

Un centre ressource municipal de niveau 2 dédié aux troubles des apprentissages adapté aux populations défavorisées. Une expérience pilote : Paris Santé Réussite

C. BILLARD*, **, F. BARBE***, M.-C. WARDE***, P. DUJARDIN.BEFFA*, C. EBER*,
N. MESSAOUDEN*, V. BAILLE*, G. RICHARD*

* Centre ressource de proximité Paris Santé Réussite, 18, rue Ramus, 75020 Paris, France. Fax : 01 53 39 14 46.
Email : catherine.billard3@gmail.com

** Centre référent sur les troubles des apprentissages, CHU Bicêtre, 78 rue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre, France.

*** Direction de l'Action sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES), 94-96, quai de la Râpée, 75012 Paris, France.

RÉSUMÉ : Un centre ressource municipale de niveau 2 dédié aux troubles des apprentissages adapté aux populations défavorisées. Une expérience pilote : Paris Santé Réussite

L'expérience pilote de Paris Santé Réussite (PSR) est une recherche-action, financée par la ville de Paris, destinée à mettre en place et évaluer en environnement défavorisé un programme progressif et coordonné adapté aux besoins des enfants porteurs de troubles des apprentissages. PSR doit apprécier les bénéfices acquis, les obstacles à contourner et les limites avant d'envisager l'extension du dispositif.

Les enjeux, le fonctionnement, la méthodologie sont exposés ainsi que l'analyse des premiers résultats. Sans avoir fait disparaître, loin s'en faut, le problème, les résultats montrent que des enfants en grandes difficultés de lecture peuvent acquérir une autonomie dans leurs apprentissages. Plus de précocité dans la réponse proposée, plus de fluidité dans le parcours de soins, une mobilisation croissante des enseignants, et professionnels de soins libéraux ou institutionnels et un accès simplifié aux évaluations spécialisées témoignent de la réalisation en grande partie des objectifs du projet.

Mots clés : lecture – difficulté scolaire – troubles des apprentissages – parcours de soins – pluridisciplinarité – enfant.

SUMMARY: A level-2, municipal Disability Resource Centre dedicated to learning disabilities appropriately designed to disadvantaged populations. A Pilot Experiment: PARIS SANTÉ RÉUSSITE (PARIS HEALTH SUCCESS)

The experiment of Paris Santé Réussite (PSR) is a test research implementation, financed by the city of Paris. It intends to set up and evaluate the results of a progressive and coordinated program to the benefit of children showing mislearning disorders. It aims at measuring benefits, difficulties and limits of the project before considering its enlargement to the whole city. The stakes, the methodology and the ways of working are described as well as the first results. Which show that children with reading disabilities can acquire autonomy in their learning, making significant progresses, even if their problem is not totally solved. A number of improvements have been achieved such as earlier answers adjusted to the severity of disorder, a smoother course of care, a simplified access to specialized evaluations and, last but not least, an increasing involvement of both the teachers and the professionals of care, either liberal or institutional.

Key words: Reading – academic failure – learning disorders – course of care – multidisciplinary – child.

RESUMEN: *Un Centro de Recursos municipal de nivel 2 dedicado a los trastornos del aprendizaje y adaptado a la población desfavorecida. Una experiencia piloto: PARIS SANTÉ RÉUSSITE*

La experiencia piloto de Paris Santé Réussite (PSR) es una investigación-acción, financiada por la ciudad de París y cuyo objetivo es establecer y evaluar, en un entorno desfavorecido, un programa progresivo y coordinado adaptado a las necesidades de los niños que presentan trastornos del aprendizaje. PSR debe valorar los beneficios obtenidos, los obstáculos a evitar y los límites antes de considerar la ampliación del dispositivo.

Se exponen las implicaciones, el funcionamiento y la metodología así como el análisis de los primeros resultados. Aunque ni de lejos se consigue que desaparezca el problema, los resultados muestran que los niños con grandes dificultades en lectura pueden adquirir una autonomía en su aprendizaje. La mayor precocidad en la respuesta propuesta, más fluidez en el programa sanitario del tratamiento, mayor movilización de los educadores y de los profesionales institucionales o liberales y un acceso simplificado a las evaluaciones demuestran que gran parte de los objetivos del proyecto se están cumpliendo.

Palabras clave: *Lectura – Dificultad escolar – Trastornos del aprendizaje - Programa sanitario del tratamiento – Pluridisciplinar - niños.*

Plusieurs constats ont amené la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) à mettre en place un groupe de travail sur le parcours de soins des troubles des apprentissages dont le rapport est en cours. Un des principaux constats de tous les professionnels et parents, est la nécessité d'un niveau intermédiaire de diagnostic et de soins (appelé niveau 2), entre la prise en charge de première intention (niveau 1) et la prise en charge hyperspécialisée des centres référents sur les troubles des apprentissages (CRTA, niveau 3). Les raisons de cette proposition sont multiples, mais elles sont dominées par l'inadéquation entre la demande et les possibilités de fonctionnement des CRTA. Le plan d'action Langage (Veber et Ringard, 2001) a beaucoup apporté dans la reconnaissance et les recommandations pédagogiques, des soins et de recherche. Mais il n'a pas, pour autant, tout résolu ! Créés avant les centres référents des maladies rares, les CRTA n'ont pas été assortis de centres de compétences. Or, le plan d'action a créé une demande légitime des familles et des professionnels entraînant l'afflux des patients vers les CRTA. La persistance de ces demandes plus d'une dizaine d'années après le plan Langage est liée à l'absence de structures de relais répondant aux besoins des enfants tout au long de leur parcours scolaire et de vie.

