fait pas de doute que l'approche privilégiée est l'approche médico-psychologique.

Nous allons voir maintenant au niveau des explications sur les causes de l'E.S. si cette tendance se confirme.

Une orthophoniste définit l'E.S. comme **"une impossibilité d'apprendre à l'école"** et met en cause le caractère très normatif du système scolaire dans la genèse de cet échec. Pour elle, l'E.S. est dû à **"un début d'apprentissage trop précoce ou au mauvais moment. Les enfants en E.S. sont ceux qui ont appris trop tard ou trop tôt"**.

A l'exception de cette orthophoniste qui s'interroge sur le fonctionnement de l'école, les principales causes retenues par les orthophonistes sont de caractère psychologique ou psycho-sociologique.

Il est rare cependant que ces spécialistes évoquent comme seule cause de l'E.S. les caractéristiques individuelles des enfants. Aucune, par exemple, ne se réfère de manière significative aux dons ou aux aptitudes naturelles. Certaines mettent toutefois en évidence les maladies de l'apprentissage, telle cette orthophoniste pour qui l'E.S. est avant tout lié au problème du langage. Mais elle insiste également sur le poids des conditions socio-économiques : **"un enfant qui a un langage pauvre est pénalisé au niveau scolaire parce que les instituteurs parlent un langage que l'on n'a pas l'habitude d'utiliser souvent à la maison. Les enfants qui ont un langage pauvre ne comprennent pas les consignes, sont paumés et regardent sur le voisin !"**.

Si pour cette autre orthophoniste le problème du langage reste central, les problèmes liés à l'environnement familial et scolaire sont aussi à prendre en considération : **"je pense vraiment qu'il y a un problème de relation avec les parents. C'est vrai qu'il peut y avoir des problèmes de relation avec les enseignants mais c'est vrai que ça n'arrive que chez des enfants fragiles ; des enfants qui ont eu des problèmes de langage étant petits et que l'on n'a pas détectés"**.

Comme nous le voyons, il est difficile d'isoler au niveau des explications de l'E.S. telle ou telle approche. Si ces explications de l'E.S. restent le plus souvent de type médico-psychologique ou psychosociologique, s'y mêlent aussi fréquemment des éléments relatifs à l'école, aux enseignants et au système scolaire.

Ceci est à notre avis significatif de la position particulière qu'occupe l'orthophoniste dans le dispositif de prise en charge de l'E.S. et de la difficulté scolaire.

Se définissant aujourd'hui comme un **"thérapeute spécialisé"**, ce spécialiste n'en continue pas moins **"à rattraper"**, selon les termes du docteur LAFON, **du travail pédagogique mal fait** (1).

Sa position à mi-chemin des pratiques pédagogiques et psychothérapeutiques ne contribue pas à délimiter très précisément son territoire.

Entre, d'un côté, les rééducateurs de l'E.N. et de l'autre, certains psychothérapeutes qui n'hésitent pas à prendre en psychothérapie les enfants atteints de blocage scolaire ou de difficultés scolaires dites **"relationnelles"** (2), il devient en même temps problématique de trouver sa véritable fonction.

On peut certes s'interroger sur les causes d'un tel malaise. L'une de celles-ci tient sans doute, nous en avons déjà parlé longuement, à l'évolution de la pédagogie et de la psychothérapie. Cette évolution est marquée pour de nombreux auteurs (3) par l'irruption de la psychanalyse dans des secteurs de la société qui ne relèvent pas du champ thérapeutique. Il en est ainsi du domaine de l'éducation. Comme le dit A. MUCCHIELLI, **"la psychanalyse en s'intégrant dans l'éducation et l'éducation en se "thérisant" ont, répétons-le, faussé toutes les clés quand les troubles scolaires ont déferlé dans le domaine des thérapeutiques de l'enfance"**.

Une autre cause de ce malaise réside dans le fait que les orthophonistes ont eu à s'occuper, à partir des années 60, d'une population, celle des enfants rencontrant des problèmes scolaires, à laquelle leur formation médicale ne les avait pas préparés.

(1) Dr. J.C. LAFON : article "Où va l'orthophonie ?".
Rééducation orthophonique, n° 62, 1971.

(2) A. MUCCHIELLI-BOURCIER, op. cité, p. 180.

(3) Pour ne parler que des sociologues, citons J. DONZELOT et R. CASTEL.

Sous le double effet de l'accroissement du nombre d'enfants en échec ou en difficulté scolaire et de la médicalisation de ces problèmes scolaires, les orthophonistes ont oscillé, selon A. MUCCHIELLI, et oscillent encore comme on le voit dans nos interviews, entre **"deux courants : l'un portant vers les pratiques orthopédagogiques, parfois même purement pédagogiques, l'autre les renvoyant tout près des traitements psychothérapeutiques"** (1).

Cependant, aucune des orthophonistes que nous avons interviewées ne s'engage délibérément d'un côté ou de l'autre de ces pratiques. Même si, sur le plan de l'idéologie professionnelle, les orthophonistes travaillant dans le cadre du secteur pédo-psychiatrique semblent plus proches des acteurs médicaux que leurs collègues exerçant en libéral, les préoccupations d'ordre scolaire ou pédagogique restent présentes au niveau des discours et des pratiques.

Leur approche de l'E.S. prend indiscutablement en compte des éléments d'explications de type scolaire qui n'entrent pas dans le cadre d'une approche strictement pathologico-clinique.

L'analyse des rôles et des attitudes des orthophonistes ne nous permet donc pas de considérer ces acteurs comme de simples agents de la médicalisation de l'E.S.

Mais comme les orthophonistes exercent en conformité avec leur statut d'auxiliaire-médical, ce qui implique pour eux le nécessaire recours au savoir et à la compétence de l'expert-médical, leur activité s'inscrit dans un cadre sociétal de médicalisation.

(1) A. MUCCHIELLI-BOURCIER, op. cité, p. 180.

Introduction : position du problème

Tous les auteurs s'accordent aujourd'hui pour dire que les causes de l'E.S. sont de trois ordres. Une première tendance, selon E. BURGIÈRE, "cherche en priorité la cause des difficultés et des échecs dans les caractéristiques individuelles (aptitudes naturelles, dons, rythmes propres à chacun, troubles affectifs), mais aussi maladies de l'apprentissage, déficiences du milieu familial, etc... Une deuxième tendance, sans nier l'influence des caractéristiques individuelles des enfants insiste sur le poids des conditions socio-économiques dans les faits de sélection" (1).

A ces explications de type psychologique ou psychosociologique, qui mettent l'accent sur l'analyse de la personnalité de l'enfant ou sur l'approche de son environnement immédiat et à celles de type sociologique, qui insistent généralement sur les handicaps socio-culturels des enfants des classes défavorisées, s'ajoute une troisième tendance, qui prend pour point de départ l'analyse du fonctionnement de l'appareil éducatif. Ces interrogations de nature pédagogique ou scolaire, prennent pour objet d'analyser d'une part les "**normes scolaires**" (qu'il s'agisse de comportements, d'attitudes par rapport à la culture et au savoir ou d'apprentissages particuliers) dont s'accommodent généralement mieux les enfants des milieux aisés, et qui mettent en situation difficile les enfants qui, par leur appartenance sociale et les conditions de vie qu'ils

(1) E. BURGIÈRE. Analyse critique des explications des difficultés scolaires". Enfance, n° spécial 4/5, 1980, p. 275.

connaissent, ne participent pas d'emblée aux préoccupations, aux exigences et au langage scolaires. D'autre part, elles mettent en évidence les effets du système scolaire, analysant notamment, comme le fait B. CHARLOT, l'impact de l'idéologie et le rôle des pratiques pédagogiques (1).

Nous avons donc cherché à savoir comment les psychiatres, préoccupés par la maladie mentale dans sa dimension individuelle, abordent l'E.S. Au-delà de leur approche pathologique, lui reconnaissent-ils une dimension sociale ? Comment définissent-ils leur rôle de psychiatre vis à vis d'un enfant en E.S. Comment délimitent-ils leur intervention médicale dans ce processus de prise en charge médico-psychologique de l'E.S. ? Telles sont les questions que nous nous sommes posées.

Les entretiens que nous avons menés auprès de ces professionnels ont principalement porté sur les thèmes suivants :

- comment expliquer l'échec scolaire ?
- quelle place le psychiatre occupe-t-il parmi les différents acteurs pédagogiques et médicaux impliqués dans le processus d'identification et de prise en charge de l'enfant en échec scolaire ?
- quel type de relation entretient-il avec chacun d'entre eux ?

1 - La logique médicale des psychiatres interviewés

a) Médecin ET psychothérapeute

Les psychiatres sont des médecins spécialisés. Et c'est d'abord comme cela que les psychiatres se définissent eux-mêmes : "**des médecins spécialisés de la maladie mentale**", ceux qui savent la diagnostiquer et la soigner.

(1) R. CHARLOT. Echec scolaire : système, idéologies et pratiques. Psychologie scolaire, Mai 1981, p. 36-37.

D'évidence, les psychiatres insistent ainsi d'abord sur le fait qu'ils exercent une fonction de soignant. On retrouve bien cette dimension dans la définition que cette psychiatre donne, par exemple, de son rôle : "le psychiatre, c'est un médecin. Donc c'est quelqu'un qui est fait pour soigner des gens qui sont dits malades mentaux, c'est tout ce qui est de l'ordre mental. Par extrapolation, on peut aussi aider et non plus soigner les gens qui ne sont pas malades mentaux mais qui ont seulement des problèmes". Comme le fait remarquer G. DAUMEZON, illustre psychiatre, co-fondateur et promoteur de la psychothérapie institutionnelle : "la psychiatrie est la médecine de l'âme, de l'esprit et de la psyché. C'est donc d'abord une médecine et de cela résultent des axes de jugement éthiques généraux qui s'appliquent à elle comme à toutes les branches de la médecine" (1).

En se présentant d'abord comme médecins, les psychiatres soulignent le primat de l'éthique médicale dans les rôles et attitudes professionnels qu'ils adoptent.

Toute activité, toute pratique médicale, comprend au moins deux phases consécutives. La première dite du diagnostic, consiste à analyser la demande du client et, à partir de faits scientifiquement avérés, à interpréter ces faits ou symptômes en fonction des connaissances, du savoir dont le médecin est dépositaire. Comme tout médecin, le psychiatre est un technicien ayant sur les maladies des connaissances scientifiques. Il est reconnu socialement en raison de ce savoir attesté par des grades universitaires. La deuxième phase dite du traitement consiste à mettre en oeuvre une thérapeutique qui doit soigner l'individu malade et lui permettre de recouvrer l'intégralité de ses moyens physiques et/ou mentaux.

(1) G. DAUMEZON .- Psychiatrie et éthique .- Toulouse : Privat, 1979 .- p. 10.

Quand les causes organiques ou génétiques d'une maladie mentale sont connues, les psychiatres suivent une démarche médicale organiciste classique. Pour toutes les maladies mentales, telles les psychoses, dont les causes restent méconnues, les psychiatres se réfèrent à des cadres nosologiques divers selon les positions doctrinales pour lesquelles ils optent.

Au sein même de la psychiatrie, trois grands mouvements d'idées majeurs coexistent pour essayer d'expliquer les causes de la maladie mentale : l'organicisme, la théorie du milieu, la théorie psychanalytique. De nombreux psychiatres, enfin, dans une attitude plus pragmatique, considèrent que les manifestations psychopathologiques résultent conjointement des causes mises en avant par ces trois grands courants doctrinaux. Médicalement, action sur le milieu, psychothérapie... le choix des thérapeutiques psychiatriques variera selon la théorie psychiatrique de référence sur la genèse des maladies mentales.

Pour affirmer leur compétence les psychiatres peuvent jouer tour à tour de leur statut de médecin vis à vis des non-médecins et de leur référence à la psychologie dans leur activité psychothérapique vis à vis des médecins. Ils tiennent ainsi une place toute particulière dans le champ de la prise en charge médico-psychologique de l'échec scolaire.

Médecins, ils peuvent considérer ce statut vis à vis de ceux qui se veulent thérapeutes ou psychothérapeutes, alors qu'ils ne sont pas médecins. Ils rappellent aux orthophonistes, psychomotriciens, psychologues et autres... qui auraient quelque peu tendance à l'oublier, que seuls ceux qui ont suivi une formation médicale sanctionnée par un diplôme universitaire sont jugés aptes à porter un diagnostic et donc à prescrire un traitement.

Certains psychiatres ont, par exemple, des mots assez durs pour des orthophonistes à qui ils reprochent de dépasser le champ de leur compétence : **"on voit une**

floraison extraordinaire d'orthophonistes privés. Ça pose un vrai problème ! Ce sont de braves filles qui ont deux, trois années après leur bac et qui jouent finalement un rôle, par l'intermédiaire des fonds de la Sécurité Sociale, de répétiteurs privés dans un certain nombre de cas ou alors, dans nombre de cas, un rôle de psychiatre du pauvre (...). Ou les filles ont conscience de leurs limites et ce sont des gens valables, ou elles n'en ont pas conscience et débordent largement de leur fonction d'orthophoniste. Encore que fonction d'orthophoniste, qu'est-ce que ça veut dire ? Les orthophonistes sont formés pour quelques maladies en particulier médicales pour des troubles spécifiques, des rééducations spécifiques". Et c'est souvent au nom des risques que peut encourir l'enfant que lui, le médecin spécialisé, peut par exemple traiter les orthophonistes, comme le fait ce psychiatre, de "pseudo-spécialiste qui prolifèrent dans nos campagnes" et que lui, le psychothérapeute, peut reconnaître ou pas dans l'exercice de la profession para-médicale d'orthophoniste une dimension de l'ordre de la relation psychothérapique.

Par leur statut de médecin, les psychiatres marquent la distance qui les sépare de ceux - les psychologues tout particulièrement - qui pourraient leur faire concurrence sur le terrain de l'analyse psychologique.

Faire appel aux théories psychologiques pour comprendre l'origine de la maladie mentale, c'est admettre que ses causes sont d'ordre psychologique.

Une de ces théories psychologiques, la psychanalyse, est présentée par FREUD comme un des moyens de soigner et guérir les personnes névrosées.

Or, on peut être psychanalyste sans être médecin. La confusion entre psychothérapie et psychanalyse s'installe : les psychologues revendiquent le droit de pouvoir faire de l'analyse psychologique comme,

effectivement, le psychiatre se référant à la psychanalyse et veulent qu'on leur reconnaisse une fonction thérapeutique.

Face aux psychologues, les psychiatres ne peuvent guère s'imposer par le nombre d'années d'études spécialisées en Psychologie. Par contre, l'analyse psychologique n'a pas en elle-même une fonction thérapeutique. Ils leur opposent donc leur statut et leur expérience de médecin. **"Eux, explique un psychiatre, sont beaucoup plus théoriques, alors que nous, on est quand même des médecins. Le diagnostic clinique, le contact avec le malade, le feeling, l'empathie, on y est beaucoup plus sensible qu'eux. Eux, ils ont des tests, des machins, c'est comme ça et pas autrement (...). Ils sont plus pointus dans le moment. C'est trop décortiqué (...). Alors que le médecin a une vue plus globale de l'individu. Il n'y a pas que la tête, il y a le reste qui suit, même si c'est la tête qui commande".**

Dans l'exercice libéral de la profession, le psychiatre n'a aucune autorité de droit sur aucun des acteurs susceptibles de prendre en charge un enfant en échec scolaire. Par contre, ces rapports de pouvoir sont tout à fait institutionnalisés dans ces dispositifs publics de traitement que sont notamment les Centres de Santé Mentale Infantile (C.S.M.I.), les Centres de Guidance Infantile (C.G.I.) ou les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (C.M.P.P.). Le diagnostic de même que les décisions de traitement, y sont soumis à l'autorité médicale du psychiatre. S'il l'entend ainsi, il peut autoriser la pratique de certaines psychothérapies sous la responsabilité de psychologues cliniciens ou de praticiens ayant acquis une formation particulière, tels, par exemple, les psychodramatistes, reconnaissant par là la formation de certains praticiens comme suffisante et leur conférant alors un statut d'auxiliaire médical et un rôle de psychothérapeute.

Psychothérapeutes, les psychiatress reprochent aux médecins généralistes de ne se préoccuper que du corps.

Face à eux, ils se présentent comme ceux qui savent mettre en évidence et soigner le trouble mental, le malaise psychologique, le psychosomatique là où rien de tel n'apparaît aux médecins. Ils peuvent donner un sens psychique aux approches et données médicales. D'ailleurs, explique un psychiatre, les médecins sont contraints à accepter leurs limites : **"ils sont bien obligés quelquefois, quand ils ne peuvent rien faire d'autre, de les envoyer (les enfants). Quand c'est vraiment un gosse psychotique, ils nous l'envoient parce que vraiment ils ne savent plus quoi faire"**.

Lui, par contre, le médecin du psychique a appris et connaît la médecine du corps. S'il veut l'incorporer dans sa pratique de psychiatre, la désapprouver, la dépasser c'est en tant que médecin lui-même, qu'il fait ce choix. Après s'être définis comme étant des médecins spécialisés, la majorité des psychiatres précisent eux-mêmes au cours de nos rencontres qu'ils prescrivent très peu de médicaments, se distinguant ainsi de leurs confrères s'occupant de psychiatrie adulte.

S'ils reprochent à certains médecins de **"droguer les enfants"**, de pratiquer une **"psychopharmacologie sauvage"**, s'ils choisissent d'éviter tout traitement médicamenteux et d'axer essentiellement leur traitement sur un mode psychothérapique, c'est aussi en tant que médecin qu'ils peuvent le faire. Ce faisant, aux yeux de la population consultante ou des autres intervenants du champ médico-psychologique, ils donnent à la psychothérapie et à la psychanalyse, en particulier, une caution scientifique qui sert à transformer en affirmations fondées sur l'expérience scientifique des hypothèses dont il faudrait éprouver encore les qualités.

Ces psychiatres mettent en avant la spécificité de leur pratique face à celle des médecins généralistes. "Le problème du médecin, c'est le problème de la population en général. Mais, nous, on le voit bien, parce qu'on travaille avec eux (...). Quand c'est un gosse qui a des problèmes névrotiques, ils essaient de s'en débrouiller en mettant ça sur le compte de problèmes scolaires, mais sans vouloir voir les problèmes vraiment fondamentaux qui sont en eux".

Ainsi donc, ayant la possibilité d'insister sur son statut de médecin, ou sur sa référence à la Psychologie dans son activité thérapeutique (selon que l'un ou l'autre est plus opportun) il reste en dernière instance, celui qui peut dire si le cas de tel enfant en échec scolaire nécessite effectivement une prise en charge thérapeutique et plus particulièrement psychothérapique, et même, de façon plus générale, de quel type de prise en charge il relève. A ce titre, il a, de fait, droit de regard sur les limites des champs de compétences des différents spécialistes. Le pouvoir du psychiatre en ce sens dépasse largement le champ strictement médico-psychologique de la prise en charge de l'E.S. Il concerne tous les acteurs qui, chacun dans leur domaine, avant de prendre un enfant en charge se demandent s'il relève ou pas de leur compétence.

b) L'homme du "dernier recours"

Un psychiatre de l'inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile note que de plus en plus de familles font la démarche de s'adresser d'elles-mêmes au C.S.M.I. "La demande que j'appellerais personnelle, ça devient de plus en plus fréquent. Soit parce que les gens me connaissent, soit par l'intermédiaire d'enfants, d'amis, de voisins, de membres de la famille ou autres qu'ils ont eu l'occasion de rencontrer et dont ils ont su qu'ils ont été pris en charge par le C.S.M.I.". Un psychiatre, exerçant en partie libérale rencontre aussi des parents qui viennent spontanément le voir". Ce sont souvent des parents qui sont cadres, qui ont un niveau

intellectuel élevé". Meilleure intégration dans la vie de la commune, clientèle d'un niveau social plutôt élevé, ou "**bouche à oreille**", familles moins effarouchées par la notion de folie qu'induit inévitablement la psychiatrie... Il reste qu'en majorité, les enfants en E.S. que les psychiatres voient en consultation sont presque toujours passés au préalable entre les mains de plusieurs spécialistes, spécialistes de l'Education Nationale, thérapeutes spécialisés, psychologues. "**En général, dit un psychiatre, on est les derniers à être consultés, les derniers à être tenus au courant. On ne vient pas voir le psychiatre d'abord. On vient le voir quand vraiment on a pas pu s'en passer. Les autres n'ont rien pu trouver ou expliquer, alors on est contraint de venir voir le psychiatre. Mais ce n'est jamais de gaieté de coeur**".

A la faveur de la compétence que lui confère la loi de 1838, le psychiatre du secteur public peut légitimer l'internement d'un sujet contre son gré sous l'autorité du Commissaire de la République, s'il juge que son état mental le nécessite. Il a reçu mandat social de protéger l'individu fou contre lui-même et d'empêcher qu'il soit dangereux pour les autres.

Plus que le savoir particulier qu'il a sur les maladies mentales, c'est ce pouvoir social là qui conditionne les représentations sociales sur le psychiatre. Bien qu'en psychiatrie infantile, ce pouvoir soit atténué car l'internement d'office d'un enfant est exceptionnel, c'est pour cela qu'il fait peur. Le psychiatre sait identifier l'enfant fou et même s'il ne l'utilise pas dans sa pratique professionnelle, il a, de fait, le pouvoir de le faire placer en institution psychiatrique, de l'enfermer. Et l'on peut supposer que tant que les asiles existeront, cette image de l'aliéniste persistera.

Contrairement à l'idée couramment admise aujourd'hui d'une banalisation de la psychiatrie, pour les psychiatres, il ne fait aucun doute qu'elle inspire encore surtout crainte et appréhension. Le recours au

psychiatre revient implicitement à reconnaître la folie du consultant. Si on voit un psychiatre, c'est qu'on est fou. Et si on ne l'est pas, on le devient : on entend, dit le psychiatre, **"il va le rendre plus dingue qu'avant, les psychiatres sont fous"**. Alors n'importe quoi plutôt que cela.

Pour que des parents se résignent à venir les consulter, c'est que tous les autres recours ont échoué. Mais le plus souvent, les spécialistes susceptibles de voir l'enfant avant le psychiatre ont intériorisé eux aussi ces représentations et les véhiculent. Et ce n'est souvent qu'après avoir constaté l'inefficacité de leur intervention auprès d'un enfant que les autres spécialistes eux-mêmes conseillent aux parents une consultation chez un psychiatre : **"l'orthophoniste, constate un psychiatre, à un moment donné, elle se demande si cet enfant elle peut lui apporter quelque chose. C'est rarement repéré d'entrée. Il y a mise en place de rééducation orthophonique ou autre et au bout d'un moment... c'est bien déjà un échec"**. C'est un échec de quelque chose qui amène au psychiatre.

Insuccès du traitement, des réponses qu'ont essayé d'apporter les différents spécialistes pédagogiques et médico-psychologiques à cette situation d'E.S., mais aussi erreurs de jugement de leur part puisqu'ils ont pu croire à un moment que le cas de tel enfant en E.S. pouvait relever de leur compétence.

Et imperceptiblement, c'est sur les échecs successifs ou seulement les aveux d'incompréhension des autres et non pas sur sa propre réussite que se construirait aux yeux du psychiatre lui-même et aux yeux des autres, l'idée que lui, peut encore découvrir ce qui faisait de tel enfant un mauvais élève. Il saura porter **"le bon diagnostic"** - diagnostic que seul un autre psychiatre serait à l'extrême rigueur en droit de discuter. Homme du dernier recours, le psychiatre,

parfois, n'est plus seulement vécu comme un thérapeute et se voit investi d'un pouvoir parfois occulte et magique.

2 - Psychiatrie et pédagogie : les "mal-entendus"

a) Le modèle psychologique du symptôme appliqué à l'E.S.

Nous l'avons déjà souligné, parmi les trois grands courants théoriques psychiatriques élaborés comme tentative d'explication des maladies mentales, l'ensemble des psychiatres que nous avons rencontrés se réfèrent à la théorie psychanalytique. C'est donc à elle seule que nous nous intéresserons ici.

Dans cette approche psycho-pathologique, la psychologie et l'histoire individuelle seraient essentiellement responsables des conflits intrapsychiques générateurs de maladies mentales.

Ce système de causalité justifie les indications thérapeutiques de traitement psychothérapique : parler avec le malade, l'écouter. **"Psychothérapie"** signifie comme le montre l'étymologie **"soin (et guérison) par l'esprit"** et **"correspond à une pratique de cure des maladies par la parole, par l'influence personnelle du thérapeute ou par tout autre procédé psychique"** (1). Le traitement ne consiste pas ici en la prescription d'une quelconque médication, mais dans le vécu d'une expérience relationnelle particulière.

Dans la première phase de diagnostic, le médecin agit en tant qu'expert. Il l'établit sur la base de son savoir et conseille, le plus souvent, un traitement que le client est **"libre"** de suivre ou pas. **"C'est par l'intermédiaire de la psyché du client, mais connaissance tout de même du patient, de sa personnalité, de son échelle de valeurs, de ses perspectives... Le psychiatre est gêné par la maladie**

(1) A. MUCCHIELLI-BOURCIER .- Educateur ou thérapeute .- Paris : ES.F., 1979 .- p. 84.

elle-même pour discerner chez le patient les déterminants qu'il se doit de respecter", écrit G. DAUMEZON (1). Autrement dit, le diagnostic psychiatrique impose un déchiffrement de la demande du patient. **"Devant chaque patient, souligne G. DAUMEZON, le psychiatre devra se faire une idée claire, se construire un modèle aussi rapproché que possible de ce qu'est la personnalité et, partant, de ce que serait la demande du patient s'il n'était pas perturbé par le trouble. C'est dire l'importance déterminante, pour éviter ou provoquer les erreurs, du modèle théorique de la maladie que le médecin se construit" (2).**

Dans l'approche psychopathologique des problèmes scolaires, tout diagnostic procède d'un déchiffrement, d'une traduction de l'E.S. interprété, selon le modèle psychologique, comme symptôme. **"L'E.S., dit ce praticien, c'est le haut de l'iceberg d'autres types de problèmes"**. Selon le psychiatre, directeur médical d'un C.M.P.P., interviewé, il faut chercher à savoir ce qu'il y a **"là-dessous"**. Devant les difficultés d'apprentissage qu'un enfant rencontre au cours de sa scolarisation, **"le travail, souligne un autre spécialiste, c'est de trouver la souffrance qu'il y a derrière cet E.S. (...) il en est la manifestation"**. Mais la réalité de cette souffrance échappe à l'observation superficielle. C'est un **"appel"** inconscient que lance l'enfant, un message codé que le psychiatre tente d'interpréter. Si en médecine organique le symptôme témoigne de la maladie dont est atteint le malade, pour ce psychiatre, dans la situation d'E.S. d'un enfant, viennent se résumer les conflits internes auxquels celui-ci est en proie. Dans cette logique médico-psychologique, il convient donc de ne pas traiter l'E.S. en soi, mais de chercher à découvrir, pour pouvoir les soigner, les difficultés psychologiques censées être à l'origine des problèmes scolaires de l'enfant.

(1) (2) G. DAUMEZON, Ibid. p. 14.

Un psychiatre explique que, parmi les enfants qu'il voit en consultation, certains ont même un symptôme non pas d'E.S., mais de réussite. **"J'en ai qui travaillent très bien, pour qui même une intellectualisation constitue une défense. L'enfant en E.S., tout comme l'enfant énurétique, anorexique... ou même l'enfant qui réussit "trop bien" en classe, manifeste à sa manière les souffrances psychiques qui l'habitent".**

Il s'agit, pour les psychiatres, de rendre congruent ce symptôme scolaire avec leur modèle théorique ou clinique. Et cette référence à la construction a priori de ce modèle clinique donne d'emblée à l'E.S. une connotation pathologique.

Perturbations psychologiques dont il faut chercher la genèse dans l'histoire individuelle de l'enfant et dans les relations qu'il a entretenues et entretient avec les personnages centraux de son environnement, scolarisation trop précoce de l'enfant dont la maturité affective n'est pas suffisamment assurée, rupture psychologique que constitue dans la carrière scolaire d'un enfant le passage en C.P., caractéristiques individuelles et qualités pédagogiques de l'enseignant... comme l'on pouvait s'y attendre, chez les psychiatres que nous avons rencontrés le discours dominant en matière d'E.S. est de type médico-psychologique.

Cette problématique médico-psychologique se distingue d'une problématique scolaire d'évaluation des performances intellectuelles de l'enfant. Les démarches sont contradictoires. Même si, à terme, elles peuvent devenir complémentaires, elles se trouvent souvent en opposition. Les psychiatres en témoignent lorsque, par exemple, la question du Quotient Intellectuel est évoquée au cours de l'interview. Cette notion de Q.I. est d'emblée comprise par la majorité des psychiatres comme un indice statistique obtenu par exemple à la suite du test Binet-Simon et comme une mesure des niveaux de

débilité. Pour eux, le Q.I. ainsi compris ne saurait constituer un critère décisif du diagnostic psychiatrique.

Au mieux, constitue-t-il une indication dans la mise en place du traitement : **"Ca donne une indication pour voir ce qu'on doit mettre en oeuvre pour le futur"**, dit ce psychiatre. Pour un tel autre, c'est un indicateur momentané : **"Ca peut être un point de repère pour voir l'évolution d'un gosse : un gosse peut avoir un Q.I. bas une année et après une prise en charge, avoir un Q.I. élevé"**.

Le Q.I. ne semble pas pratiqué de manière systématique. **"Je me pose très rarement la question du Q.I."**, dit ce psychiatre-psychothérapeute, exerçant en libéral.

Dans certaines antennes du C.S.M.I., **"on est économe des bilans. Il n'y a pas de protocole ritualisé, chaque cas est particulier et demande un traitement particulier"**, nous précise-t-on.

Dès lors, les psychiatres réagissent à une approche fixiste de l'intelligence qui est celle dont ils ont l'habitude d'entendre parler. Elle est accusée de ne pas prendre en compte un certain nombre de facteurs tels que les différences de langages, de façons de penser, de modes de raisonnements, etc...

Enfin, et peut-être surtout, les psychiatres expriment leur réserve à l'idée d'une mesure psychométrique de l'intelligence, mettant en cause, par le fait même, le bien fondé d'une évaluation de la débilité. Tel ce psychiatre qui ne le dit pas explicitement, mais qui met longuement en garde contre l'utilisation du Q.I. **"Il faut savoir que des enfants peuvent avoir un Q.I. à un chiffre très bas et ce n'est pas pour cela qu'ils sont débiles. Il faut pouvoir interpréter d'un peu plus près les résultats d'un Q.I. ... Il y a des conditions au niveau des passations qui favorisent pour un enfant**

ou bien l'inhibition, ou bien une angoisse très forte... Ils ont des résultats catastrophiques et ce sont pourtant des enfants qui sont normalement intelligents". Certains psychiatres ne contestent-ils pas la validité scientifique même du concept de débilité ?

Quand l'un d'entre eux voit un enfant en E.S. et qu'il porte sur lui le diagnostic d'enfant dysharmonique pour ne pas dire fou ou psychotique, il est évident que le problème central est celui de ses troubles de la personnalité et non pas celui de la mesure de son intelligence. Aussi grande soit-elle, ces troubles sont tels que cet enfant ne peut se servir de son intelligence. D'évidence, le psychiatre n'a pas nécessairement besoin d'un Q.I. qui mesure l'intelligence et pas la folie.

Par contre, quand un psychiatre a affaire à un enfant pour lequel un diagnostic psychiatrique ne s'impose pas et que l'E.S. est le principal symptôme qu'il présente, la mesure de l'intelligence pourrait se justifier. Est-il capable de suivre les cours qui lui sont donnés ? Est-il bloqué au stade de la pensée concrète alors que l'enseignement qu'il reçoit exigerait qu'il ait accès au stade de la pensée abstraite ? Quelles chances a-t-il de passer au stade de la pensée formelle ? A-t-il ou pas des possibilités d'évolution dans l'appareil scolaire ?

La nosologie psychiatrique s'est enrichie de nouveaux concepts explicatifs qui ne rendent plus systématique le recours à la mesure du Q.I.

Comme le dit très bien un psychiatre : **"le Q.I. nous donne des indications mais de toute façon on les a autrement. Quand on voit un gosse dysharmonique, on est sûr qu'il va avoir un Q.I. bas. On saura déjà qu'il a des problèmes intellectuels".**

Pour ce psychiatre, les troubles affectifs sont beaucoup plus importants dans la genèse de l'E.S. que les problèmes d'efficience : **"j'ai des gamins qui ne**

sont pas intelligents et ce n'est pas forcément eux qui sont en échec. Ceux-là sont habitués à travailler. Ils ne sont pas en échec ceux qui sont un peu limités".

Au contraire, l'échec scolaire peut se rencontrer chez des enfants de niveau intellectuel supérieur. Ce médecin-phoniâtre, psychanalyste, qui pratique des psychothérapies avec des enfants rencontrant des problèmes de langage se dit **"frappé de voir des niveaux même supérieurs à la normale chez des enfants en plein échec"**.

Ces propos sont à l'évidence d'une inspiration psychanalytique. Françoise DOLTO qui est, sans doute, le seul psychanalyste français connu du grand public grâce à ses émissions de radio longtemps diffusées sur France-Inter, déclarait dans une interview au Monde de l'Education : **"il faut savoir que la réussite scolaire n'est pas, a priori, un signe d'intelligence, ni un élément favorable au développement de la personnalité et du caractère. (...) S'ennuyer à l'école, c'est un signe d'intelligence"** (1).

b) Médecine et psychanalyse

En effet, l'ensemble des psychiatres que nous avons rencontrés se réclament d'une théorie psychologique particulière, la psychanalyse, qui présente les troubles psychologiques comme le résultat du refoulement des traumatismes psychiques infantiles liés à la sexualité. Elle détient à leurs yeux les clés de l'explication de l'ensemble des phénomènes psychiques.

(1) "La psychanalyse et l'école".

Le Monde de l'éducation, n° 49, avril 1979, p. 21.

Non que tous les psychiatres soient psychanalystes sur cet inter-secteur infanto-juvénile. Mais, cette option thérapeutique commune aux psychiatres rencontrés traduit bien la domination de l'orientation psychanalytique due, pour une large part, au chef de secteur et de façon plus large, au poids de la psychanalyse en France.

Tous insistent notamment sur la notion de durée : **"la thérapie c'est très long. Ce qui se passe dans les séances ne se vit pas en termes de ça va mieux - ça va moins bien"**, déclare ce psychiatre-psychanalyste. Nous touchons là à la finalité de l'analyse psychologique.

Pour le psychiatre qui se veut à l'écoute de ce que dit la souffrance de l'enfant en échec scolaire, en aucun cas l'amélioration des résultats scolaires ne peut constituer un test en soi. **"Ce n'est pas mon affaire à moi"**, dit ce psychiatre, **"que ce gosse là travaille bien en classe ou pas. Peut-être qu'il a mieux à faire que de travailler bien en classe justement"**. Nous ne voulons pas entrer dans le débat du sens particulier du symptôme en clinique psychanalytique. Mais ce que dit ce psychiatre signifie bien qu'il ne se positionne pas là en tant que psychiatre, mais en tant que psychanalyste. Ces psychiatres ne soulignent pas seulement avec Freud qu'on ne peut traiter le symptôme du jour au lendemain avec la psychothérapie. La représentation médicale du symptôme est évacuée. Par contre, le symptôme prend un sens au regard de la théorie de l'inconscient.