C'est une expérience pilote d'une telle structure de relais, dédiée aux troubles des apprentissages, adaptée aux environnements défavorisés, conçue comme un centre ressource de niveau 2 de proximité, qui a été financée par la ville de Paris depuis 2010 jusqu'en 2014. Appelée Paris Santé Réussite (PSR), cette recherche-action va de pair avec le programme de prévention des troubles des apprentissages de la lecture (PTAL) mis en place par l'Inspection d'académie dans le même territoire.

Dans cet article, nous décrivons successivement les préalables et enjeux d'un programme cohérent pour lutter contre les troubles des apprentissages, le dispositif PSR : sa philosophie, son fonctionnement, sa méthodologie, et ses premiers résultats, puis les propositions pour l'avenir.

PRÉALABLES ET ENJEUX D'UN PROGRAMME COHÉRENT POUR LUTTER CONTRE LES TROUBLES DES APPRENTISSAGES

Les apprentissages normaux et inhabituels

C'est le mécanisme de traitement du langage écrit et de son acquisition qui a fait l'objet des recherches les plus nombreuses ces quarante dernières années (Fayol, 2013). Ce traitement du langage écrit fait référence à plusieurs compétences tant chez l'adulte expert que chez l'enfant apprenti lecteur. Sur les deux versants du langage écrit, lecture et production orthographique, il y a deux niveaux d'acquisition : l'identification (reconnaissance) et la production (orthographe) de mots puis ensuite la compréhension et la production de textes. Ces deux niveaux mettent en jeu différentes stratégies et compétences. La mise en place du déchiffrement et de la production de mots dépend

avant tout des compétences phonologiques, en particulier de la conscience phonologique (Expertise Inserm, 2007). En revanche la fluidité de lecture, l'orthographe d'usage, et surtout la compréhension et production de textes va mettre en jeu très largement le niveau global de langage oral (Billard *et al.*, 2009).

Cette complexité de l'acquisition du langage écrit rend compte de la multiplicité et diversité des écueils possibles.

De l'échec scolaire aux troubles « dys » : une clarification des termes employés pour une meilleure lisibilité pour tous

L'illettrisme désigne l'état d'une personne qui a bénéficié d'apprentissages mais n'a pas acquis la maîtrise de la lecture et de l'écriture. En ce qui concerne l'enfant, on parle de difficultés d'apprentissages (en lecture, orthographe ou calcul...) lorsque les parents ou enseignants repèrent une acquisition qui ne suit pas les étapes habituelles, et de troubles lorsqu'une évaluation par un test étalonné a confirmé un score déficitaire en référence aux normes attendues pour l'âge. Les troubles sont dits spécifiques s'ils ne peuvent pas être entièrement expliqués par une déficience mentale, une pathologie sensorielle sévère (surdité, vision), neurologique lésionnelle ou psychiatrique avérée. Ils sont durables lorsqu'ils persistent malgré une prise en charge adaptée. Ce sont ces troubles, spécifiques et durables des apprentissages que l'on appelle communément les « dys » :

- dyslexie (troubles d'acquisition du langage écrit) ;
- dysphasie (troubles du développement du langage oral) ;
- dyscalculie (troubles du calcul) ;
- dyspraxies (troubles d'acquisition de la coordination et des praxies).

Des connaissances scientifiques qu'on ne peut plus ignorer

La dyslexie est un trouble avéré, durable et inattendu de l'identification des mots. Elle ne résume pas l'entière des troubles d'acquisition du langage écrit, mais en est la forme la plus pure. La dyslexie relève de facteurs divers, souvent intriqués. Ses bases cognitives, cérébrales et génétiques sont actuellement connues (Expertise Inserm, 2007).

En environnement défavorisé, les enfants « faibles lecteurs », en difficulté dans l'identification des mots, ont les mêmes facteurs prédictifs (Billard *et al.*, 2009, 2010) que les dyslexiques et un fonctionnement cérébral similaire (Kednorog *et al.*, 2012). Les troubles de la compréhension de lecture et de l'orthographe y sont aussi fréquents en fin de primaire, en lien avec la faiblesse du langage oral (Billard *et al.*, 2010). La prévalence élevée des troubles du langage écrit s'explique en partie par la conjonction d'une acquisition précaire du langage oral et de la faiblesse des compensations. Par exemple, un déficit modéré en conscience phonologique ne peut pas être compensé par la richesse du langage oral et l'aide familiale, comme il le serait en environnement favorisé (Billard *et al.*, 2009). Ou bien encore, la précarité du langage oral a des consé-

quences sur la compréhension et production de textes, même lorsque la reconnaissance et production des mots sont acquises (Billard *et al.*, 2010).

Les bases cognitives des troubles de la coordination gestuelle et du calcul sont bien décrites dans la littérature scientifique, mais leur reconnaissance et aspects cliniques ne sont pas aussi largement diffusés.

En environnement défavorisé, des troubles du langage écrit fréquents aux profils variés, et une prise en charge particulièrement difficile des autres troubles des apprentissages.

Un problème de société et de santé publique touchant particulièrement les populations précaires

L'échec scolaire et les troubles des apprentissages relèvent de nombreuses disciplines, Éducation nationale, santé, sociologie, psychologie... Devant la diversité des situations, en termes de sévérité, profil, évolution, le rôle respectif de chaque discipline est difficile à délimiter, voire impossible tant l'action conjointe et coordonnée de ces disciplines est indispensable.