Ils considèrent certes que la disparition de la situation d'E.S. peut être un indice de la résolution du conflit caché ou seulement de la nouvelle possibilité pour l'enfant de vivre avec lui. **"Cela (une thérapie) peut entraîner que l'enfant soit suffisamment sorti de ses problèmes psychiques pour trouver un certain plaisir à mentaliser, à fonctionner intellectuellement. Si on lève un peu les résistances, il peut y avoir un meilleur**

fonctionnement psychique, donc il peut y avoir une amélioration objective des résultats scolaires". L'ensemble des psychiatres rencontrés s'accordent sur l'idée que les traitements psychologiques ne visent pas à une meilleure adaptation sociale ou familiale de l'enfant, ne comportent aucune dimension orthopédagogique, ne poursuivent aucun but normatif, ne proposent pas d'atteindre un état de mieux-être préalablement défini..

Finalement, ces psychiatres, quand ils se réclament de la psychanalyse, donnent l'impression de vouloir se placer à côté de la médecine. Ce décentrage nous paraît être un problème spécifique à l'orientation psychanalytique en psychothérapie. La psychanalyse ne représenterait pas seulement pour eux un apport à la relation entre le thérapeute et son malade. Mais faire accéder l'analysant à la vérité de son désir prendrait ici le pas sur la volonté de soigner. Cela ne débouche-t-il pas sur le déni de leur fonction médicale ?

Il nous semble que tout débat qui veut opposer en soi médecine et théorie psychanalytique manque de pertinence car l'une et l'autre ne se recouvrent pas. Mais quand l'une et l'autre se trouvent réunies en une seule et même personne, le psychiatre-psychanalyste, on arrive parfois à une complète confusion des rôles. Quand ces psychiatres ont en face d'eux un enfant en E.S., sont-ils médecins ? Sont-ils psychanalystes ? Sont-ils des psychiatres qui veulent faire ressortir le désir de l'autre ou des psychanalystes qui soignent ?

Confusion aussi dans leur rôle par rapport à celui des psychologues. Certains psychologues voudraient par l'intermédiaire de la psychanalyse, que leur soit reconnu un statut de thérapeute.

Or, ces psychiatres, au lieu de soigner en utilisant les outils d'analyse que leur offre la théorie freudienne, choisiraient plutôt de ne pas soigner du

tout. Pourtant la démarche de Freud n'est-elle pas médicale dans la mesure où il y a une intention soignante dans l'utilisation de la psychologie ?

Quand nous leur avons demandé de se définir, ces mêmes psychiatres, il faut le rappeler, se sont présentés avant tout comme des médecins spécialisés des maladies mentales et donc explicitement revendiquaient une fonction de soin. La mise en avant de ce statut n'est-elle pas en total contraste avec leur volonté d'aborder l'E.S. dans une problématique psychanalytique que ces psychiatres paraissent définir en dehors de toute démarche médicale ? Nous avons vu précédemment que le psychiatre-psychanalyste doit surtout à son statut de médecin la place qu'il tient dans le champ de la prise en charge médico-psychologique. Hors statut libéral, le diplôme de psychiatre seul lui permet par exemple d'être embauché dans une institution et d'y faire prévaloir sa volonté de mettre en avant cet objectif strictement psychanalytique de ne pas soigner.

Le soin que prennent ces psychiatres à affirmer leur statut de médecin, tout en refusant au nom de la psychanalyse, de soigner, comme d'ailleurs, à l'inverse l'insistance de certains psychanalystes à opposer psychanalyse et médecine nous paraissent plus tenir à des conflits de pouvoir à l'intérieur du champ de soins des souffrances que vivent les hommes qu'à une divergence sur la façon de comprendre l'origine de ces souffrances et sur la nature de la réponse à y apporter.

c) La médiation de l'école

Quoi qu'il en soit, le sens de leur démarche s'accorde mal à la demande familiale qui leur est faite majoritairement, disent ces psychiatres, d'améliorer les résultats scolaires de l'enfant pris en charge - et ce, semble-t-il - d'autant plus que les enfants sont scolarisés dans le primaire. En psychiatres, ils estiment souvent que pour les parents cette demande là est plus facile à

"verbaliser" : "des parents viennent pour ça car c'est le symptôme dont ils peuvent parler. Les autres, ils ne peuvent pas en parler parce que c'est trop dur ou parce qu'ils ne les voient pas". Le traitement de leur enfant peut même devenir le moyen pour les parents de dire au psychiatre leur propre souffrance. Que les parents aient intégré ou pas une culture médico-psychologique qui leur fasse admettre l'E.S. comme un symptôme dans sa conception psychanalytique, un bon nombre d'entre eux, aux dires des psychiatres, restent surtout attentifs à la disparition de ce symptôme. Ils tendent ainsi à voir dans la disparition de l'E.S., que le psychiatre peut se donner éventuellement comme objectif intermédiaire, un objectif obligatoire ou même le but ultime de son intervention. Ce désir des parents et des maîtres que l'enfant surmonte les difficultés de l'apprentissage scolaire peut à la limite renforcer ses aliénations psycho-affectives et occulter les véritables sources des conflits qui le paralyse dans son effort pour réussir et répondre aux attentes du système pédagogique. **"Il y a certains parents, explique un psychiatre, qui voudraient être coopérants, qui ont de la bonne volonté. Mais c'est dur, parce que, quand on commence à faire bouger les choses et qu'ils se rendent compte que leur gamin ne fait plus dix fautes à la dictée mais quinze, ça ne passe plus du tout. Les parents ne comprennent pas toujours. Et c'est pas forcément toujours simple à leur faire passer".**

Outre que ceci traduit sans aucun doute l'inquiétude des parents quand au devenir social de leurs enfants que cette inadaptation scolaire pourrait bien compromettre, il nous faut constater que l'école est très rarement absente de cette démarche personnelle que des parents entreprennent auprès d'un psychiatre à propos de l'E.S. de leurs enfants. Certes, aucune prise en charge psychothérapique, pas plus d'ailleurs qu'aucune prise en charge par un quelconque spécialiste à l'intérieur ou à l'extérieur de l'école, ne peut être entreprise sans l'accord des parents. Mais la très grande majorité des psychiatres

interrogés soulignent que, directement ou par l'intermédiaire des psychologues scolaires, du GAPP ou des Commissions d'Education Spéciale, l'école même est à l'origine d'une telle démarche.

Tel psychiatre exerçant en cabinet privé explique : **"souvent les parents amènent l'enfant parce que l'institutrice ou le psychologue scolaire dit que l'enfant doit être vu par un psychiatre ou quelqu'un d'autre. A ce moment là, les parents amènent l'enfant, mais à mon avis, c'est un peu par contrainte"**.

L'école surtout inciterait les parents à s'adresser à un psychiatre. Nous retrouvons, ici, "la dimension d'espace clinique" de l'école que P. PINELL et M. ZAFIROPOULOS ont analysée (1). Cette médiatisation de l'école existe pour les démarches parentales engagées auprès de psychiatres publics dont certains entretiennent des rapports étroits avec les écoles. Mais, ceci reste vrai pour les psychiatres dans l'exercice libéral de leur profession.

Dès lors il paraît compréhensible que la demande de la plupart des parents - telle que les psychiatres la perçoivent - s'exprime essentiellement sous la forme d'aide scolaire pour l'enfant.

Cette logique d'efficience intellectuelle apparaît à bien des psychiatres-psychanalystes comme une contrainte susceptible d'entraver la démarche médico-psychologique et psychothérapeutique. Dans la mesure où les préoccupations scolaires prédominent, elles auraient pour effet d'occulter les problèmes relationnels qui conditionnent la vie affective de l'enfant dans son cadre familial, surmonter les conflits psychologiques et interpersonnels qui paralysent l'enfant dans ses activités scolaires suppose précisément que soit mise entre parenthèses l'urgence de la réussite intellectuelle dans la

(1) Op. cit., p. 10.

relation à l'école. Cette question de la médiation de l'école induit certaines difficultés au plan de la relation entre les psychiatres et les pédagogues. Nous y reviendrons plus loin.

Cette rencontre entre enfant en E.S./parents/psychiatre se présente, à bien des égards, comme une situation où subsiste des mal-entendus.

Tout malade, quand il consulte un psychiatre, s'adresse à lui pour son ou ses symptômes qu'il souhaite voir disparaître. Des parents s'adressent au psychiatre à propos de l'E.S. de leur enfant. Qu'ils viennent pour faire soigner leur enfant ou seulement pour que cesse l'E.S., les parents se préoccupent du symptôme.

Le psychiatre-psychanalyste, lui, ne s'intéresse pas au symptôme, l'E.S., mais au fonctionnement psychique de l'inconscient chez l'enfant. Les deux premiers termes de cette situation ne peuvent correspondre que si les parents intègrent la démarche psychanalytique du psychiatre. Et l'on peut penser, qu'à moins de rompre la relation thérapeutique entre le psychiatre et leur enfant, il ne reste aux parents que cette solution. En dehors de la rupture, quel degré de liberté ont-ils de ne pas suivre le raisonnement et les recommandations d'un expert à qui ils s'adressent ? Reste l'enfant.

Mais nous n'entamerons pas ici le débat sur la réalité d'une demande individuelle de la part d'un enfant en âge d'être scolarisé à l'école primaire.

3) Psychiatrie et sociologie dans le rapport à l'échec scolaire

D'une manière générale, les représentations qui se dégagent des discours que les psychiatres tiennent sur cette question de l'échec scolaire nous permet de distinguer deux grands types d'attitude professionnelle :

- une attitude réfractaire à l'égard de toute prise en compte dans le cadre de leur pratique professionnelle, de variable de nature sociologique,
- une attitude libérale (1) propice à une relativisation du regard psychiatrique dans l'identification et le traitement de ce type d'inadaptation.

Tout naturellement entre les réfractaires et les libéraux, il existe une variété de positions et de nuances propres à chaque personnalité. Néanmoins, quelle que soit l'attitude observée, il existe entre tous ces praticiens un commun dénominateur : celui d'une logique médicale qui marque leur appartenance à un groupement professionnel nettement spécifiée.

Précisons qu'il s'agit là, pour l'essentiel, d'une analyse des représentations collectives et non d'une observation des pratiques réellement mises en oeuvre. Dans cette recherche, nous tentons seulement de faire apparaître des clivages entre les sensibilités exprimées, de montrer ce qui distingue le plus les discours des uns et des autres, de mettre en évidence les différences de problématique.

a) Les psychiatres réfractaires à l'intégration de variables sociologiques à leur pratique professionnelle

Parmi ces psychiatres du premier groupe, il est possible de distinguer trois sous-catégories de praticiens :

- les psychiatres de l'individu,
- les psychiatres de la communauté,
- les psychiatres dichotomiques.

(1) L'adjectif "libérale" renvoie ici à une disposition d'esprit mais pas à un statut professionnel

Les psychiatres de l'individu

Certains psychiatres ne voient dans l'E.S. que le symptôme de troubles psychopathologiques individualisés. Ainsi, quand on demande à ce psychiatre quelles sont, selon lui, les différentes causes de l'E.S., il répond : **"n'importe quel traumatisme affectif chez un enfant peut faire qu'il va se trouver en E.S. N'importe quoi dans son histoire, que ce soit un divorce chez ses parents, un état dépressif chez sa mère, un accident dans la famille, un deuil chez le voisin. Chez un enfant qui a un terrain fragilisé, qui n'est pas solide, qui n'est pas en état de recevoir un traumatisme affectif... Voilà, il y a E.S. Ca peut être un E.S. d'un an, de deux ans, dix ans. Ce peut être un E.S. avec un blocage et puis ça passe"**. A là question sur la prévention de l'E.S., cet autre psychiatre répondra par exemple : **"la réponse est simple, ce n'est pas prévenir l'E.S., il faut prévenir la névrose et à ce moment là on prévient l'E.S."**.

La réduction de l'approche de l'E.S. à une problématique médico-psychologique paraît ici évidente.

Précisons, toutefois, que ce type de psychiatre n'est pas nécessairement insensible, sur un plan théorique, à une perception plus globale des problèmes de santé mentale que connaissent les enfants au cours de leur scolarité. Certains d'entre eux précisent même qu'ils ne peuvent enrichir leur expérience professionnelle en complétant leur pratique thérapeutique en cabinet privé par un travail d'équipe dans le cadre d'une institution appartenant à l'intersecteur infanto-juvénile. Tel praticien fait lui-même la différence entre sa pratique de colloque singulier et celle qu'il exerce dans un centre médico-social. Dans le premier cas, sa responsabilité première est de soigner, dans le deuxième cas, elle consiste à accroître sa visibilité sociale et pédagogique de tout ce qui entoure le fait psychiatrique. Cette

approche globale dans une institution réunissant plusieurs acteurs de discipline différente peut lui permettre d'accéder à une problématique systémique qui, à ses yeux, peut enrichir et compléter une conception psychanalytique des choses. Néanmoins, il ne manquera pas de préciser aussitôt : **"si vous vous en tenez à une attitude psychothérapique, vous devez négliger des paramètres qui sont très importants dans cette affaire"**. De quels paramètres s'agissait-il ? Cela ne fut pas précisé au cours de l'interview. Il paraît bien qu'il existe dans ce type de discours un clivage important entre les techniques de soins qui sont du domaine de la relation duelle et la compréhension scientifique des problèmes qui peut, tant qu'à elle, reposer sur des observations interdisciplinaires.

Les psychiatres de la communauté

Parmi les psychiatres réservés à l'égard d'une analyse et d'une pratique sociologiques, certains élargissent leur compétence professionnelle dans le sens d'une médicalisation du **"social"**. Ils dépassent ainsi la dimension individuelle et interpersonnelle de l'E.S. pour traiter, comme le dit R. CASTEL (1) **"des ensembles souffrants"** et **"visent une thérapie du bien social"**. Pour des enfants en E.S. à l'école primaire, la structure Education Nationale est souvent désignée comme une structure pathogène, mais le principal **"ensemble souffrant"**, c'est la sphère familiale. D'où l'idée d'une psychiatrie dans la communauté, telle que Jacques HOCHMANN, psychiatre et psychanalyste, la pensait dans son ouvrage : Pour une psychiatrie communautaire, paru en 1971. Celle-ci se présentait comme une prospective de réorganisation d'ensemble de la médecine mentale, notamment autour

(1) R. CASTEL. Psychanalyse, psychiatrie et contrôle social". Esprit, décembre 1972, p. 867.

de la notion de sectorisation. Il y évoquait "la nécessité d'aborder le malade et son entourage, l'individu et la société, comme un tout, comme un ensemble qui doit évoluer globalement" (1).

S'inspirant sans doute de ces idées, un des psychiatres, par exemple, qui, par parenthèses, n'exerce pas dans le cadre de l'inter-secteur infanto-juvénile, mais en libéral, déclare : "Si on veut essayer de faire quelque chose, il faut voir tout le monde, l'environnement quoi. Ce demande une coopération des gens qu'on voit... tout seul, je ne pense pas que l'on peut faire quoi que ce soit et ça coûte cher à mon avis... Il faut toute une équipe, chacun a son rôle de défini. C'est pas le psychiatre qui va jouer le rôle de l'assistance sociale... éparpillé comme ça. Il faut une structure si on veut agir dans ce sens-là".

Traitant des "ensembles souffrants", on a simplement, remarque R. CASTEL, étendu la juridiction du pathologique à la "sociopathie" mais, "il n'y a strictement rien de proprement "social" dans la "sociopathie" (...). Parler de "socio-pathie" c'est invalidier jusqu'à la possibilité de penser une causalité sociale, une négativité sociale sans référence à la norme médicale de la santé. C'est aussi éliminer toute intervention sur les conditions de la maladie qui ne serait pas de l'ordre du soin, de l'assistance, de la "prise en charge" (2). Non seulement ces psychiatres pour parler de l'E.S. n'utilisent que le schéma médical mais ils le généralisent et excluent tout autre type d'explication.

(1) J. HOCHMANN .- Pour une psychiatrie communautaire .-
Paris : Ed. du Seuil, 1971.

(2) R. CASTEL, op. cit., 867-868.

Intervient à ce niveau ce que nous dénommons en général la médicalisation des problèmes sociaux (1) dans le cadre d'un processus où **"pour que les contradictions objectives soient dissoutes en étant réduites à leurs effets sur la subjectivité et l'inter-subjectivité, l'ensemble social lui-même devient un grand corps allongé sur lequel de nouvelles compétences vont venir se pencher"** (2).

Les psychiatres dichotomiques (3)

Il s'agit de praticiens qui dissocient le regard médical qu'ils peuvent porter sur l'échec scolaire en tant que psychiatre et le regard **"sociologique"** qu'ils portent en tant que citoyen ou militant politique. **"Il faut être très clair, en tant que psychiatre, l'E.S. ne nous concerne pas. J'en ai rien à faire - qu'en tant que citoyen il me concerne, c'est autre chose, mais en tant que psychiatre ce n'est pas ma priorité"**. Que veut-il dire ? Au contraire des précédents, ce psychiatre précise bien qu'il n'y a pas que des causes psychologiques derrière toute situation d'E.S. d'un enfant. Il juge même que les causes principales sont d'ordre socio-économique : **"l'origine sociale corrélée avec le niveau culturel, le niveau d'étude atteint, c'est la corrélation essentielle. Il est très rare, c'est une constatation d'évidence qu'un enfant déroge à cette loi sociale (...) que l'E.S. soit le fait d'enfants provenant de milieux favorisés"**. Pour ces psychiatres, l'E.S. ne relève de leur compétence que lorsqu'il est le symptôme visible, d'une psychopathologie chez l'enfant ou pour les conséquences éventuelles de cette situation d'E.S. sur le psychisme de l'enfant. Par contre, ils ne se sentent pas concernés, en tant que psychiatres, par le phénomène social de l'E.S.

(1) Jean-Claude GUYOT .- L'échec scolaire ça se soigne.- Toulouse : Privat, 1985. p. 36-38.

(2) R. CASTEL, op. cit., p. 868.

(3) Du grec **dikhotomos**, coupé en deux.

Ce sont des médecins : ils aident et soignent l'enfant qui souffre qu'il soit ou pas en E.S. Et ils veulent s'en tenir à cela. Comme "**citoyens**", c'est-à-dire pères, électeurs, militants politiques ou syndicaux qu'ils peuvent être par ailleurs, le problème social de l'E.S. les concerne. Mais ce qu'ils vivent et pensent en tant que "**citoyens**" ne peut pas et ne doit pas intervenir dans leur pratique professionnelle de médecin.

Néanmoins, la position de ces praticiens allergiques à un ancrage du regard psychiatrique dans une compréhension sociologique du fonctionnement de l'école et de la société peut receler certaines ambiguïtés. D'une part, il y a lieu de se demander si sous cette attitude socialement non médicalisante ne se dissimule pas, en fait, un désir contradictoire et plus ou moins conscient de protéger le champ de leur pratique professionnelle et d'en préserver l'exclusivité dans un sens très corporatiste. D'autre part, en mettant entre parenthèse l'importance de l'environnement social et économique dans la genèse des troubles psycho-affectifs qui empêchent les enfants de réussir, ils risquent par le fait même de surévaluer l'importance des facteurs qui relèvent strictement d'une pathologie individuelle. Pourtant comme l'exprime très bien un psychiatre d'un autre type interrogé sur l'opportunité d'une prévention médicale de ces handicaps, "**à vouloir absolument trouver des problèmes chez les enfants, on va en trouver**". Finalement, ces praticiens dichotomiques à la limite, peuvent apparaître encore plus médicalisants que ceux dont nous venons de définir la position.

En effet, à vouloir dissocier le citoyen du médecin, lors d'une consultation, la seule question que ces psychiatres se posent face à un enfant en E.S. est d'ordre thérapeutique : cet enfant relève-t-il ou pas d'une prise en charge médicale ? Comme si, guidés seulement par leur idéal de soigner, leur action médicale se déroulait dans un espace-temps, hors des rapports sociaux dont, disent-ils par ailleurs,

découle la répartition sociale des E.S. Ceci revient à examiner d'emblée l'enfant en E.S. sous l'angle de l'éventualité d'une pathologie. Que des psychiatres renvoient l'E.S. aux histoires individuelles des enfants qui souffrent, sont malades ou sont fous, ou qu'ils veuillent se soucier uniquement de la pathologie éventuelle de l'enfant en E.S. qui dans l'instant leur fait face, ces praticiens considèrent implicitement qu'ils peuvent, en ce qui les concernent, réduire l'école à n'être que le lieu que certains enfants choisissent, utilisent pour signifier leurs conflits internes.

Bon nombre des psychiatres réfractaires à l'intégration d'une problématique sociologique dans la compréhension et le traitement psychiatrique de l'échec scolaire émettent souvent des réserves à l'égard des autres acteurs susceptibles de prendre en charge l'enfant scolairement en difficulté. Lorsque l'on demande à certains d'entre eux quels spécialistes jugent-ils les plus utiles, en majorité, ils répondent : **"Les psychiatres"** dont le nombre leur paraît largement insuffisant. **"On arrive à mettre en route, regrette un psychiatre, une indication de psychothérapie sur dix, sur vingt, sur trente... On n'arrive pas à répondre à la demande"**. Conscient de leur statut d'expert, ils s'insurgent parfois contre la multiplication des formations, des différents types de rééducations dans lesquelles ils voient moins une nécessité thérapeutique que l'effet de l'action et de la pression de groupes qui cherchent surtout à défendre des intérêts corporatifs. **"De toute façon, nous dit l'un d'entre eux, il faut bien voir les formations au niveau de ces techniciens. C'est deux, trois ans après le bac. C'est ridicule pour envisager de comprendre quoi que ce soit. Ces rééducateurs peuvent même mettre en danger les enfants"**. A l'encontre de ces techniciens, ces spécialistes, médecins de la psyché prônent une démarche analytique : **"ce n'est pas parce qu'on multiplie les spécialistes qu'on voit quoi que ce soit sur l'enfant..."**.

b) Les psychiatres sensibles à un éclairage sociologique dans leur pratique médicale

Que la pratique médicale de ces psychiatres vis à vis des enfants en E.S. soit pénétrée par l'analyse d'une dimension sociologique de leur handicap implique qu'ils ont une conception, à la foi théorique et technique, pluridimensionnelle des phénomènes d'E.S. Plus que cela, les causes sociales, pédagogiques, psychologiques, économiques, etc... de l'E.S. s'ajoutent et s'entremêlent les unes aux autres. "Il y a, dit un de ces psychiatres, qui exerce en milieu populaire, des problèmes sociologiques, d'existence et de milieu familial, de manque de limites, de dépressions parentales chroniques sans qu'elles soient vraiment affirmées (ce ne sont pas des gens qui vont consulter), mais ils sont dépressifs quand même. Le fait d'être au chômage, de ne pas chercher de boulot, de ne rien investir du tout (...) ça rejaillit sur les enfants parce qu'on les fout devant la télé, ou on les laisse traîner dans la rue, ils n'ont pas de limites, etc... Et puis, il y a l'inadaptation pédagogique à ça (...). C'est une complémentarité qui fait que les gosses sont en E.S.". L'échec scolaire à l'interface d'un rapport délétère de l'enfant avec son environnement économique, social, culturel et affectif ? Une telle approche a des conséquences immédiates sur l'idée qu'ils se font de la légitimité et la nature de leur intervention auprès d'enfants en E.S.

La lecture que font ces psychiatres des problèmes scolaires laisse supposer, à l'encontre des psychiatres précédents, la difficulté de dissocier parmi les enfants en E.S., les cas pour lesquels l'E.S. ne serait qu'un symptôme psychopathologique et ceux qui relèvent d'une simple difficulté d'adaptation des enfants à un environnement qui leur serait plus ou moins hostile.

Ils se définissent, eux aussi, avant tout comme médecins, ils partagent avec tous les précédents le projet de soigner si ce n'est de guérir. Et pas plus

qu'eux, ils ne se donnent comme objectif de remédier aux difficultés d'apprentissage de la lecture, de l'orthographe ou de calcul d'un enfant.

Mais, au contraire des psychiatres du premier groupe, vis à vis d'un problème de société - tel l'E.S. - qui à leurs yeux dépasse les compétences du seul acteur médical, ces psychiatres estiment que leur propre responsabilité est engagée dans les réponses à y apporter, tout en ayant conscience des limites de l'action médicale face à des problèmes qui relèvent fondamentalement de l'action sociale ou éducative.

Ce qui frappe en priorité chez cette catégorie de praticiens, c'est l'esprit critique qu'ils nourrissent à l'égard de leur propre capacité d'intervention thérapeutique. Sans nécessairement épouser les thèses d'une anti-psychiatrie, ils relativisent le champ de l'intervention médicale. C'est ce que fait bien apparaître les entretiens sur le thème de la prévention. Bien que conscients de l'intérêt strictement médical de la prévention, ces psychiatres, désireux de garder à l'esprit dans leur pratique médicale que la dimension médico-psychologique n'est souvent qu'une dimension parmi d'autres dans l'E.S. d'un enfant, évaluent les actions de prévention et les prises en charge médico-psychologiques qui en résultent par rapport à l'ensemble des dimensions qu'ils reconnaissent à l'E.S. Comment alors prévenir efficacement l'E.S. ? **"On ne peut pas, dit ce psychiatre, agir sur tous les facteurs à la fois (...). On peut toujours faire du dépistage précoce en maternelle, mais je ne pense pas que ça donnera grand chose (...). On pourra peut-être agir un petit peu sur le développement psychologique du gosse et encore, c'est très limité".**

Refusant de se situer seulement à l'intérieur du champ du soin médical, plus que les autres, ces psychiatres du deuxième groupe émettent des réserves sur une prévention médicalisée trop systématique. **"On perçoit très vite les dangers que pourraient représenter à terme, le fait de passer au peigne fin**

tous les petits enfants, de les tester, de les prendre en entretiens réguliers (...). Parce que je présume aussi qu'il y a quand même un certain nombre d'enfants qui ont tout pour avoir des problèmes et qui s'en sortent très bien sans nous".

Ils ne nient pas à proprement parler l'efficacité d'un dépistage précoce des troubles organiques ou psychiques qui peuvent entraîner de mauvais résultats scolaires chez un enfant. C'est moins la prévention en elle-même qui est contestée que la logique socio-médicale sur laquelle elle pourrait reposer. A quoi bon, en effet, une prévention des maladies, si, en même temps, les familles et les groupes sociaux ne disposent pas des ressources matérielles et morales qui leur permettent de les éviter, qui leur donnent la capacité de prévoir l'avenir et de calculer les risques de l'existence ? Ces ressources ne sont pas strictement du domaine de la médecine, mais de celui de l'autonomie socio-culturelle dont les hommes peuvent disposer pour protéger et développer leur identité individuelle et collective. Dans cette perspective, la prise en charge médicale ne peut avoir qu'une portée limitée, celle de la prothèse qui permet de survivre.

Le refus de la prise en charge médicale des problèmes sociaux conduisait les psychiatres du groupe précédent à se vouloir concernés par l'E.S. seulement lorsqu'il était à leurs yeux un symptôme psychopathologique chez l'enfant.

Pour ces psychiatres, le refus de la prise en charge médicale des problèmes sociaux passe plutôt par la volonté de ne pas prendre en compte dans leur pratique diagnostique et thérapeutique la seule dimension médico-psychologique d'un E.S. qui se présenterait comme pluri-dimensionnel. Pour toute décision de diagnostic et de traitement, ils veulent considérer cette situation d'E.S. dans toutes ses composantes ; ils s'efforcent alors d'intégrer, dans leur pratique, les savoirs produits par d'autres sciences, quand elles sont susceptibles de les

éclairer. Car il s'agit pour eux de ne pas prendre en charge sur un plan médical, de façon aveugle, les effets du fonctionnement concret d'autres systèmes.

Pour ces psychiatres, toute action à propos de l'E.S., y compris la leur, passe par un questionnement sur le fonctionnement et la fonction de l'école, le fonctionnement et la fonction de l'institution médicale. Si la fonction de l'école renvoie à une réflexion et une action politiques et sociales plus globales qui cadrent mal avec la réalité pressante des enfants en E.S. que les psychiatres voient en consultation, ceux-ci insistent plus que tous les autres psychiatres sur la nécessité et l'immédiate possibilité de repenser l'école pour éviter tous les E.S. qui ne sont que le résultat de l'inadaptation des conditions et des méthodes pédagogiques d'enseignement à la plus grande majorité des élèves.

Un certain nombre d'entre eux se retrouve par exemple sur l'idée que **"si les instituteurs avaient moins de gosses, ils pourraient adapter davantage la pédagogie à chacun de leur gosse, en fonction de leur sensibilité, sans parler de la psychologie de chaque gosse"**.

Ils veulent que se développent davantage à l'intérieur de l'école des solutions pédagogiques de prise en charge qui apporteraient aux enfants qui en ont besoin une pédagogie adaptée : **"J'ai un exemple précis, raconte l'un d'entre eux, j'ai un gosse, qu'on a vu, qui nous semblait un petit peu perturbé, certes, mais sans plus. On a été obligé de l'envoyer dans le privé... Parce qu'à l'école C..., ils ont des classes éclatées avec quatre ou cinq gosses. C'est une honte. A l'école publique, ils pourraient faire des classes comme ça, avoir de petites classes. C'est pas possible, ils ont trente gosses dans chaque classe au minimum (...). Si on ne fait pas des classes éclatées avec deux ou trois gosses par classe, avec une pédagogie autre... l'E.S. y sera"**.

Alors que les psychiatres du premier groupe s'inquiétaient essentiellement de **"ne pas pouvoir répondre à la demande"**, à la question **"le nombre de spécialistes appelés à traiter les enfants en D.S. ou en E.S. vous paraît-il suffisant ?"**, ces psychiatres répondent : **"C'est surtout les instituteurs qui manquent"**.

Ceci introduit, en effet, ce qui différencie peut-être le plus radicalement ces derniers psychiatres des autres : c'est qu'il faut, à leur avis, complètement repenser la réponse médicale qui est faite aujourd'hui aux enfants en E.S.

Qu'une faible partie des indications de traitement psychothérapique puisse être mise en oeuvre, tels sont les regrets le plus couramment exprimés par les psychiatres du premier groupe, propos dont découle logiquement le souhait que s'étende le système d'offre. Pour les psychiatres qui nous intéressent ici, ce raisonnement semble découler de la logique du fonctionnement actuel d'un système de prise en charge médico-psychologique qu'ils remettent justement en question. Ce psychiatre de secteur explique par exemple : **"si on continue à fonctionner comme ça, le nombre de psychiatres est insuffisant, en tout cas dans ce secteur. Bon ! Je dis ! Il faudrait plus de vacataires pour faire des thérapies (...), des psychiatres ou des psychologues. Enfin ! des gens qui soient psychothérapeutes. Mais je crois que c'est une mauvaise organisation"**.

Ces psychiatres contestent l'indication trop systématique de traitements psychothérapiques pour des cas d'enfants en E.S. pour lesquels elle ne s'imposait pas.

"Il y a beaucoup d'enfants, dit ce psychiatre de secteur, qui viennent chez nous et qui pourraient être traités autrement (...). Ils n'ont pas besoin tous d'une psychothérapie (...). En fait, je crois que l'on peut avoir d'autres méthodes de prise en

charge pour les cas les plus légers, pas de psychothérapies, pas les trucs classiques, on peut voir les cas légers mais autrement".

En liaison avec la nécessité affirmée de développer une pédagogie spécialisée au sein du système scolaire, ils prônent d'abord de renvoyer à l'école les enfants qui peuvent y être pris en charge. Parmi les enfants en E.S. qu'il voit, dit ce même psychiatre : **"ils n'ont pas tous besoin d'une psychothérapie. Mais il faudrait qu'ils soient traités ailleurs, par une autre adaptation du système scolaire"**.

Plus fondamentalement, leur conception de l'E.S. comme expression d'un rapport délétère de l'enfant avec son environnement économique, social, culturel, affectif les conduit à l'éventuelle remise en cause de certaines prises en charge d'orientation psychothérapeutique pour des conflits de nature plus sociale et culturelle que proprement psycho-affective.

Pour ce psychiatre de secteur exerçant au sein d'une population composée, telle qu'il l'a décrit lui-même, **"d'immigrés, de gens assez marginaux, de gens au chômage"**, tous socialement rejetés, quel sens et quelle efficacité peut alors avoir une action centrée ainsi sur le psychisme de l'enfant en E.S. ?

Dans cette antenne où la population traitée est presque à 50 % constituée d'enfants d'immigrés, les problèmes inter et intra-culturels conduisent le psychiatre à se démarquer d'une démarche strictement analytique et à envisager des modes de fonctionnement institutionnels différents : **"on peut faire beaucoup de diagnostics mais peu de traitements... En tous cas, ceux qu'on fait actuellement ne sont pas adaptés, on va certainement changer de méthodes pour essayer de travailler plus en relation avec l'école"**.

Il se définit comme un psychiatre social et rejette les modèles de fonctionnement type C.M.P.P. ou la pratique libérale qu'il juge inadaptés parce que ne prenant en compte et ne traitant que les symptômes individuels. **"En psychiatrie publique, déclara-t-il, il ne faut pas attendre la demande. On est chargé de la santé mentale des gens et on doit intervenir. Peut-être qu'il faudra qu'on intervienne autrement, mais en fonctionnant demande par demande, c'est un peu ambigu, ça ne va pas très bien. Il faut qu'on trouve un autre système"**.

Développer à côté de la psychothérapie **"d'autres modes de prise en charge"**, d'autres dispositifs de suivi de l'enfant... intervenir autrement... l'idée est maintes fois affirmée même si les propositions restent dans le vague.

Mais une dimension essentielle ressort : travailler plus en relation avec l'école. Une telle prise de position, ne resterait-elle que l'ébauche d'un projet, n'a rien de commun avec ce qui a été décrit pour les psychiatres des groupes précédents.

De la volonté de prendre en considération, dans leur pratique médicale, cette pluridimensionnalité de l'E.S. à celle de ne plus laisser à la psychothérapie cette place centrale dans le système de prise en charge médico-psychologique alors même que, dans la réalité de son fonctionnement actuel le psychiatre peut, nous l'avons vu, en tirer pouvoir et prestige... tout ce qui précède exige de ces psychiatres une autre conception du statut du psychiatre parmi les différents spécialistes susceptibles de prendre en charge les enfants en E.S.

Un premier indice pourrait être, en effet, la façon qu'a l'un d'entre eux de définir ce qu'est un psychiatre. Avant même de parler du titre de médecin, celui-ci met en avant la démarche personnelle que suppose un tel choix de profession : **"c'est quelqu'un qui s'est aperçu qu'il avait quelques problèmes qu'il retrouvait chez les autres, qui en a conclu qu'il**

devait peut-être aider les autres à se sortir de leurs problèmes et qu'il devait lui-même réfléchir sur sa propre problématique".

Dans le cadre d'un travail d'équipe, ce type de psychiatre définit d'une manière relativement libérale ses relations avec les autres acteurs concernés par les échecs scolaires des enfants : **"c'est vraiment à chacun de se poser la question. Il ne faudrait quand même pas qu'on demande au psychiatre de tout gérer là-dedans. Ce que je souhaite, c'est que l'orthophoniste travaille comme elle l'entend et non pas comme je l'entends, le psychomotricien aussi"**. Ainsi, s'exprime un psychiatre exerçant en libéral.