Un problème relevant de l'Éducation nationale

Une étude récente sur une cohorte de 1 061 enfants de CE1 scolarisés dans les écoles parisiennes évalue les seuls troubles de la lecture à 12,7 % des enfants de CE1 (Fluss *et al.*, 2008). La prévalence varie de 5 % dans les écoles situées en environnement ordinaire jusqu'à 25 % dans ceux défavorisés. Les données des enquêtes régulières de PISA (*Programme for International Student Assessment*) soulignent de 2003 à 2012 l'aggravation de la situation des enfants les plus en difficulté. Ils sont de plus en plus nombreux, leurs difficultés de plus en plus sévères et l'écart avec les bons lecteurs s'accroît. Les difficultés dans l'apprentissage du calcul ne sont pas moins préoccupantes. Le Haut Conseil de l'Éducation s'inquiète, dans son rapport de 2012, du « *nombre élevé de sortants sans diplôme [environ un jeune sur six chaque année] et de la proportion d'élèves ayant des acquis insuffisants (15 %) ou fragiles (25 %) tant en fin d'école primaire qu'en fin de collège [...]* ». Selon le texte, « *l'évolution est même préoccupante puisqu'elle fait apparaître une dégradation des résultats, notamment pour les élèves les plus faibles* ». Il est nécessaire « *d'accorder la priorité à l'école primaire, décisive pour la réussite ultérieure* ». En effet, ces faibles lecteurs l'étaient déjà en début de primaire (Suchaut, 2002).

Et pourtant, les écueils dans l'apprentissage du langage écrit ne sont pas une fatalité ! De nombreuses études ont prouvé qu'une réponse pédagogique précoce répondant aux critères stricts de la littérature scientifique, est une réponse préventive efficace. Elle permet de réduire de moitié le pourcentage de faibles lecteurs sans autre action, comme le montrent en France le programme Parler, Lire, Écrire (Zorman et Bressoux, 2008), et en Floride l'extension sur 5 ans du programme pédagogique de Torgesen (Torgesen, 2002 ; Vellutino, 2004 ; Torgesen, 2006, pour revue Expertise Inserm, 2007)

Un problème de santé publique

Tout se cumule pour faire de cette problématique un réel problème transversal de société et de santé publique. Déjà en 1999, le dossier du Haut Conseil de la Santé publique, faisait état d'une prévalence des troubles des apprentissages de plus de 10 % (<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad262366.pdf>). Si la reconnaissance des troubles et les possibilités de prises en charge sont mieux connues, donc plus sollicitées, il n'en est pas de même dans les populations précaires où les inégalités se creusent. La mise en évidence de troubles touchant des fonctions cognitives ou d'apprentissage non langagiers, comme la coordination gestuelle et les praxies, le calcul ou les fonctions attentionnelles, isolés ou intriqués, n'ont pas été pris en compte dans le plan Langage et sont difficilement accessibles dans notre système de santé. Enfin, les impacts de ces troubles du développement de l'enfant, survenant précocement et perdurant souvent tout au long de leur vie, sont plus néfastes face aux exigences d'une société en crise, où toute précarité est facteur d'exclusion.

L'existence bien réelle de ces troubles, leur complexité et les difficultés de l'offre de soins a entraîné une demande accrue d'évaluations dans les CRTA, demande incompatible avec leurs missions multiples (clinique, recherche, formation). Leur fonctionnement est devenu de plus en plus difficile, avec un accès de moins en moins fluide, une augmentation des délais inacceptable face à ces situations sévères dont ils seraient la seule ressource. Pour tenter d'enrayer leur engorgement, la plupart des centres ont mis en place des restrictions d'accès peu adaptées aux besoins des enfants. De difficile, leur accès est devenu impossible pour les populations défavorisées alors que les troubles y sont si fréquents. Le suivi de l'évolution des difficultés, pourtant essentiel face à la diversité de chaque enfant et de ses besoins tout au long de sa scolarité peut difficilement y être assuré.

Et pourtant, si l'on considère les dyslexiques sévères, dont certains sont issus de ces quartiers, il leur est également possible d'acquérir une lecture fonctionnelle au prix d'une prise en charge coordonnée, pédagogique et de soins intensifs (Coste-Zéïtoun *et al.*, 2005).

D'où la nécessité de réfléchir à un parcours de santé et de soins, incluant la prévention primaire pédagogique, les soins et le suivi des enfants, parcours progressif par étape selon la sévérité du trouble et son évolution, chaque étape étant évaluée.

Un centre ressource de proximité adapté aux populations défavorisées

À côté des actions sociales, nous disposons pour lutter contre ce « fléau », de deux moyens principaux : 1) la réponse pédagogique préventive ; 2) les soins. Il apparaît donc que la systématisation d'actions pédagogiques rigoureuses et évaluées associée à une lutte contre l'inégalité d'accès aux soins, et une meilleure coordination école-santé-parents/aide aux devoirs, devrait permettre d'améliorer considérablement les compétences des enfants dans leurs apprentissages. La lutte contre l'illettrisme est

« grande cause nationale 2013 ». Et si elle concerne essentiellement un ensemble de politiques publiques à destination des adultes, agissons d'abord en prévention car tout adulte illettré a d'abord été un enfant.

Agir précocement, mieux aiguiller les familles, contourner les inégalités d'accès aux soins, suivre l'évolution des troubles. Répondre aux besoins des enfants/familles et professionnels pour les cas complexes, pallier la difficulté d'accès aux centres référents. Tels sont les raisons des dispositifs PSR et PTAL.