Un psychiatre de secteur, qui se doit de gérer une équipe dont il est statutairement le responsable technique, pourrait-il tenir le même discours ? Il est à ce propos tout à fait édifiant de comparer le discours de deux psychiatres de l'inter-secteur infanto-juvénile ayant des conditions de travail comparables. Alors que chez un autre praticien, cité déjà pour illustrer le premier groupe de psychiatres, on percevait nettement son poids sur les membres de son équipe, le deuxième, représentatif de ce deuxième groupe de psychiatres, souligne, lui, la difficulté de trouver un équilibre à ce travail d'équipe : **"ça commence à marcher bien, mais c'est difficile, parce que, psychiatre, on est à la fois une autorité et en même temps collaborateur. La position de psychiatre dans une équipe, c'est très, très difficile (...) on est vraiment le cul entre deux chaises"**.

Le savoir psychiatrique se présente surtout ici comme une lecture spécifique parmi d'autres lectures possibles de l' E.S. d'un même enfant. **"Les instituteurs savent de quoi ils parlent, dit ce psychiatre, moi, je sais de quoi je parle. Et ce n'est pas du tout la même chose (...). Il faut pouvoir faire confiance aux gens, même si on est pas d'accord, mais accepter que quelqu'un pense les choses très différemment"**.

Aucune hiérarchie entre les différentes lectures et les différents thérapeutes et rééducateurs n'apparaît clairement. Ces psychiatres émettent peu de jugements de valeurs sur leur rôle respectif et les décrivent presque exclusivement sur un plan technique.

4 - Les psychiatres et les pédagogues

a) Le principe de la séparation du "pédagogique" et du "médical"

Tous les psychiatres rencontrés affirment la nécessité absolue à leurs yeux de bien séparer le "médical" du "pédagogique" en ce qui concerne les rôles et les pratiques professionnelles des différents acteurs impliqués dans ce partage.

Quand on les interroge sur ce que devraient être, à leur sens, les finalités de l'école, certains, peu nombreux, répondent qu'elle doit ouvrir l'enfant à un système culturel, lui apprendre les relations à autrui, la vie en société ou lui permettre une intégration sociale et, en particulier, professionnelle future. Mais, en majorité, ils demandent surtout à l'école d'apprendre aux enfants à grandir, de former leur esprit, d'en faire des adultes autonomes, capables de raisonner. "L'école sert à rendre les gens responsables, à éviter qu'ils soient assistés toute leur vie, à ce qu'ils puissent faire des choix, à ce qu'ils puissent voter. A ce qu'ils soient adultes quoi ! Qu'ils puissent réfléchir, qu'ils ne soient pas intoxiqués par Guy LUX...". L'acquisition en soi d'un savoir importe peu. "Ce que je demanderais à l'école... c'est de ne pas faire des bacheliers qui ont encore un âge mental de 10 ans... Au lieu de leur servir tout ça à mettre dans leur tête un petit peu de force, qu'on les stimule davantage au niveau des qualités de la personnalité. Ce n'est pas tant le savoir qui compte, mais la façon dont on l'a intégré".

Et leurs réponses vont dans le même sens quand on leur demande ce qu'ils attendent d'un instituteur. Si - nous l'avons vu précédemment - le rôle du psychiatre est essentiellement de soigner, celui de l'instituteur est avant tout d'enseigner et de transmettre un savoir. Les psychiatres ont, bien sûr, des exigences propres à leur qualité de psychothérapeute et demandent, par exemple, à l'instituteur de savoir jouer le rôle de substitut des parents. L'instituteur doit savoir être **"une image d'identification pour un gamin à une époque donnée. C'est très chouette les gamins qui me racontent... Ils passent tous un petit moment où ils s'identifient à leur maître. Là, je me dis, chapeau ! l'instituteur il a bien joué, il a fait son boulot. Il a appelé le gamin à s'éveiller, à s'intéresser de telle manière que ça va passer, que tout le savoir, il va pouvoir le prendre"**. Mais, dans l'ensemble, à l'image du **"bon instituteur"** correspond surtout celle du **"fin pédagogue"**, qui **"sent ce qu'il faut faire pour que le gosse comprenne"**. Il sait **"exploiter toutes les capacités de l'enfant"**. Il adapte sa pédagogie à chacun tout en arrivant à **"concilier l'individualité de chaque enfant et l'impératif du groupe"**.

En fait, les psychiatres interviewés comprennent la pédagogie surtout comme un ensemble de procédés de transmission des connaissances un peu en dehors de tout projet éducatif philosophique ou politique et attendent de l'instituteur qu'il soit un technicien de l'éducation averti.

Si, pour l'ensemble des psychiatres, en aucun cas, **"le rôle de l'enseignant est de soigner un enfant"** en E.S., il est, par contre, le mieux placé pour tirer **"la sonnette d'alarme"**, selon l'expression d'un psychiatre. **"Ce que moi j'attends de l'instituteur, c'est qu'il puisse pointer à un moment donné : "ce gosse là ne va plus"**. L'instituteur est fait pour ça. **"Ce gosse là ne va plus"**, c'est-à-dire que quelqu'un le regarde, s'en occupe, le prend en considération. C'est lui l'instituteur qui est le plus à même de faire ce genre de choses, le plus objectif parce que

les parents ne le sont pas". Elle lui donne donc pour mission d'attirer l'attention des parents qu'elle ne juge pas toujours lucides et celle du G.A.P.P., d'autres thérapeutes qui eux essaieront de comprendre, d'aider ou de soigner l'enfant.

Si aux yeux des psychiatres, l'instituteur ne doit pas accepter d'entrer dans une relation psychothérapique avec un enfant en E.S., ceux-ci cherchent-ils à associer l'instituteur au traitement thérapeutique de cet enfant, quand ils le prennent en charge ?

Nous leur avons demandé s'ils jugeaient nécessaire de rencontrer les instituteurs des enfants qu'ils soignaient et de travailler en collaboration avec eux. Si l'on comprend l'idée de collaboration au sens où les psychiatres essaieraient d'apporter aux instituteurs une connaissance de leur propre façon de travailler et chercheraient eux-mêmes à connaître le travail de l'instituteur pour pouvoir articuler leurs démarches et aider conjointement l'enfant en E.S., à cela tous les psychiatres répondent fermement non. Enseignement et traitement médico-psychologique, instituteur et psychothérapeute doivent se maintenir à distance les uns des autres. Ils trouvent à cela une justification dans les règles de la déontologie de la profession qui exigent de garder le secret professionnel. Ils avancent les exigences techniques de l'intervention psychothérapique et leur devoir de mettre en place les conditions nécessaires au bon déroulement du traitement. **"J'essaie, dit cette psychiatre, de ne pas trop intervenir à l'école pour que la psychothérapie ne soit pas trop liée directement au scolaire"**. Du point de vue thérapeutique, l'école doit ainsi être nécessairement mise à distance afin qu'elle n'interfère pas avec l'exigence clinique de la psychothérapie, ou encore ils ont recours à cette petite phrase, si souvent prononcée par les psychiatres : **"Chacun son rôle..."**. Une psychiatre résume l'avis général : **"ils ne vont pas me dire ce qu'il faut que je fasse, pourquoi je le fais, comment je le fais. Et moi j'entends bien ne pas leur dire pourquoi ils font ça, comment ils le**

font". Cette psychiatre, comme beaucoup d'autres, répond ainsi à une question sur la collaboration éventuelle avec des instituteurs. Elle souligne, tout à la fois, la nécessité d'affirmer la spécificité de la pratique médicale et la volonté de délimiter clairement le champ de compétences, les **"territoires"**, et donc les zones de pouvoir de chacun. Dire **"j'entends bien ne pas leur dire"** s'impose alors pour justifier qu'il n'est pas question pour ces psychiatres de laisser les instituteurs pénétrer sur leur terrain et, qui plus est, évaluer leurs théories, leurs méthodes et leurs résultats. Tous les psychiatres sont ainsi généralement unanimes pour conserver au traitement psychothérapique son caractère de colloque singulier.

Par contre, face à l'éventualité de contacts avec les instituteurs, les réactions se diversifient. Il semble possible de mettre en parallèle l'approche que les différents psychiatres font de l'E.S. et leur conception des modalités de l'inter-relation entre acteurs du champ pédagogique et du champ médical.

b) Les conditions du dialogue

Chez les psychiatres qui ne voient dans l'E.S. qu'un symptôme psychopathologique, aucune tendance réellement dominante ne se dégage. Pour certains l'apport de l'instituteur est précieux pour leur propre travail. Tel ce psychiatre qui en attend **"un autre point de vue, un regard différent du mien et un regard plus prolongé. L'instituteur est la personne qui voit l'enfant du matin jusqu'au soir. C'est irremplaçable. J'ai besoin de ce regard-là... Quand l'enfant vient dans un cabinet, il est dans une situation exceptionnelle. Souvent il est un peu bloqué, inhibé. C'est une vue très partielle au bout d'une consultation, alors que la maîtresse, elle voit ça tous les jours"**. Par les informations qui lui procure l'instituteur, ce psychiatre dépasse les limites strictes de son cabinet.

D'autres conçoivent tout à fait d'informer les instituteurs de l'évolution de la prise en charge de l'enfant mais seulement quand l'instituteur en fait la demande. Ainsi la volonté d'une séparation nette des rôles ne signifie pas pour cette psychiatre l'absence volontaire et définitive des relations avec les instituteurs. **"Une institutrice de l'école qui est juste à côté de chez moi m'a passé cinq, six coups de fil dans l'année, parce que je suivais une de ses gamines et qu'elle avait envie de savoir ce qui se passait avec elle... Auquel cas, on a discuté, je lui ai raconté ce que je faisais, comment je faisais, ce que j'en déduisais... On a pu mettre des choses en commun, mais ce n'est pas du tout une règle générale. Ca peut arriver, ce n'est pas désagréable du tout, mais je ne crois pas que ce soit absolument indispensable"**. Simplement cette psychiatre attribue d'emblée cette démarche à la psychologie de l'institutrice. **"C'est une institutrice, dira-t-elle plus loin, qui en avait envie par rapport à elle-même, à sa personnalité"**. Ainsi aux yeux de cette psychiatre, ce type de rapport sert à calmer les besoins et les angoisses de l'instituteur, mais n'est en rien indispensable pour le traitement de l'enfant.

A ce titre, la majorité de ces psychiatres du premier groupe pense n'avoir à rendre compte à personne de l'évolution de la prise en charge. Ce qu'exprime très bien ce phoniatre, qui est aussi psychothérapeute. **"Moi, j'estime ne rien avoir à dire de l'enfant, de ce qui se passe ici. Avec ce type de contrat (psychothérapique) passé avec l'enfant, ça me semble difficile d'aller parler avec les instituteurs. Ce ne m'apporte rien. Ce qui est important, c'est la façon dont la relation évolue"**.

Par contre, l'affirmation péremptoire par les psychiatres du premier groupe d'une démarche strictement médicale, coupée de la dimension sociale qu'ils reconnaissent par ailleurs à l'E.S., les pousserait à établir une distance maximale entre eux et les pédagogues qui n'ont, à leurs yeux, pas leur place dans la relation duelle entre l'enfant et le

thérapeute. Toujours dans cette logique médicale de soin, d'autant plus présente qu'ils choisissent de se situer en dehors de tout projet de société, ils reprennent à leur compte, sur le fond, l'argument du **"contrat psychothérapique"**, mais, sur la forme, ils l'expriment d'une manière plus forte, plus catégorique et plus absolue.

Soucieux d'éviter les contacts directs et verbaux, ces psychiatres soulèvent particulièrement le problème d'un rapport écrit dont ils ne maîtrisent pas les effets sur les personnes à qui il est adressé, qu'il s'agisse d'ailleurs d'instituteurs, de psychologues scolaires, de médecins ou autres. **"On ne sait jamais ce qui va en être fait... Ce qui est écrit peut être vécu des façons les plus bizarres et les plus étranges et, éventuellement, nuire à l'enfant"**. Nous n'avons aucune compétence pour entrer dans le débat de ce qui doit et peut être dit. Notons simplement qu'un autre psychiatre indirectement lui répond. Pour celui-ci, que les instituteurs comprennent ou pas la nature de la pratique psychiatrique dépend essentiellement de l'intention du psychiatre. **"C'est un problème de communication. Si on veut expliquer à l'autre, on arrive;.. Si c'est clair dans son esprit, les mots viennent presque tout seuls et... on peut utiliser des mots très simples"**. Il ne tient alors qu'au psychiatre d'utiliser **"le jargon médical"** pour s'adresser à un instituteur.

Retrouvant une attitude d'expert vis à vis des instituteurs, ce se sera qu'après avoir jugés eux-mêmes à qui ils ont affaire qu'il arrive à ces psychiatres de donner, à certains instituteurs, des informations sur le cas d'un de leurs élèves pris en charge. **"Souvent, il y a des demandes auxquelles je ne répons jamais... J'écris rarement, sauf au pédagogue que je connais bien. Si je ne le connais pas, si je ne l'ai pas rencontré, si je n'ai pas pu tester la personne, je ne lui écrirai pas un mot"**.

Par contre, ces mêmes praticiens considèrent que des psychiatres devraient intervenir dans la formation des instituteurs : **"ils pourraient avoir une intervention pédagogique directe, au niveau d'une formation sur la psychologie de l'enfant en particulier, je crois qu'il y aurait des choses à dire qui ne peuvent que difficilement être dites par ceux qui n'en auraient que des connaissances théoriques"**. Le but n'est pas d'en faire des apprentis-thérapeutes, il est **"d'aider l'enseignant à être au point sur un plan pédagogique, connaître le minimum au niveau de l'enfant pour éviter les dégâts, et qu'il soit suffisamment assuré de son statut dans sa fonction"**. Les instituteurs deviendraient de meilleurs pédagogues en recevant un enseignement sur la psychologie de l'enfant dont pourraient se charger des personnes compétentes, des psychiatres. Ceci n'est-il pas totalement contradictoire avec leur refus de sortir du champ médical et avec leurs réticences à avoir des relations avec les instituteurs ?

A propos de leur représentation de l'impossible collaboration entre psychiatres et acteurs du champ pédagogique, nous avons parlé tout à l'heure de **"territoire"**. Derrière ce débat sur l'inadéquation entre ce que les instituteurs veulent savoir et ce qu'ils peuvent entendre, c'est bien encore de **"propriété"** dont il pourrait être question ici, ou plutôt d'appropriation du cas d'un enfant, même si la maîtrise de l'information pose ce problème de façon moins aiguë que ne pouvait le faire l'idée de collaboration. D'un côté les instituteurs qui s'impliquent personnellement dans la recherche de solution au cas d'un enfant en E.S. contactent les parents pour les inciter à entamer des démarches auprès d'un psychologue scolaire, du G.A.P.P. ou d'un thérapeute, se sentent le plus souvent coupés, déposés d'un enfant dont un psychiatre lui refuse toute nouvelle. De l'autre côté, les psychiatres tendent à interpréter les réticences des instituteurs vis à vis de la santé mentale soit comme l'expression de leurs angoisses vis à vis de la folie, soit comme

le signe manifeste de leur volonté qu'aucun enfant ne leur "échappe". Certains voient même, dans le Loi du 29 janvier 1982, concernant l'intégration scolaire des enfants handicapés, un danger que, par son intermédiaire, les instituteurs et l'école arrivent à phagocyter les différentes structures et spécialistes qui, jusque là, prenaient en charge, à l'extérieur de l'école, des enfants en E.S. : **"il faut voir comment fonctionne l'Education Nationale. C'est vraiment la grosse chose. C'est énorme et il y a un sentiment de toute puissance de la part des instituteurs qui existe depuis longtemps. Là, maintenant, ils veulent tout contrôler..."**.

Donner des informations aux acteurs du champ pédagogique, avoir des échanges avec eux représenteraient pour ces psychiatres une intrusion du pédagogique dans la prise en charge psychothérapique. Envisager la transmission d'un savoir sur la psychologie de l'enfant par des psychiatres reviendrait au contraire à une avancée du médical dans **"les murs du pédagogique"**, dans l'Ecole, par le droit de regard des experts qu'ils sont sur la formation des instituteurs.

Avec les psychiatres du deuxième groupe qui introduisent dans leur pratique médicale vis à vis des enfants en E.S., l'analyse qu'ils font d'une dimension sociale de l'E.S., nous évions restés sur l'idée qu'ils se donnaient pour but de travailler plus en relation avec l'école, dans un esprit général de respect du rôle des uns et des autres.

L'école n'est plus seulement connue comme la pourvoyeuse d'une clientèle réelle ou potentielle, elle devient un partenaire professionnel dans la prise en charge médicale et psychologique d'un enfant en E.S. Ceci apparaît d'autant plus nécessaire et possible à la fois que cette tentative va dans le sens d'une recherche de nouvelles formes d'interventions pour les psychiatres et les équipes de secteur qui se démarqueraient d'une démarche soignante jugée trop souvent essentiellement analytique.

Comment se déroule aujourd'hui la rencontre entre les psychiatres qui parlent ainsi, et les instituteurs des enfants en E.S. qu'ils voient en consultation ?

C'est le cas d'un psychiatre de secteur en particulier qui, étant le plus avancé dans cette tentative, peut nous guider dans notre réflexion. Jusqu'alors il ne les rencontrait pas à propos de la prise en charge médico-psychologique d'un de leurs élèves. Par contre, dit ce psychiatre **"je les rencontre au niveau de la Z.E.P. Ce que je leur avais proposé à la dernière réunion, c'est d'essayer de réfléchir à l'E.S. Comment et pourquoi ils sont en E.S. ? Qu'est-ce que moi je peux leur dire de l'E.S. ? Qu'est-ce que eux peuvent me dire de l'E.S. ? Qu'est-ce qu'on peut faire avec ce qu'on sait pour que ça soit efficace ? C'est un échange"**.

Ce psychiatre, dans de telles réunions, ne met en avant ni son statut d'expert, ni la démarche médicale. Il se veut porteur du discours spécifique du psychiatre à l'intérieur de rencontres entre corps professionnels qui se réunissent pour réfléchir ensemble sur le problème social de l'E.S. et les moyens d'y faire face. Ce faisant, l'E.S. quitte sa dimension individuelle (l'enfant en E.S. en consultation chez un psychiatre), pour prendre une dimension collective, plus précisément sociologique et psycho-sociale.

Mais quelle forme pourrait prendre plus concrètement cet échange ? **"L'année prochaine, prévoit ce psychiatre, on fera certainement des groupes Balint avec les instituteurs (...), leur demande est très claire, c'est "on est en difficulté avec certains enfants. On ne sait pas comment les prendre. Est-ce qu'on pourrait venir en discuter avec vous ?" Moi, j'en conclus qu'ils ont des problèmes relationnels, qu'il faut les aider"**. L'objet de la démarche du psychiatre se déplace ainsi de l'enfant en E.S. à l'instituteur et à la relation pédagogique. On sait que les **"groupes Balint"**, du nom de leur initiateur Michaël Balint, psychanalyste hongrois installé en

Grande-Bretagne, rassemblent un petit groupe de médecins, sous la conduite d'un psychanalyste, et ont pour objectif d'étudier en profondeur l'ensemble des relations très complexes, d'une part entre le médecin et son malade, et, d'autre part, entre le médecin et l'idée qu'il a de son rôle. Pour M. Balint, le médecin est lui-même soignant dans la relation médecin-malade et serait même **"le meilleur remède"**. Balint fait du malade un sujet et pas seulement un organe malade. Cette méthode a ensuite débordé le cadre de la formation de médecins généralistes pour s'adresser à des travailleurs sociaux et peut donc être proposée à des instituteurs. Ce psychiatre n'userait-il pas alors de son autorité professionnelle médicale pour influencer les comportements individuels et collectifs non seulement sur un plan professionnel, mais aussi existentiel ?

En fait, ce psychiatre est le plus opposé à une quelconque présence des psychiatres dans l'école. S'il est prêt à informer les instituteurs qui le lui demandent de l'évolution de la prise en charge d'un enfant, il s'oppose résolument à toute intervention des psychiatres dans la formation des instituteurs. Le recours à un psychiatre doit, selon lui, absolument rester une démarche souhaitée et décidée par les instituteurs. Dire que les psychiatres devraient participer à leur formation, c'est d'emblée leur imposer une grille de lecture que tous n'ont pas besoin et/ou pas envie d'entendre. Ce psychiatre estime qu'il déborderait du rôle qu'il s'est imparti : **"en ce qui concerne le psychisme des enfants, les instituteurs sont censés être des gens responsables. C'est quand même à eux de faire une certaine démarche, que les psychiatres soient là pour les aider s'ils en font la demande, mais que ça leur soit imposé, je ne suis pas d'accord"**.

Ce psychiatre regrette même que trop d'instituteurs déroutés cherchent à résoudre par la psychologie plutôt que par la pédagogie les problèmes que leur pose l'E.S. de leurs élèves : **"Je crois qu'à partir du moment où ils sentent l'E.S. ils cherchent à mêler**

à leur classe de la psychologie. De plus en plus, on entend les instituteurs parler de psychologie... Ils feraient mieux de parler de pédagogie, je crois. On ne peut pas tout faire. De la même façon que nous on n'est pas chargé d'apprendre à lire aux gosses. Je crois qu'il ne faut pas tout mélanger".

Dans ce contexte, la proposition de groupes Balint, comme sa propre participation à des réunions sur la Z.E.P., peuvent se comprendre comme le désir de mettre en place, mais aussi de participer à des moments de réflexion collective que chacun se réapproprie pour la traduire dans sa pratique professionnelle, au contraire de l'initiation à un savoir que, de toutes façons, les instituteurs ne maîtriseront jamais.

L'ambiguïté de ce projet de groupes Balint n'en subsiste pas moins. Quand un groupe Balint rassemble des instituteurs, la dimension médicale ne peut être complètement absente. Ce groupe dit Balint devient un groupe de motivation à la psychanalyse. Les instituteurs ne risquent-ils pas alors de voir dans le "modèle" psychanalytique la réponse aux problèmes que leur posent les élèves ? Les instituteurs qui, pour parler des difficultés qu'ils rencontrent avec certains enfants, s'adressent à un psychiatre n'ont-ils pas à l'avance intériorisé ce modèle ?

CONCLUSION

Dans le domaine de la prise en charge médico-psychologique de l'E.S., la psychanalyse joue un rôle prépondérant. Comme le dit R. CASTEL, elle est **"l'opérateur principal du déplacement des modalités de l'intervention psychiatrique"** (1). La concordance de facteurs tels que la croissance dans les dix dernières années de l'offre de soins psychiatriques, la progression de pratiques psychanalytiques ou psychanalytiquement orientées fait **"qu'une sur-détermination du relationnel s'est installée à travers la problématisation psychologique de l'éducation et du vécu familial en un fait social dominant"** (2).

Mais au-delà de cette importance de la psychanalyse, d'ailleurs prévisible chez des psychiatres qui, de par leurs rôles et leurs statuts professionnels, sont reconnus comme étant les spécialistes de soins psychothérapeutiques, nous avons voulu mettre à plat les différents discours psychiatriques sur l'E.S. qu'ont tenus les psychiatres que nous avons rencontrés.

Nous pensons, cependant, qu'ils traduisent assez bien ce que l'on peut entendre à ce sujet dans cette profession.

Le schéma médical auquel se réfèrent uniquement les psychiatres du premier groupe dans leurs pratiques induit l'affirmation du leadership médical. Comme le dit R. CASTEL, **"c'est le thérapeute (ou l'équipe thérapeutique) qui va orchestrer la totalité des interventions sur les conflits réduits à des perturbations de relations humaines"**.

(1) CASTEL (R.) - "Psychanalyse et contrôle social".
Esprit, 1972, n° 12, p. 867.

(2) CASTEL (R.) .- La gestion des risques .- Paris :
Editions de Minuit, 1981, p. 156.

Les psychiatres que nous avons rencontrés se retrouvent en très grande majorité dans le premier groupe. Et sans doute en est-il ainsi de façon générale.

Peu de psychiatres, en effet, veulent prendre en compte dans leur pratique médicale vis à vis des enfants en E.S. l'analyse d'une dimension sociale de l'E.S.

Une telle proposition est, sans aucun doute, personnellement et professionnellement moins confortable pour les psychiatres. Elle suppose une relativisation du schéma médical et la mise en place de relations de travail avec les différents acteurs qui peuvent intervenir dans la réponse à apporter à l'E.S. d'un enfant, sans que ces psychiatres puissent s'imposer à eux comme l'unique autorité de référence. Ce qu'il nous a été donné d'entendre permet mal de voir comment leur projet se traduit dans leurs pratiques.

Quand l'ensemble des psychiatres affirment explicitement ou implicitement la nécessité de séparer le **"pédagogique"** du **"médical"**, il nous semble qu'ils défendent surtout l'idée que l'instituteur ne doit pas chercher à répondre lui-même à l'E.S. autrement que sur le plan pédagogique et, de façon plus générale, ils fixent ainsi les limites dans lesquelles le **"scolaire"**, le **"pédagogique"**, peut aller vers le **"médical"** et le **"psychologique"**. Tous les psychiatres que nous avons rencontrés s'accordent là-dessus.

Par contre, cela ne signifie pas qu'ils ne reconnaissent pas quelques droits au **"médical"** et au **"psychologique"** de s'intéresser de loin ou de très près au **"pédagogique"**, que ce soit par une attitude d'expert vis à vis des instituteurs de la part du premier groupe ou d'aide de la part du dernier groupe.

Mais si, comme le projetaient les psychiatres du deuxième groupe, de nouveaux dispositifs de prise en charge médico-psychologique se mettaient réellement en place, il pourrait être tout à fait intéressant d'analyser l'influence du **"pédagogique"** sur le **"médical"**.

Enfin, une dernière remarque. Nous ne nous sommes jusqu'ici pratiquement jamais référés aux réseaux institutionnels dans lesquels les psychiatres auxquels nous nous sommes intéressés s'inscrivaient. Les groupes que nous avons distingués ne recourent pas du tout une classification psychiatres du secteur public/psychiatres du secteur privé. Nous avons, en effet, constaté que le libéralisme médical traditionnel tient parfois lieu de référence idéologique pour des psychiatres du secteur public, travaillant en institution, tandis que des praticiens privés expriment inversement une conception plus souple de leur pratique médicale et du rôle qu'ils peuvent jouer dans la vie sociale.

Ces groupes ne semblent pas non plus concorder avec la répartition des psychanalystes dans les différentes écoles psychanalytiques.

Au-delà des discours que tiennent les psychiatres des différents groupes à propos de la prise en charge médico-psychologique de l'E.S., que ceux-ci soient ou non inspirés d'une technique de soins ou d'un code de déontologie, d'une éthique, des conceptions idéologiques s'affrontent : elles concernent la place du pouvoir médical dans la régulation des phénomènes sociaux.

CONCLUSION GENERALE

1 - LA PREVALENCE DE L'ORDRE SCOLAIRE TRADITIONNEL

Depuis ces dix dernières années, d'importantes modifications structurelles remettent en question le fonctionnement des grandes institutions de notre pays. Des réformes législatives transforment l'organisation de l'Education, de la Justice, de la Santé, de la Protection sociale, etc... Un processus de décentralisation, de régionalisation instaure une nouvelle répartition des responsabilités collectives, induit des transferts de compétences. Tandis que s'établissent progressivement de nouveaux rapports entre l'Etat et la société civile, les logiques traditionnelles, sur lesquelles reposent les pratiques et les stratégies des acteurs sociaux, perdent de leur pertinence au bénéfice des nouvelles rationalités économiques, sociales et politiques qui donnent une signification à ces changements.

Le système éducatif se trouve ainsi interpellé par ces modifications des règles du jeu. Alors que des incertitudes planent sur les relations qu'entretiennent le corps social et l'école, les enseignants font l'expérience d'une crise d'identité. Leur malaise est à la mesure d'un changement de valeurs culturelles dont il n'est pas aisé de comprendre les véritables enjeux. Quelle école, pour quelle société ? Double interrogation pour une double incertitude. A une époque où précisément le progrès des sciences et des techniques impose des choix, les mutations sociales à réaliser inspirent d'autant plus de doute ou de crainte que leur finalité est mal définie et que les contradictions entre tradition et modernité se font plus vives.

En tout état de cause, la recherche que nous avons réalisée nous donne à penser qu'il reste du chemin à parcourir pour que se créent de nouveaux équilibres et que s'élaborent des pratiques pédagogiques conformes aux exigences de l'actualité économique et sociale. Les enseignants sont-ils en mesure de maîtriser efficacement les données du changement ? En ont-ils les moyens matériels et intellectuels ? Dans le domaine de l'Education Nationale, comme dans bien d'autres, il

existe des décalages importants entre, d'une part, les nouvelles rationalités scientifiques et techniques, économiques et culturelles et, d'autre part, les idéologies et les mentalités des acteurs sociaux chargés de les diffuser et de les mettre en oeuvre ; décalage également entre ces nouvelles rationalités et certaines logiques administratives anciennes qui, bien que frappées d'anachronisme, continuent de normaliser le comportement de ces mêmes acteurs.

Pour ce qui concerne les enseignants que nous avons interviewés, l'analyse des discours qu'ils nous ont tenus révèle les limites de leur visibilité psychologique et sociologique dans la perception qu'ils ont des difficultés des enfants qu'ils ont identifiés comme étant en échec. L'écoute des interviews, en particulier, donne le sentiment qu'ils ne disposent pas de l'équipement théorique qui leur permettrait une lecture critique et rigoureuse des difficultés d'apprentissage, des situations pédagogiques et de leur signification psycho-sociologique. A quelques exceptions près, la conceptualisation mise en oeuvre dans l'explication donnée des échecs scolaires reste dans les limites du sens commun. L'utilisation stéréotypée des notions d'intelligence, de don, de quotient intellectuel trahit le caractère pragmatique, spontané et intuitif de l'expérience pédagogique; Bien sûr, on n'en est plus tout à fait à **"la leçon de choses"** et à la discipline scolaire que préconisaient les inspecteurs du début du siècle. L'intelligence pédagogique devient plus ouverte, plus libérale, plus compréhensive. Si, très souvent, les maîtres regrettent qu'à notre époque l'attention des enfants soit parfois difficile à mobiliser, ils leur reconnaissent d'autres qualités d'ouverture intellectuelle, de sens critique. Bien que minoritaire, une majorité des enseignants exprime des réserves à l'égard de certains jugements péremptaires concernant **"la baisse de niveau"**, le désinvestissement scolaire des enfants. Mais, contrairement à notre hypothèse de départ, nous sommes loin **"d'une psychologisation"** de l'acte éducatif. Ce dernier est-il toujours aliéné à une logique de simple accumulation technique des connaissances, à l'ordre de la répétition aveugle et du réflexe

conditionné ? L'enquête que nous avons réalisée ne permet pas de conclure sur ce point. Mais, dans certains cas, la sémantique du discours éducatif nous a paru, de plus, sommaire. Un fait singulier à souligner : dans l'univers intellectuel des maîtres que nous avons rencontrés, la référence à la culture psychanalytique est quasiment absente. Quant aux références à la problématique sociologique, elles sont tout à la fois exceptionnelles et peu élaborées.

Problèmes de formation ? Il ne semble pas que le message des sciences de l'éducation ait forcé la clôture de l'école primaire. Certains enseignants que nous avons entendus n'ont pas hésité à dire d'eux-mêmes combien ils se sentent parfois démunis pour comprendre précisément les situations collectives et individuelles susceptibles de générer les difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique pédagogique. Problème du contenu de la formation ? Notre échantillon d'instituteurs comprenait deux catégories d'enseignants, ceux formés par l'Ecole Normale (ils représentent 42 % de l'ensemble) et ceux ayant suivi une autre filière. Et bien, contrairement à ce que nous pouvions imaginer, aucune différence statistiquement significative ne vient départager ces deux groupes au plan des représentations des difficultés scolaires, de leurs causes et des modalités de leur prise en charge.

Autre déconvenue épistémologique : dans l'analyse sociologique de ce processus d'identification des difficultés scolaires et de leur traitement, nous avons estimé, a priori, que les réponses données à nos questionnaires d'enquête permettraient de classer les enseignants, de les différencier en fonction de plusieurs variables indépendantes comme le lieu d'exercice, la clientèle de l'école, le sexe, la position sociale de l'enseignant, etc... Aucune de ces variables ne s'est avérée statistiquement pertinente pour élaborer une typologie des interviewés et repérer des corrélations utiles à l'explication de ce processus d'identification. Constatation peu gratifiante pour qui s'efforce de démontrer la fiabilité d'une problématique scientifique... Mais, n'est-il pas vrai, comme le dit

Karl Popper, que l'acte scientifique heuristiquement le plus fécond est celui qui démontre la fausseté de l'hypothèse avancée ?

Nous avons été d'autant plus surpris de cette relative homogénéité des réponses à nos questionnaires écrits qu'au moment des interviews non directives réalisées par la suite, des différences d'attitudes et de sensibilité se sont exprimées permettant de distinguer plusieurs groupes d'enseignants. C'est ainsi que nous avons repéré des **"modernistes"**, des **"traditionalistes"**, des **"réactionnels"**, etc... Ce décalage entre la réponse écrite et la parole exprimée, entre la sphère des représentations et celle des pratiques, nous paraît, en lui-même, sociologiquement significatif : cette population d'instituteurs remplit les questionnaires à questions fermées en fonction d'une logique contraignante, celle d'une évaluation des performances scolaires de nature académique. En rédigeant leurs réponses, ils obéissent à une logique administrative qui lamaine plus ou moins les différences de sensibilité, les clivages sociaux, culturels et politiques. Tous se passe comme si l'instituteur-pédagogue oubliait l'instituteur-citoyen, en fonction d'une clôture scolaire, d'isolement de l'école du champ social et des contradictions qui caractérisent les relations entre le système pédagogique et le système social.

Cette prévalence de l'ordre scolaire traditionnel se trouve confirmée par le fait que seules les variables permettant de donner une signification scientifique aux distributions statistiques sont l'âge, l'ancienneté et le niveau de scolarité où intervient l'enseignant. Ces variables mesurent le degré d'intégration du pédagogue au système éducatif et son adhésion à un ordre scolaire qui homogénéise progressivement les attitudes et pratiques pédagogiques à mesure que l'on avance dans le cursus de la scolarité.

Comme l'écrit justement Philippe PERRENOUD, **"le curriculum formel fonctionne comme un mécanisme unificateur, dans la mesure où il est intériorisé par**

les maîtres et où son application fait l'objet d'un contrôle exercé non seulement par la hiérarchie mais par les autres maîtres, les élèves et les parents" (1). Ce mécanisme unificateur s'exerce avec d'autant plus d'efficacité que la pratique pédagogique de l'enseignant est très individualisée et que sa solitude professionnelle est plus grande.

Bien évidemment, il n'appartient pas au sociologue d'imputer des responsabilités et de formuler des jugements de valeur qui porteraient tort à la dignité professionnelle des enseignants. Notre motivation profonde est d'expliquer et non de juger. Nous sommes réservés à l'égard des jugements quelque peu hâtifs que l'opinion publique dominante porte sur le corps enseignant. Nous le sommes encore davantage lorsque ces jugements émanent de spécialistes de l'enfance. **"Ce qui nous frappe le plus chez l'enseignant traditionnel, écrivent Jacques LEVINE ET Guy VERMEIL, c'est son isolement et sa soumission à la routine scolaire. Passer de la conduite bureaucratique d'une classe considérée comme homogène à une pédagogie adaptée aux différences, nécessité que les enseignants se libèrent d'un centralisme infantilisant et trouvent des modes de fonctionnement responsables et motivants" (2).** Mais comment une libération est-elle possible si l'on n'en définit pas les moyens matériels et intellectuels ? Comment le pédagogue peut-il se libérer alors que ses initiatives risquent de se heurter à la double contrainte de la hiérarchie administrative dont il relève et de la pression des familles qui renforce le poids de cette hiérarchie ? Nous savons que ces familles sont d'autant plus présentes dans le champ scolaire que leurs enfants réussissent et répondent positivement aux performances attendues du système pédagogique. Ce ne sont pas les parents des enfants en difficulté qui

(1) PERRENOUD (Ph.) .- La fabrication de l'excellence scolaire .- Paris : Droz, 1984 .- p. 233.