L'EXPÉRIMENTATION PSR COUPLÉE AU PROJET PTAL

La Mairie de Paris en lien avec l'Inspection d'académie, a souhaité engager la lutte contre l'illettrisme et les troubles des apprentissages, en confiant la réalisation d'une étude de faisabilité, à une équipe qui a déjà fait ses preuves dans le domaine. L'expérience pilote PSR est une recherche-action en environnement défavorisé étroitement coordonnée au projet pédagogique préventif PTAL mis en place par l'Inspection d'académie. Ce projet lancé en 2010 pour une durée de 3 années, est destiné à apprécier les bénéfices pour les enfants, les obstacles à contourner et les limites à dépasser, préalables indispensables à une extension à large échelle.

Son premier objectif est destiné à diminuer le nombre de faibles lecteurs visant pour « tous » les enfants : 1) la compréhension d'un texte lu du niveau de l'enfant ; 2) une écriture lisible ; 3) dans des conditions confortables évitant le cercle vicieux de l'échec scolaire, même s'il persiste des séquelles.

Son objectif plus général est de permettre aux enfants souffrant de difficultés ou troubles d'apprentissage d'acquérir suffisamment d'autonomie pour leur avenir personnel, social et professionnel, en leur offrant un accès aux soins dont ils ont besoin.

Un fonctionnement pragmatique selon un protocole rigoureux

Le projet PSR comporte deux versants :

- un plan de lutte précoce contre l'illettrisme en cycle 2 en lien avec le projet PTAL d'une part,
- un versant hors protocole pour l'évaluation des troubles complexes des apprentissages pour pallier les difficultés d'accès aux CRTA, d'autre part.

Le plan de lutte contre l'illettrisme consiste en un protocole systématisé et rigoureux en cycle 2, qui propose une réponse graduée en fonction de la sévérité des difficultés constatées chez les enfants. Il a pour objectif de lutter contre des inégalités de chances dont souffrent les populations défavorisées :

- inégalité pédagogique dans des classes à taux élevé d'élèves en grande difficulté ne permettant pas de donner une réponse aux besoins de chaque enfant ;
- inégalité d'accès aux soins due au coût des soins de ville,

au manque de professionnels, aux difficultés d'accès et délais d'attente dans les institutions et dans les centres référents.

Ce plan comporte trois temps.

Une étape préventive pédagogique avec repérage systématique des enfants en difficulté d'apprentissage de la lecture réalisé par les enseignants, aboutissant pour les enfants les plus faibles à la mise en place d'une réponse pédagogique préventive (phase préventive pédagogique, projet PTAL). Un examen par les médecins scolaires pour les enfants dont le déficit est sévère, ou n'évolue pas assez suite à la réponse pédagogique pour la prescription éclairée des soins nécessaires indépendamment de sa situation socio-économique (phase médicale de niveau 1).

L'intervention d'une équipe pluridisciplinaire experte de proximité, indispensable pour réorienter et/ou adapter le projet de soins dans le cas de troubles sévères et/ou complexes (phase médicale de niveau 2).

Le versant hors protocole d'évaluation des troubles complexes des apprentissages concerne tous les enfants ne nécessitant dans le bassin de population, qu'ils aient été ou non dans le protocole CP-CE1, quelle que soit leur école, quel que soit le domaine des apprentissages touché (phase médicale de niveau 2).

L'équipe ressource PSR chargée du projet coordonne le suivi de ces différentes étapes : elle anime les synthèses trimestrielles des dossiers avec les médecins scolaires, psychologues scolaires, elle échange avec les professionnels de ville ou les institutions qui assurent les soins, en partenariat avec les familles. Par ailleurs, elle réalise des formations pratiques adaptées aux professionnels concernés et diffuse les connaissances scientifiques en lien avec le CRTA.

Le choix de la proximité a un double intérêt : réduire les inégalités d'accès aux soins des familles défavorisées et rendre plus performant le réseau des acteurs locaux.

Pour l'étape préventive, le choix du cycle 2, celui des apprentissages fondamentaux, s'impose pour dépister les difficultés et y remédier avant que l'engrenage de l'échec scolaire ne mène au décrochage.

Le dépistage précoce des difficultés d'apprentissage est assorti d'une réponse adaptée à l'enfant avec objectif d'en diminuer les conséquences néfastes, donc les coûts humains, sociaux et économiques qui lui sont associés. Derrière ces motifs, c'est l'intégration des enfants issus de milieux défavorisés en difficulté qui se joue.

Assurer une action préventive et thérapeutique de proximité, ciblée et spécialisée ; détecter le plus tôt possible les enfants en difficulté d'apprentissage pour une meilleure prise en charge ; coordonner les actions des différents intervenants (famille, école, soignants) ; assurer un bilan pluridisciplinaire spécialisé et un projet de soins adapté pour les cas sévères ; diffuser à nos partenaires les avancées de la recherche, tel est le positionnement de Paris Santé Réussite.

MÉTHODOLOGIE

Le dispositif concerne les 11^e et 20^e arrondissements de Paris. Il a été fait avec l'accord des familles¹.

La réponse graduée proposée par PSR, en trois étapes selon la sévérité des difficultés et leur évolution, s'appuie sur les ressources locales en les coordonnant.

Étape préventive

Cette phase préventive (projet PTAL de l'académie de Paris) consiste dans les évaluations et réponses pédagogiques par les enseignants au sein de l'école sur la base du volontariat. Une conseillère pédagogique assure la coordination de la phase pédagogique.

Les enfants en difficulté d'apprentissage de la lecture et orthographe en CP et CE1 sont repérés à partir d'évaluations systématiques, avec des outils étalonnés.