(2) LEVINE (J.), VERMEIL (G.) .- Les difficultés scolaires .- Paris : Doin, 1980, p. 31.

pèsent le plus sur le devenir de l'école et qui, de ce fait, ont le plus de chances d'affirmer leurs propres aspirations, de faire entendre leurs voix.

Cette homogénéisation du regard pédagogique ne signifie, évidemment, pas que cette logique d'identification des enfants et de leurs difficultés soit socialement égalitaire. Bien au contraire, parce qu'elle ne tient pas compte des différences sociales et culturelles, cette logique intègre les hiérarchisations qui s'imposent de l'extérieur au champ éducatif. Nous retrouvons ici ce fameux mécanisme de reproduction dont les sociologues ont parlé ; mais, peut-être, faudrait-il préciser qu'il s'exerce d'une manière plus ou moins aveugle, passive. La hiérarchisation culturelle est présente dans la répartition des enfants que les instituteurs identifient dans cette expérience même de l'échec. Dans les disciplines artistiques et les matières d'éveil, les enfants en difficulté sélectionnés par les maîtres se répartissent inégalement suivant cette logique sociale de hiérarchisation culturelle que les maîtres semblent respecter sans y prendre garde. Les réformes proposées par le Ministère de l'Education Nationale en 1985-1986 et, en particulier, la suppression des matières d'éveil, modifieront-elles cet état de fait ? On peut en douter et se demander, à l'instar de Michel DELEAU, si ces récentes instructions pour l'école primaire n'emprunte pas davantage à la IIIème République naissante qu'à la fusée Ariane. **"Les activités d'éveil permettraient cette ouverture, laissant à l'enseignant la responsabilité du choix des situations qui permettent aux enfants de mobiliser leurs ressources"** (1).

C'est aussi cette prévalence de l'ordre scolaire traditionnel qui permet de comprendre la relative méconnaissance que les instituteurs enquêtés manifestent à l'égard des professionnels spécialisés dans la prise en charge des enfants en difficulté en dehors de

(1) DELEAU (M.). L'enfant passif.

Le Monde de l'Education, oct. 1985, p. 40.

l'institution scolaire. Comme nous l'avons souligné, outre la méconnaissance partielle des structures de prise en charge (C.M.P.P., C.S.M.I., C.G.I., etc...), bon nombre d'enseignants ne peuvent définir les statuts et rôles de ces spécialistes qui sont de plus en plus nombreux à graviter autour du système pédagogique (orthophonistes, psychomotriciens, psychologues cliniciens, psychiatres, etc...). Un quart seulement de notre échantillon de maîtres témoigne d'une connaissance de la fonction de ces spécialistes et des structures dans lesquelles ils exercent une prise en charge médico-psychologique ou médico-psycho-pédagogique. Dans le primaire, cet ordre scolaire traditionnel aurait-il résisté à ce mouvement de psychologisation et de médicalisation de la vie sociale qui se manifeste depuis les années 68-70.

2 - LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE SPECIALISEE AUTRE QUE PEDAGOGIQUE

Première constatation, et non des moindres : pour près de 43 % des enfants qu'ils nous ont décrits, les instituteurs n'ont exprimé aucun souhait d'intervention spécialisée autre que celle de l'enseignant lui-même. Le recours au G.A.P.P., au C.S.M.I., ou au C.M.P.P., ou même à l'intervention du psychologue scolaire ne fait pas l'objet d'une demande pressante, c'est le moins que l'on puisse dire. S'il y a médicalisation de l'échec scolaire, l'instituteur n'en paraît pas du tout l'initiateur. Sa position face au système de prise en charge est-elle le résultat d'un choix délibéré, ou d'un attentisme lié au manque de connaissance et de formation en ce domaine, ou encore d'un opportunisme rendu nécessaire en raison de la précarité des moyens humains et institutionnels mis en oeuvre dans ce domaine du traitement des handicaps scolaires ? Nous savons que, pour le psychologue scolaire par exemple, l'étendue de la mission et l'importance du secteur qu'il a sous sa responsabilité rendent impossible une présence active dans bon nombre de cas. L'instituteur note parfois que **"l'homme à la valise"** joue l'Arlésienne. C'est également le cas pour le médecin scolaire qui n'est pratiquement

jamais identifié par l'enseignant dans ce processus de prise en charge des difficultés de l'enfant au cours de sa scolarisation.

Néanmoins, on ne peut méconnaître, également à ce niveau, l'influence de cette logique scolaire dont nous venons de souligner la prévalence. Celle-ci détermine les représentations et les choix que font les pédagogues du primaire. Elle induit une sorte de fatalisme qui se dégage dans l'évaluation de la gravité des situations d'échec. Au plan des pronostics, environ 43 % seulement des enfants sélectionnés sont l'objet, malgré leur difficulté, d'un jugement optimiste, alors que la majorité d'entre eux sont identifiés comme étant voués à un échec quasi irrémédiable. La production intellectuelle de ces pronostics obéit aux normes de l'ordre scolaire, mais elle s'inspire également des hiérarchisations d'un ordre social. Analysée en fonction de la distribution de ces mêmes pronostics selon la position sociale des familles, la formulation de ces pronostics repose sur une logique sociale discriminante. C'est ainsi que l'enseignant prévoit une scolarité difficile ou sans espoir pour seulement 7,3 % des enfants des familles favorisées alors que pour les familles défavorisées nous atteignons un pourcentage de 26,3 %.

Autre constat qui atteste également l'importance de cette logique scolaire dans l'identification des modalités de prise en charge : la tendance à formuler une indication médico-psychologique et/ou psychopédagogique varie selon le niveau de scolarité. Plus l'enfant appartient à un niveau élevé, moins il a de chance de se voir confié au G.A.P.P. ou au psychologue scolaire ou au C.M.P.P. Cela traduit-il un projet de prévention pour les jeunes écoliers et la croyance d'une plus grande efficacité dans les prises en charge précoces ? On ne peut en douter. Mais il est également légitime de penser que plus l'élève progresse dans le cursus scolaire, plus le maître valorise la diffusion des connaissances selon des normes académiques, sans se préoccuper des difficultés d'ordre psycho-affectif ou des problèmes de personnalité. Un seul personnage

échappe à cette logique : l'orthophoniste que l'on évoque quel que soit le niveau de scolarité. Mais, n'est-ce pas précisément parce que l'instituteur l'identifie comme un acteur du système pédagogique et non du système médical comme le veut la réalité ? Les enseignants parlent fréquemment des "cours d'orthophonie" ; l'orthophoniste est considéré comme un simple technicien du langage, une sorte d'auxiliaire pédagogique et non comme un spécialiste para-médical.

Dans l'analyse de ces modalités de prise en charge de l'échec scolaire, il convient de bien distinguer les indications et souhaits de l'instituteur d'une part, et les démarches réelles qu'il entreprend, d'autre part. La première démarche, la plus fréquemment évoquée consiste à solliciter un contact avec les parents ; cette démarche est présente dans 90 % des cas. Mais précisons que celle-ci n'est pas nécessairement suivie d'effet, tant s'en faut ; ce sont les parents des enfants dont les échecs sont jugés les plus graves qui répondent le moins à cette sollicitation.

Pour ce qui concerne le recours effectif à la classe d'adaptation, à la classe de perfectionnement ou à la S.E.S., cette solution n'apparaît que dans 6 % des cas.

Quant aux démarches effectuées auprès des acteurs et structures spécialisées, elles ne concernent qu'une minorité d'enfants en difficulté, un tiers environ. Ces données statistiques nous incitent à minorer encore le rôle de l'instituteur dans ce processus de prise en charge spécialisée de l'échec scolaire. Non seulement, il n'en évoque la possibilité que pour la moitié des enfants qu'il identifie, mais encore, il ne prend pas lui-même l'initiative d'une démarche effective pour ceux qu'il désigne comme relevant d'une intervention spécialisée.

3 - LA MEDICALISATION DE L'ECHEC SCOLAIRE

Comme nous l'avons souligné, (1) 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. L'acte orthophonique de ce point de vue est médicalisé puisqu'il se réalise sur la base d'une ordonnance médicale. Dernière caractéristique et non des moindres, toute médicalisation s'effectue peu ou prou dans le cadre d'un étiquetage des individus en fonction de la nosographie médicale du spécialiste qui lui donne sa légitimité.

La variété et le nombre de spécialistes qui prennent en charge le problème de scolarisation se sont accrus ces dernières années. Les orthophonistes, en particulier, sont devenus la profession para-médicale qui s'est le plus développée. De 1970 à 1980, ce corps professionnel a augmenté à un rythme de 12,6 % par an, plus que les infirmiers et infirmières. On constate une évolution du même type pour les psychiatres qui, pour la même période, ont connu un accroissement annuel moyen de 20,8 %.

Ce mouvement de médicalisation de l'échec scolaire soulève une question fondamentale : celle de la frontière entre les compétences des médecins et de leurs auxiliaires et celles des pédagogues proprement dits. Bien des craintes s'expriment à ce sujet, tant de la part des enseignants que des spécialistes qui ont autorité pour intervenir sur la personnalité de l'enfant. Certains pédagogues expriment leur réserve à l'encontre d'un processus qui peut conduire à une sorte d'invalidation de la compétence pédagogique. Ou bien, le risque consiste à déresponsabiliser les maîtres par cette psycho-pathologisation des problèmes d'apprentissage qui est, en fait, l'affaire des spécialistes de

(1) Cf. Introduction générale.

la maladie et de la souffrance psychique, ou bien, c'est le maître qui se verrait contraint de se transformer en psychothérapeute de l'enfant en difficulté.

Une telle évolution pourrait conduire à une occultation idéologique des insuffisances du système scolaire lui-même par un déplacement de la causalité de l'échec vers l'enfant et sa famille et une réduction des problèmes de scolarisation à des causes psychopathologiques. C'est ce qui fonde la méfiance de certains spécialistes des sciences de l'éducation à l'égard des mesures administratives prises dans le sens de l'intégration de l'enfance handicapée dans le circuit "normal". Des doutes se manifestent devant la perspective d'une introduction dans l'écoles des catégories de personnels spécialisés dans la prise en charge de l'enfance handicapée, qu'il s'agisse des professionnels de l'éducation spécialisée ou des équipes des inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. A ce niveau, nous avons constaté que les maîtres interviewés ne se prêtaient pas à ce mouvement de médicalisation.

Pour ce qui concerne les psychiatres, les observations que nous avons faites en deuxième partie ont montré que les avis sur ce point pouvaient témoigner d'un certain nombre de divergences. Les attitudes et représentations des "médecins de l'âme" font apparaître une diversité de stratégies professionnelles. Historiquement, les premières tentatives de prise en charge médicale et spécialisée de l'enfance intellectuellement déficitaire remontent au XIXème siècle. Mais, comme nous l'avons souligné (1), elles surgissent en dehors de l'école. C'est l'institution psychiatrique et non l'Education Nationale qui, la première, s'engage dans la voie de la compréhension des "enfants idiots".

Certains psychiatres-psychanalistes que nous avons interviewés manifestent leur hostilité vis à vis de cette médicalisation du champ éducatif. Leur critique porte essentiellement sur le fait que la référence à la

(1) GUYOT (Jean-Claude).- L'échec scolaire ça se soigne.- Toulouse : Privat, 1985, chap. III.

logique scolaire peut brouiller la règle du jeu dans le traitement psychothérapeutique et psychanalytique des problèmes de personnalité. La majorité d'entre eux insiste pour que soient bien distinguées l'intervention sur la souffrance de l'enfant, sur ses mécanismes psycho-affectifs et l'intervention sur ses difficultés d'apprentissage à l'école.

Incontestablement, dans ce processus de prise en charge des inadaptations qui se manifeste grâce ou à l'occasion de la scolarité, nous nous trouvons en présence de deux logiques concurrentes et d'une relative juxtaposition des acteurs et des institutions. Même dans des structures inter-disciplinaires comme les C.M.P.P. la cohabitation du système médical et du système éducatif ne débouche pas nécessairement sur une interpénétration des disciplines et des compétences. Majoritairement, c'est l'autorité médicale qui prédomine et c'est la demande de nature psychanalytique qui est préférentiellement reçue, tandis que toute demande de non analyse risque de se voir rejetée.

Y-a-t-il véritablement médicalisation du champ scolaire et plus précisément de l'école élémentaire ? Les observations que nous avons faites ne nous autorisent pas à le dire. Des orientations, cependant, se dessinent, en particulier au niveau de la pratique de certains acteurs comme les orthophonistes et les psychologues scolaires. Pour les premiers, il est à souligner qu'ils se situent dans le champ médical. Comme nous venons de le préciser c'est le médecin qui prescrit en ce domaine. S'agissant de psycho-pathologisation de l'échec scolaire, il est également significatif de noter l'évolution même de la terminologie employée pour définir la fonction de l'orthophonie. En 1950, l'orthophonie s'entendait comme une ortho-pédagogie ; en 1975, c'est le concept de thérapie spécialisée du langage qui fait autorité. Nous sommes bien dans l'ordre du curatif et non dans celui de l'éducatif.

Bien qu'appartenant au système scolaire, les psychologues scolaires, quant à eux, connaissent le même type d'évolution. Certains se pensent comme psycho-

thérapeutes, comme psychologues cliniciens. La psychologie scolaire, incontestablement, s'éloigne de plus en plus de la pédagogie pour prendre en compte toutes les données d'inspiration psychanalytique. La tendance est minoritaire, mais elle se renforce à la faveur d'une situation professionnelle du psychologue scolaire qui ne parvient pas à bien définir son rôle vis à vis du champ éducatif. Enfermé dans cette interprétation médicale et pathologisante des difficultés de scolarisation, ce spécialiste risque de perdre cet esprit de synthèse d'un acteur qui devrait avoir pour fonction principale d'être un médiateur psycho-pédagogique au service des différentes composantes du système éducatif ; les élèves, les enseignants, les parents et les acteurs médicaux.

D'une manière générale, nous avons constaté que les instituteurs manifestaient de l'indifférence à l'égard de cette prise en charge médicalisée de l'échec scolaire. Mais, nous observons également que cette indifférence diminue en fonction de la densité du système d'offre de prise en charge spécialisée et de la stratégie des acteurs médicaux et para-médicaux qui, à l'égard de l'école, peuvent adopter des attitudes plus ou moins dynamiques et offensives.

4 - REDECOUVRIR LES ENJEUX DE CE DEBAT SUR L'ECOLE

Dans cette enquête, nous avons été frappés de constater le faible niveau de compréhension sociologique des dysfonctionnements du système éducatif français, tant au niveau des enseignants que de tous ceux qui, du fait de leur spécialité, ont compétence pour traiter ses effets au plan de la santé des enfants et de leurs performances scolaires. Sans doute, existe-t-il un bon nombre d'enfants en difficulté qui relèvent de soins médicaux susceptibles de résoudre leurs problèmes de santé physique et mentale. Sont-ils vraiment pris en charge ? Cette notion de médicalisation n'a-t-elle pas surtout une signification idéologique qui occulte les insuffisances de l'encadrement sanitaire de l'Ecole ? Du point de vue psychologique, l'importance des problèmes

relationnels de notre société contemporaine n'est plus à démontrer. Et les spécialistes du psychisme ont, sans doute, de ce point de vue du "pain sur la planche". Mais, tous les problèmes relationnels ne sont pas de nature médicale ou psychanalytique.

Globalement, comme l'écrit Edwy PLENEL, **"la solution de l'école n'est pas dans l'école elle-même"** (1). C'était là notre hypothèse générale lorsque nous avons commencé cette recherche, et comme nous l'avons nous-mêmes précisé (2), **"il y a probablement une imposture à penser que ces difficultés d'intégration des enfants dans le cadre du modèle éducatif institué en France, soient liées à des troubles d'ordre pathologique et relèvent par conséquent d'une quelconque médecine. A moins d'envisager que les handicaps économiques et culturels des enfants des catégories sociales défavorisées, se traduisent mécaniquement par des symptômes névrotiques responsables des errements de leur intelligence, il apparaît à l'évidence que la majorité des échecs sont à analyser et à traiter au niveau de l'école, et singulièrement au plan des rapports qu'une société donnée entretient avec son appareil éducatif. Sinon, le soi-disant processus de médicalisation de l'échec scolaire ne peut représenter qu'une opération "feuille de vigne", qui ne voile pudiquement la réalité que pour ceux qui ne tiennent pas tellement à la révéler au grand jour"**.

Par delà l'acquisition des savoirs dont l'école primaire doit assurer l'apprentissage, par delà les appréciations sur leur utilité sociale ou leur pertinence scientifique, une question de fond se pose : celle de leur signification existentielle et des motivations extra-scolaires, des aspirations culturelles et affectives des enfants scolarisés. A ce plan, des changements sont intervenus depuis les vingt dernières années, ils ont transformé l'image de l'instituteur, le

(1) PLENEL (Edwy), op. cit., p. 226.