Trois évaluations ont lieu en CP avec quelques items choisis parmi les batteries EDA² (Willig *et al.*, 2013) et OURA (Billard *et al.*, 2013) :

- connaissance des lettres, conscience phonologique et compréhension lexicale en octobre ;
- décodage et dictée en janvier ;
- décodage, vitesse de lecture et dictée en juin.

En CE1, les 2 évaluations d'octobre et juin sont identiques, réalisées en semi-collectif : lecture (Timé 2³) et dictée (EDA²).

Les résultats des évaluations sont traités par l'équipe PSR et échangés avec les enseignants.

La mise en place d'une réponse pédagogique préventive ciblée en petits groupes à besoins similaires est proposée avec des critères stricts fixés en fonction des connaissances sur le développement des habiletés normales. Elle est proposée aux enseignants pour les enfants ayant des scores inférieurs à -2 écarts-types de la norme de référence en CP et inférieurs à -1 écart type en CE1. Les entraînements à la compréhension et conscience phonologique sont privilégiés au 1^{er} trimestre de CP puis au décodage après Noël, au CP et en CE1, selon les grands principes du programme PARLER. Il est proposé que les entraînements soient faits en petits groupes à besoins similaires (3 à 5 enfants), inten-

sifs (3 à 4 fois par semaine) et explicites⁴. S'agissant de recherche-action dans les conditions actuelles réelles des écoles, la mise en pratique dépend de chacune de ces écoles (nombre d'enfants en difficulté, ressources humaines, volontariat des enseignants).

Rien de nouveau, pourrait-on croire si l'on considère la mise en place des aides personnalisées remplacées, à la suite de rapports contrastés sur leur efficacité, par les aides pédagogiques complémentaires (Toullec-Théry et Marlot, 2013).

La base théorique du processus est pourtant bien différente : il s'agit de cibler une acquisition, de l'évaluer précisément en référence à la norme attendue pour l'âge, de proposer les entraînements rigoureux et évalués, dont l'efficacité a été largement démontrée. Le décodage et la conscience phonologique ont été privilégiés compte tenu de la classe considérée (CP-CE1).

L'académie de Paris a également mis en place depuis la rentrée 2012 une action pédagogique en GSM correspondant au programme PARLER, sans lien obligatoire avec le projet CP-CE1, du fait du non appariement systématique à Paris des maternelles et primaires.

Les enfants entraînés bénéficient ainsi d'une prise en compte de leurs besoins spécifiques.

Étape de diagnostic : examen par les médecins scolaires et soins de ville

Elle se base sur l'intervention de l'équipe médicale scolaire de la DASES et paramédicale de ville ou institutionnelle du territoire couvert.

Elle concerne les enfants dont le déficit est d'emblée sévère.

En CP, les enfants ayant un des critères de sévérité suivants :

- trouble du langage oral (connu ou bien score de compréhension lexicale inférieurs à - 2 écarts-types),
- moins de 4 syllabes lues ou écrites en janvier,
- scores de lecture et dictée inférieurs à - 2 écarts-types malgré la réponse pédagogique en juin,
- surtout si redoublants ou antécédents familiaux de trouble du langage.

En CE1 les enfants avec des scores inférieurs à - 2 écarts-types en lecture et dictée en octobre ou qui n'évoluent pas assez avec la réponse pédagogique.

Un examen standardisé par la batterie clinique de première intention EDA (Willig *et al.*, 2013), est réalisé par les médecins scolaires. Les apprentissages de lecture et dictée sont réalisés en premier, complétés si l'un d'entre eux est déficitaire (scores inférieurs à - 2 écarts-types) par les fonctions verbales et non verbales. Une concertation des médecins et psychologues scolaires avec si nécessaire l'équipe PSR aide à définir les besoins de l'enfant en évaluations complémentaires et en soins de ville ou institutionnels. Les parents sont accompagnés vers la solution la plus adaptée à l'enfant dans les ressources locales de professionnels de ville ou institutionnelles (centre médico-psychopédagogique

¹ Les parents sont informés systématiquement par l'Inspecteur d'académie du projet pédagogique, puis si l'enfant est repéré en difficulté, de l'examen par le médecin scolaire. Lorsque l'équipe de PSR propose un bilan, celui-ci est toujours assorti d'une demande d'autorisation des parents. Un retour aux familles est effectué ainsi qu'un lien avec les professionnels de soins, si l'enfant est déjà suivi, afin de permettre les échanges. Les analyses statistiques des évaluations systématiques sont traitées anonymement. Une déclaration à la CNIL (Commission nationale informatique et liberté) a précédé la mise en œuvre du dispositif.

² EDA (Ortho édition : Isseberg) ; OURA (Cognisciences : Grenoble, www.cognisciences.com).

³ Timé 2 (ECPA : Paris).

⁴ divers outils sont proposés (dont décodage, conscience phonologique, compréhension de La cigale, Grenoble).

ou centres d'adaptation psychopédagogique). Dans les situations familiales trop difficiles pour la mise en place des bilans complémentaires et les soins, et seulement dans ces cas, l'équipe PSR participe à la réalisation des bilans diagnostiques indispensables à définir les besoins de l'enfant.

La synthèse de l'évaluation du médecin, ainsi que d'éventuelles évaluations de l'équipe sont transmises aux parents et aux professionnels de ville ou institutionnels choisis par la famille. Le suivi annuel de l'enfant associé aux avis de ces professionnels, des enseignants et parents permet de repérer rapidement ceux qui ne progressent pas suffisamment et nécessitent le passage à l'étape suivante.

Il s'agit d'agir précocement, mieux aiguiller les familles, contourner les inégalités d'accès aux soins, suivre l'évolution des troubles.

Étape expertise

Elle est réalisée grâce à l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire PSR constituée d'un médecin spécialiste neuro-pédiatre, d'une neuropsychologue et d'orthophonistes. Une ergothérapeute et une orthophoniste spécialisée en cognition mathématique peuvent intervenir ponctuellement.

Cette étape concerne les cas les plus complexes non seulement du protocole CP-CE1 mais aussi de toutes les classes du territoire concerné.

L'équipe spécialisée PSR va établir le diagnostic et le projet thérapeutique, faire le lien, si nécessaire, avec la MDPH et suivre l'évolution de l'enfant en partenariat avec les différents intervenants. Les besoins des enfants sont ainsi assurés au plus près de leurs familles et des professionnels. Le recours aux centres référents, engorgés et difficilement accessibles aux populations défavorisées, en est limité.

Les moyens d'action sont innovants car ils intègrent l'école dans la lutte contre les troubles des apprentissages. Avec l'action pédagogique préventive, la coordination de plusieurs niveaux de prise en charge des enfants, le suivi des actions menées, PSR instaure une nouvelle manière d'appréhender le lien entre médical, social et scolaire.

DES RÉSULTATS ENCOURAGEANTS

L'évaluation des bénéfiques, le point sur les obstacles et les limites feront l'objet d'un rapport à la fin de l'expérience pilote, en juin 2014. Quelques données préliminaires permettent être décrites.

Les premiers résultats de l'étape pédagogique

En juin 2013, 3 160 enfants de CP et CE1 avaient été évalués. En fonction des classes et des années, 15 à 20 % des enfants ont été repérés et entraînés.

Sur la cohorte de 421 enfants de CP de l'année scolaire 2012-2013, ce dispositif a permis à la moitié des faibles ou très faibles lecteurs en janvier de se normaliser (*figure 1*). Sur la cohorte des 464 enfants de CE1 de la même année

scolaire, un tiers des faibles ou très faibles lecteurs se sont normalisés (*figure 2*).

Néanmoins, cette diminution appréciable des faibles lecteurs ne peut pas être attribuée avec certitude au dispositif, en l'absence d'un groupe contrôle y ayant été soumis.

Aujourd'hui, la seule approche statistique possible des bénéfices spécifiques au dispositif pédagogique est l'évolution du pourcentage de faibles lecteurs en CE1 qui devrait diminuer au fil des ans dans les écoles concernées. Le résultat le plus convaincant est effectivement cette diminution : le pourcentage de faibles lecteurs en début de CE1 (scores au Timé 2 inférieurs à ou = à - 1 écart-type) est passé de 32 % en octobre 2011 à 24 % en octobre 2012. Surtout, cette diminution du pourcentage de faibles lecteurs ne concerne que les enfants qui avaient bénéficié d'entraînements en CP l'année précédente (17,5 %) et non ceux qui n'en avaient pas (27,9 %), la différence étant significative (χ^2 , $p = 0.007$).

Ces résultats, bien qu'encore insuffisants, montrent une inversion de la courbe avec diminution du nombre de faibles lecteurs.

Les étapes diagnostique et experte

Parmi les 700 enfants qui ont bénéficié des étapes suivantes, 578 enfants ont bénéficié des étapes diagnostic pour prescription si nécessaire de soins de ville, et 399 d'une consultation ou bilan par l'équipe PSR. La moitié des 700 enfants examinés présentait un trouble spécifique du langage écrit (dyslexie) associé ou non à un trouble du langage oral, le plus souvent inscrit dans une situation socio-culturelle et/ou linguistique précaire. 10 % des enfants avaient un trouble praxique.

Un tiers de ces enfants nécessitait, au vu du profil spécifique de leurs troubles, la mise en place de soins qu'ils n'avaient pas ou une réorientation des soins qui n'étaient pas adaptés. Ces soins ont pu être mis en place pour une très grande majorité avec, pour 15 enfants, une phase transitoire assurée à l'école par l'équipe PSR.

28 des enfants examinés par l'équipe PSR dans la phase expertise étaient dans une situation de handicap ayant nécessité une reconnaissance MDPH et/ou une orientation dans les structures spécialisées locales (CRTLA, SESSAD ou IME Dysphasia, CLISS TSL ou UPI Trouble du langage).

PROPOSITIONS POUR L'AVENIR

D'ores et déjà, il est possible de s'appuyer sur ces premiers résultats, les obstacles à contourner et les limites à dépasser avant d'envisager quelques propositions.

Les obstacles et les limites

Chacune des étapes de ce dispositif a rencontré des obstacles, inhérents à l'ambition même du projet, obstacles qui ont entraîné, de fait, des limites.

Le lien avec les parents n'a pas été optimal pour les familles précaires en difficulté pratique pour se libérer.

Une présentation précise et claire du dispositif doit être travaillée de façon pragmatique avec les responsables pédagogiques, les enseignants et les directeurs. Une participation des ressources de la Réussite éducative aiderait à cet échange préalable indispensable pour informer les familles et resserrer les liens au bénéfice des enfants.

Le lien avec les aides aux devoirs doit aussi être resserré pour cibler les objectifs autour des difficultés des enfants, afin de travailler intensivement et de façon cohérente sur les besoins de chaque enfant.