(2) GUYOT (Jean-Claude), op. cit., p. 162.

rapport à l'institution scolaire, aux disciplines qui règlent l'apprentissage d'un savoir. Sans remettre radicalement en cause la valeur technique des recherches aujourd'hui entreprises au plan des sciences de l'information et de la communication et singulièrement à celui des sciences de l'éducation, nous avons le sentiment que ce débat dépasse le cadre de la pédagogie proprement dite. Parce que la fragilité des structures et des moyens de l'enseignement se trouve irrémédiablement conditionnée par les mutations de notre société contemporaine, il est devenu urgent de mieux comprendre l'identité nouvelle d'une clientèle scolarisée plus soucieuse d'affirmer sa présence, d'exprimer ses fantasmes, son goût du jeu, son attachement à la parole, à l'image que d'acquérir les réflexes élémentaires de l'orthographe. Exprimer son identité personnelle et collective devient plus important qu'accumuler un savoir dont au demeurant il devient de plus en plus difficile de juger s'il permettra véritablement aux enfants ou aux adultes de s'intégrer durablement au monde contemporain. Les exigences existentielles l'emporteraient alors, à l'intérieur même de l'école sur les choix utilitaires de la pédagogie ou encore sur le désir de satisfaire une curiosité spécifiquement intellectuelle. Alors le débat sur l'école prend une autre signification et si un nombre d'enfants qui ne paraissent pas intellectuellement déficients sont, néanmoins, déclarés en échec scolaire, c'est que l'école ne répond plus à leurs aspirations, aux valeurs actuelles qu'ils ont intériorisées.

L'école permet-elle de s'adapter à cette situation ? La réponse à cette question déborde très largement le cadre de la pédagogie.

Problème d'identité ? Problème de communication ? Qu'il s'agisse des instituteurs, des médecins, des responsables des entreprises ou des administrations, l'instauration d'un nouveau dialogue entre les partenaires sociaux dépend très largement de leurs capacités à mieux maîtriser les processus d'identification qui permettent à tous et à chacun de situer précisément son personnage dans l'ensemble du

champ social. La nature et la qualité de la communication reposent sur l'identité que l'on se donne mais, elle est, également, inséparable de l'image que l'on a des autres, du regard que l'on porte sur autrui et qu'il peut lui-même porter sur nous. Pour toutes les raisons que nous venons d'invoquer, la relation pédagogique de l'instituteur et des élèves est médiatisée par la perception de l'identité sociale qui lui donne un sens.

B I B L I O G R A P H I E

ASSOCIATION FRANCAISE DES PSYCHOLOGUES SCOLAIRES

- VII° CONGRES -

Intégration/ségrégation : rôles des psychologues
scolaires.-

AUGUSTIN (J.P.)

Espace social et loisirs organisés des jeunes .- Thèse
pour le Doctorat de 3ème cycle .- Bordeaux : Université
de Bordeaux III, 1976.

BALLION (R.)

Echec scolaire et réorganisation psycho-sociologique .-
Thèse de Doctorat de 3ème cycle .- E.H.E.S.S., 1975.

BAUDELLOT (C.), ESTABLET (R.)

L'école capitaliste en France.- Paris : Maspéro, 1971.

BERGER (I.)

Les instituteurs d'une génération à l'autre .- Paris :
P.U.F., 1979.

BISSERET (N.)

Les inégaux ou la sélection universitaire.- Paris : PUF,
1974.

BOLTANSKI, THOMAZI (J.)

Echec scolaire : aspects médicaux et sociaux.- Paris :
Doïn, 1982.

BOREL-MAISONNAY (S.)

L'orthophoniste, avril 1982, n° 15.

BOUDON (R.)

L'inégalité des chances. - Paris : A. Colin, 1973.

BOURDIEU (P.), PASSERON (J.C.)

Les héritiers. - Paris : Editions de Minuit, 1964.

BOURDIEU (P.), PASSERON (J.C.)

La reproduction. - Paris : Editions de Minuit, 1971.

BURGUIERE (E.)

Analyse critique des explications des difficultés scolaires.

Revue Enfant, n° spécial, 4/5, 1980.

C.A.R.P.S. (CENTRE AQUITAIN DE RECHERCHE SUR LES PROBLEMES DE SANTE)

Les professionnels, les clientèles, conclusion générale.

La marginalité sociale en Lot et Garonne, t. II, Université de Bordeaux II, rapport ronéoté, 1985.

CASTEL (R.)

Psychanalyse, psychiatrie et contrôle social.

Esprit, décembre 1972.

CASTEL (R.)

La psychanalyse prise en tenaille.-

Autrement, n° 4, Paris, 1975/76.

CASTEL (R.)

La gestion des risques .- Paris : Ed. de Minuit, 1981.

CASTEL (R.)

La psychanalyse.- Paris : Flammarion "Champs", 1981.

CASTEL (R.), CASTEL (F.), LOVELL (A.)

La société psychiatrique avancée.- Paris : Ed. Grasset, 1979.

CHARLOT (R.)

Echec scolaire : système, idéologies et pratiques.

Psychologie scolaire, mai 1981.

CHAUVEAU (G.)

L'insuccès scolaire : le rôle des rapports sociaux et culturels.

Psychologie scolaire, n° 39, 1982.

CHERKAOUI

Les changements du système éducatif en France (1950-1980).- Paris : P.U.F., 1980.

CHERKAOUI

Les paradoxes de la réussite scolaire.- Paris : P.U.F., 1979.

COTTIN (G.)

L'échec scolaire anémique et sa médicalisation.- D.E.A. de Sociologie.- Bordeaux : Université de Bordeaux II, 1983.

C.R.E.S.A.S.

L'échec scolaire n'est pas une fatalité.- Paris : Ed. E.S.F., 1981.

DAUMEZON (G.)

Psychiatrie et éthique, le psychiatre face au malade, à la société et à lui-même, sous la direction de Guy Maruani.- Paris : Privat, 1979.

DELEAU (M.)

"L'enfant passif".-

Le monde de l'Education, oct. 1985.

DURKHEIM (E.)

Education et sociologie.- Paris : P.U.F., 1922.

DURKHEIM (E.)

L'éducation morale .- Paris : PUF, 1963.

FERRAND-PICARD

"Médicalisation de contrôle social".-

Revue française de sociologie, n° XXIII-3,
juillet/septembre 1982.

FORQUIN (J.C.)

Les inégalités scolaires et les apports de la pensée sociologique : éléments pour une réflexion critique : Pour un bilan de la sociologie de l'éducation .- Toulouse : Centre de Recherches Sociologiques , 1984.

FOURASTIE (J.), avec la collaboration de LABUZE (J.)

Enquête sur la scolarité d'enfants appartenant à des milieux favorisés .- Paris : C.N.A.M., 1977.

GUILLEMARD (J.C.)

Théories et pratiques en psychologie scolaire.
Revue Psychologique Scolaire, n° 25-26, 1978.

GUYOT (J.C.)

Essai sur la définition et le contenu de la sociologie médicale .- Thèse de Doctorat d'Etat .- Paris : Université R. Descartes - Paris V, tomes 1 et 3, 1979.

GUYOT (J.C.)

"Vers une nouvelle problématique sociologique de l'échec scolaire".

Cahiers du C.T.N.E.R.H.I. : Handicaps et Inadaptation,
n° 24, 1983, Paris.

GUYOT (J.C.)

Quelle médecine pour quelle société ? .- Toulouse : Privat, 1982.

GUYOT (J.C.)

L'échec scolaire ça se soigne .- Toulouse : Privat, 1985.

HOCHMANN (J.)

Pour une psychiatrie communautaire .- Paris : Ed. du Seuil, 1971.

ILLICH (I.)

La convivialité.- Paris, Coll. Points, 1975.

ISAMBERT-JAMATI (V.)

Culture technique et critique sociale à l'école élémentaire.- Paris : P.U.F., 1984.

LAFON (J.C.) (Dr.)

Où va l'orthophonie ?

Rééducation orthophonique, n° 62, 1971.

LAPLANTINE (F.)

La culture du Psy..- Toulouse : Privat, 1975.

LEVINE (J.), VERMEIL (G.)

Les difficultés scolaires .- Paris : Ed. Doin, 1980.

MAIGE (A.), DESTROOPER (J.)

L'éducation psychomotrice .- L'éducateur .- Paris : PUF,
coll. sup., 1975.

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

Répartition de la population scolaire du 1er degré par
année de naissance, par sexe et par niveau .- SEIS/4,
01, 1980.

LE MONDE DE L'EDUCATION

"La psychanalyse et l'école", n° 49, avril 1979.

LE MONDE DE L'EDUCATION

"Instituteurs 82, la fin des certitudes", n° 86,
septembre 1982.

LE MONDE DE L'EDUCATION

"Profes : l'ère du doute", n° 108, septembre 1984.

MUCCHIELLI-BOURCIER (A.)

Educateur ou thérapeute ? Une conception nouvelle des
rééducations .- Paris : Ed. E.S.F., 1979.

PERRENOUD (P.)

La fabrication de l'excellence scolaire .- Paris : Ed.
Droz, 1984.

PICHEROT (R.)

Aspects socio-économiques et socio-culturels de l'échec scolaire - Echecs scolaires, aspects médicaux et sociaux .- Sous la direction de BOLTANSKI (E.) et THOMAZI (J.) .- Paris : Ed. Doin, 1980.

PIERON (H.)

"Psychologie", Vocabulaire de la psychologie .- Paris : PUF, 1983 .- 3ème édition .-

PINELL (P.), ZAFIROPOULOS

Un siècle d'échecs scolaires .- Paris : Ed. Ouvrières, 1983.

PLAISANCE (E.)

"Familles bourgeoises et scolarisation des jeunes enfants : la fréquentation des écoles maternelles à Paris - 1945-1975".-

Revue Française de Sociologie, XXIV-1, janvier-mars 1983.

PLAISANCE (E.)

"Du handicap physique au handicap socio-culturel".-

Les Cahiers de l'Enfance Inadaptée, n° 265, octobre 1983.

PLAISANCE (E.)

L'échec scolaire. Nouveaux débats, nouvelles approches sociologiques.- Actes du colloque franco-suisse, 9/12, janvier 1984, C.N.R.S., Paris, 1985.

PLENEL (E.)

L'Etat et l'école en France, la République inachevée .- Paris : Ed. Payot, 1985.

POUVOIRS

"Psychanalyse", n° 11, 1979.

POUVOIRS

"L'école", n° 30, 1984.

PUIG-VERGES

"Un engrenage dès l'école".-

Autrement, n° 4, p. 84, 1975/76.

S.I.G.E.S.

"Note d'information du 12 avril 1982", Panel d'élèves du second degré, 1972/73/74 et 80 .- Paris : Ministère de l'Education Nationale.

TOURAINÉ (A.)

L'école autonome.

Intervention, janvier 1983, n° 2.

UNAFORMEC

Commission évaluation des soins, 16, rue de la Comète - 75007 PARIS.

Contribution à l'étude d'une filière de soins : la place du médecin généraliste dans la prescription de l'orthophonie.

VINCENT (G.)

L'école primaire française.- Lyon : Presses Universitaires, 1980.

SIGLES ET ORGANISMES DIVERS

SIGLES	DEFINITION ACTIVITES
<p>C.S.M. : CENTRE DE SANTE MENTALE</p> <p>C.S.M.I. : CENTRE DE SANTE MENTALE INFANTILE</p>	<p>Sigle utilisé dans le cadre d'une politique de santé mentale, lancé dans le 13e arrondissement.</p> <p>- Travail en secteur psychiatrique.</p>
<p>C.G.I. : CENTRE DE GUIDANCE INFANTILE</p>	<p>Concept datant des années d'après-guerre. Inspiration : éducation et rééducation des enfants "inadaptés". Il faut les "guider".</p>
<p>DISPENSARE D'HYGIENE MENTALE INFANTILE (H.M.I.)</p>	<p>Consultation à visée caritative installée par les D.D.A.S.S. dès avant la guerre.</p> <p>En général, pas de rendez-vous, on attend : par ex. "consultations le jeudi à 9 h...."</p> <p>Travaille avec les A.S. de la D.D.A.S.S.</p>

<p>C.M.P.P. CENTRE MEDICO-PSYCHO- PEDAGOGIQUE</p>	<p>Créés vers 1947 par des psychanalystes dans l'esprit pluridiscipli- naire : alliance de l'Education Nationale et des Psychanalystes. Mais rejet des débilés mentaux de niveaux S.C. bas. Refus du secteur.</p>
<p>G.A.P.P. : GROUPE D'AIDE PSYCHO- PEDAGOGIQUE</p>	<p>Créés par l'Education Nationale dans les écoles pour le dépistage et un début de traitement. Comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 psychologue scolaire 1 orthophoniste 1 rééducateur en psycho- motricité
<p>C.D.E.S. : COMMISSION DEPARTEMENTALE DE L'EDUCATION SPECIALI- SEE</p>	<p>Examine les dossiers des enfants à "placer" dans des institutions.</p>
<p>C.C.P.E. COMMISSION DE CIRCONS- CRIPTION PRIMAIRE ET ELEMENTAIRE</p>	<p>Comprend l'Education Nationale et des représen- tants du secteur psychia- trique. Examine les dossiers des échecs scolaires.</p>

<p>C.C.S.D. COMMISSION DE CIRCONSCRIPTION SECONDAIRE</p>	<p>d° Commission ci-dessus. pour le secteur du secondaire.</p>
<p>C.P.D. COMMISSION PLURIDISCIPLINAIRE</p>	<p><u>Regroupe :</u> - Secteur - A.S. de la D.D.A.S.S. - P.M.I. - Médecin scolaire - A.E.M.O.</p>
<p>A.E.M.O. AIDE EDUCATIVE EN MILIEU OUVERT</p>	<p>Dans le secteur A : une organisation est affiliée à RENOVATION et fonctionne parallèlement et conjointement au C.S.M.I. : une autre dépend du Juge des Enfants.</p>

T A B L E D E S M A T I E R E S

	<u>Pages</u>
PREFACE DE M. le PROFESSEUR PLAISANCE	I
INTRODUCTION GENERALE	1
1ère PARTIE : LE POINT DE VUE DES ENSEIGNANTS	25
- CHAPITRE I : Présentation générale du terrain d'enquête	27
- CHAPITRE II : Les instituteurs interviewés "Qui sont-ils ?"	35
1. Méthodologie du terrain	35
2. Indicateurs socio-démographiques	37
- Age, ancienneté, classes enseignées,	
- Etat civil,	
- Références sociales	
3. Indicateurs professionnels	42
- Formation professionnelle,	
- Ancienneté,	
- Participation à la vie sociale	
4. Représentation et attitudes des instituteurs interviewés	45
- Le psychologue scolaire	
- L'orthophoniste	
- Le psychiatre	
5. Idéologies professionnelles et interprétation des difficultés scolaires des élèves	54
- Les idéologies professionnelles des instituteurs,	
- Idéologie professionnelle et attitudes éducatives.	

- CHAPITRE III : Les enfants en échec scolaire pour lesquels l'instituteur a rempli un dossier : "De qui est-il question ?"	65
1. Focalisation méthodologique	65
- Les retards scolaires dans l'inter- secteur "A",	
- L'importance des retards scolaires dans les zones urbanisées,	
- L'importance des retards scolaires dans les zones les moins urbanisées du secteur,	
- Les enfants en difficulté scolaire décrits par les instituteurs.	
2. Indicateurs socio-démographiques	73
- Sexe,	
- Organisation de la vie familiale,	
- Nationalité,	
- Origine sociale des enfants décrits par les instituteurs,	
- Les parents et l'école.	
3. Les indicateurs scolaires	81
- Répartition dans les classes,	
- Le degré d'inadaptation scolaire,	
4. Les indications de prise en charge	87
- Les solutions pédagogiques,	
- Les indications de prise en charge spécialisée : qu'est-ce qui est préconisé ? Par qui ?	
- Les indications de prise en charge spécialisée : qui préconise quoi ?	
5. Les démarches des instituteurs	98
- Les types de démarches que nous avons pris en compte,	
- Les démarches entreprises : pour qui ?	
- La prise en charge effective.	

2ème PARTIE : LES ACTEURS MEDICAUX ET SPECIALISTES ET LA PRISE EN CHARGE DE L'ECHEC SCOLAIRE	111
I - Méthodologie de l'enquête	113
1. La deuxième phase de la recherche	113
2. Mise en place de l'enquête	114
3. Présentation des acteurs sur le terrain	120
II - Les psychologues scolaires	128
1. Ambiguïté du statut et dualité du rôle	128
2. Le rapport au médical	134
III - Les orthophonistes	142
1. Un statut d'auxiliaire médical	142
2. Educateur ou thérapeute	147
3. Médicalisation dans et/ou hors de l'école	156
IV - Les psychiatres	168
Introduction : Position du problème	168
1. La logique médicale des psychiatres interviewés	169
a) Médecin ET psychothérapeute	169
b) L'homme du "Dernier recours"	175
2. Psychiatrie et pédagogie : les "mal-entendus"	178
a) Le modèle psychologie du symptôme appliqué à l'E.S.	178
b) Médecine et psychanalyse	183
c) La médiation de l'école	186

3. Psychiatrie et sociologie dans le rapport à l'échec scolaire	189
a) Les psychiatres réfractaires à l'intégration de variables sociologiques à leur pratique professionnelle	190
b) Les psychiatres sensibles à un éclairage sociologique dans leur pratique médicale	197
4. Les psychiatres et les pédagogues	205
a) Le principe de la séparation du "pédagogique" et du "médical"	205
b) Les conditions du dialogue	208
Conclusion	216
CONCLUSION GENERALE	219
1. La prévalence de l'ordre scolaire traditionnel	221
2. Les modalités de prise en charge spécialisée autre que pédagogique	227
3. La médicalisation de l'échec scolaire	230
4. Redécouvrir les enjeux de ce débat sur l'école	233
BIBLIOGRAPHIE	237
SIGLES ET ORGANISMES DIVERS	247

Édité par le C.T.N.E.R.H.I.
Tirage par la Division Reprographie
Dépôt légal : **J a n v i e r 1 9 8 8**

Le Directeur : Christine PATRON