L'étape préventive a été difficile à mettre en place pour les enseignants, particulièrement dans les écoles avec le plus haut taux d'enfants en échec, donc celles dont les enfants en avaient le plus besoin. Leur participation a été variable : dans certaines écoles seuls les CP, voire une seule classe, participaient au dispositif, limitant ainsi la continuité de l'action pédagogique. La demande des enseignants concerne aussi leur formation, qu'ils souhaitent plus intensive aux bases théoriques du dispositif, aux outils d'entraînement et à leur utilisation devant la diversité des enfants. Outre les difficultés pratiques à consacrer 4 séances par semaine d'une demi-heure aux groupes entraînés, d'autres réserves formulées par certains enseignants sont à prendre en compte. Leur inquiétude de marginaliser les enfants pris en petit groupe et la difficulté pour eux de mettre en concordance cette activité en petit groupe avec la pédagogie de toute la classe en est une. Leurs réticences à des entraînements systématisés, assez mécaniques, de bas niveau (décodage et conscience phonologique), ainsi que de façon générale à l'expérimentation à l'école, réticences relayées par le rapport de l'Inspection générale (Bouysse et Pétreault, 2012 ; L'Inspection débranche les expérimentations Blanquer, Le Café Pédagogique. www.cafepedagogique.net, 2013) en sont une autre. Le manque de temps pédagogique à consacrer aux difficultés touchant les autres domaines (langage oral, calcul), difficultés présentes souvent chez les mêmes enfants, en est encore une autre.

Ceci a amené certaines de ces écoles à abandonner le dispositif. La répartition en moyens humains (nombre d'enseignants) en fonction des pourcentages d'enfants en difficulté est une des conditions sine qua non à une réalisation pratique plus fluide. Pour autant, certains enseignants, soulignant l'intérêt du dispositif pour les enfants, ont trouvé dans des écoles parfois très défavorisées des moyens ingénieux pour la mise en pratique des entraînements.

L'étape de diagnostic par les médecins scolaires a entraîné une surcharge de travail, difficilement compatible en particulier avec leur activité de bilans systématiques des enfants de 6 ans. Leur statut privilégie la prévention, et l'absence de possibilité légale de prescription oblige les familles à avoir ensuite recours au médecin traitant moins spécialisé pour cette prescription, constituant ainsi une limite à la fonctionnalité de cette étape. La reconnaissance d'un rôle de prescripteur des médecins scolaires est essentielle dans les environnements précaires, où les médecins de ville sont peu nombreux et débordés. Là encore, leur participation a été exemplaire, soutenue par les bénéfices observés chez les enfants.

Le lien dans l'étape diagnostic du médecin scolaire et du psychologue du RASED a été le plus souvent efficace dans sa complémentarité. Il n'en reste pas moins qu'il faut déterminer plus précisément la personne ressource de l'école à contacter en premier par les enseignants, lorsqu'un enfant présente des difficultés d'apprentissage. Dans le dispositif, la règle était claire puisque le médecin effectuait systématiquement son examen, puis une synthèse avait lieu avec le psychologue. En dehors des cas où la plainte prédominante est le comportement et non les difficultés d'apprentissage, on conçoit la logique de cette organisation. Le médecin scolaire met en œuvre son examen de première intention et donne les résultats au psychologue scolaire, afin que ce dernier puisse apprécier la nécessité d'un bilan psychologique plus long à effectuer. Mais une réflexion commune des acteurs de la santé et de l'éducation sur la place de chacun dans le diagnostic s'impose afin de donner un modèle, même si ce modèle doit s'adapter aux ressources locales.

Les liens avec les professionnels de ville se sont enrichis, même si le suivi systématique de l'enfant organisé par PSR dans le dispositif a parfois été controversé, dans leur culture et leurs pratiques. Le réseau de ces professionnels s'est étendu et les échanges concernant les enfants sont reconnus comme améliorant leur évolution. La collaboration avec les secteurs institutionnels s'est aussi enrichie, même si les diversités des regards théoriques nécessitent des échanges encore longs pour proposer une action concertée mettant en lumière les différents regards sans forcément les opposer.

PSR dans l'avenir

Certaines propositions d'amélioration sont relativement faciles à mettre en place, car elles découlent de l'organisation interne qui est le but même de cette recherche-action. D'autres dépendent plus clairement des directives de nos institutions et sont donc à travailler avec elles.

Les propositions concernant l'étape préventive pédagogique

1^{re} proposition. Systématiser les évaluations et la réponse préventive pédagogique dans les écoles en incluant tous les enseignants (dont les maîtres E). La réalisation de cette proposition relève évidemment de l'Éducation nationale, à ses différents niveaux, ainsi que de la Réussite éducative. Citons dans le cadre de cette proposition l'action de l'association Agir pour l'école décrite dans ce numéro. Cette systématisation augmenterait le nombre d'enfants bénéficiant de cette phase préventive qui, au vu des premiers résultats, remplit son double rôle. Faire régresser le pourcentage de faibles lecteurs au cours de l'année scolaire (*figures 1 et 2*), mais aussi au fil des ans (*figure 3*). Cette action préventive permet également une réponse plus précoce pour les enfants qui n'en bénéficient pas suffisamment, car ils sont de ce fait reconnus dès la fin de l'année, et peuvent alors accéder à l'étape suivante de diagnostic et si nécessaire de soins.

2^e proposition. Mettre en place en amont, en maternelle, des actions de stimulations langagières répondant aux critères de la littérature (Wake *et al.*, 2012), à l'instar du programme Parler bébé (Zorman *et al.*, 2011). En effet la

faiblesse du vocabulaire retentit, entre autres, sur l'acquisition de la compréhension du langage écrit et l'orthographe lexicale par les enfants de primaire.

3^e proposition. Mettre en place en aval d'autres actions préventives en cycle 3 : entraîner à la fluence de lecture, à l'orthographe lexicale et grammaticale.

Pour ces deux dernières propositions qui font le lien entre la pédagogie et les soins, un partenariat enseignants-orthophonistes, travaillant en petit groupe ou en individuel, aurait deux intérêts. Le premier serait de faciliter l'aide à l'école, simple en termes d'organisation pratique pour les familles, touchant plus d'enfants, donc forcément à moindre coût économique. Le second intérêt serait d'améliorer les effets des actions, en associant les talents pédagogiques et de gestion du groupe des enseignants, aux connaissances des orthophonistes sur les aspects cognitifs de chaque enfant.

4^e proposition. Sur le même modèle, étendre le dépistage et la prise en charge aux difficultés en calcul ; en particulier sur l'acquisition du nombre. C'est avec les propositions précédentes, une des réticences soulevées par les enseignants ayant participé au dispositif. Les troubles du calcul existent chez environ 30 % des enfants souffrant de troubles du langage écrit, constituant une double peine préoccupante (Fayol *et al.*, 2009). Si l'action sur le langage écrit a été la cible choisie parce que toutes les conditions étaient rassemblées : principes théoriques reconnus dans toutes les langues alphabétiques, publications nombreuses prouvant leurs effets, outils existants, l'extension aux autres troubles s'impose.

Les propositions concernant les soins

La première nécessité est de fixer les critères définissant le passage d'une étape à l'autre. Il s'agit de définir le minimum nécessaire pour une prescription éclairée des soins de première intention, les indications des soins selon les âges clés et le trouble considéré, comme les recommandations sur les indications de l'orthophonie dans les troubles spécifiques du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans les avaient clairement définis (2001). Il s'agit aussi de définir le rythme et le contenu du suivi de l'enfant afin de détecter tôt les enfants avec troubles complexes ou n'évoluant pas suffisamment qui nécessitent un bilan plus spécialisé, voir hyperspécialisé en CRTA. Ce sera le but de l'analyse finale de l'été 2014.

Il s'agit de façon plus générale, de renforcer les liens entre chaque niveau afin d'améliorer la fluidité du parcours des familles. Un document décrivant le parcours de soins et les ressources de différents niveaux pourrait être créé et mis à la disposition des familles et des professionnels dans chaque territoire.

La 2^e proposition est de créer une unité de soins mobile pour les enfants présentant un trouble spécifique qui ne peuvent pas accéder à des soins extérieurs suffisants pour diverses raisons (accompagnement, coût, délais). Cette solution permettra de proposer les soins adaptés aux enfants le nécessitant qui ne peuvent y accéder pour diverses raisons (coût, disponibilité des professionnels et problèmes d'accompagnement). Cette solution devra être, autant que faire se peut, transitoire, avant de réorienter la famille vers les soins de ville, ou institutionnels ou les structures de SESSAD en fonction du profil et de la sévé-

rité. Cette prise en charge temporaire permettrait de travailler avec la famille la nécessité des soins et les problèmes pratiques de mise en œuvre. Cette prise en charge pourrait être de plus longue durée pour les enfants n'ayant pas évolué avec l'étape de soins de ville, nécessitant une prise en charge plus spécialisée, et qui ne peuvent accéder au SESSAD ou n'ont pas besoin de prise en charge pluridisciplinaire. Là encore, la fluidité entre les différents niveaux et les différentes possibilités de niveau 2 doit être assortie d'un respect du rôle de chacun.

3^e proposition : étendre le dispositif PSR à d'autres territoires défavorisés, en adaptant le modèle aux particularités de chacun de ces territoires. C'est évidemment l'objectif d'avenir, une fois que l'analyse finale aura évalué avec précision les résultats de chacune des phases.

EN CONCLUSION

Le projet PSR couplé au projet PTAL remplit ses fonctions. La réponse pédagogique en CP, lorsqu'elle est effectuée, fait diminuer le nombre des faibles lecteurs en CE1. L'examen standardisé des médecins scolaires permet de prescrire les évaluations complémentaires et les soins adaptés pour les enfants insuffisamment améliorés par l'étape préventive pédagogique dont le profil des troubles montre leur caractère spécifique. Le lien avec les professionnels de ville et institutionnels permet la mise en place de ces soins pour la majorité des enfants les nécessitant. L'étape experte permet les évaluations nécessaires aux cas plus complexes ou sévères pour réorienter les soins et aider aux orientations ou saisine de MDPH lorsque la situation de handicap l'impose. Globalement, le projet permet de faire reculer la fréquence des troubles de la lecture, d'améliorer l'accès aux soins et pallie les difficultés d'évaluation en centre référent, même s'il reste encore à améliorer chacune des étapes, le lien avec les parents et les structures d'aide aux devoirs.

RÉFÉRENCES

- BILLARD, C., FLUSS, J., DUCOT, B., BRICOUT, L., RICHARD, G. *et al.*, (2009). Troubles d'acquisition de la lecture en cours élémentaire : facteurs cognitifs, sociaux et comportementaux dans un échantillon de 1 062 enfants. *Rev. Épidémiol. de Santé publique*, 57, 191-203.
- BILLARD, C., BRICOUT, L., DUCOT, B., RICHARD, G., ZIEGLER, J., FLUSS, J. (2010). Évolution de la lecture, compréhension et orthographe en milieu défavorisé : implication des facteurs cognitifs et comportementaux sur le devenir à 3 ans. *Rev. Épidémiol. de Santé publique* 58, 101-110.
- BOUYASSE, V., PÉTREAU, G. (2012). *Évaluation de la mise en œuvre, du fonctionnement et des résultats des dispositifs « Parler » et « R.O.L.L. »*. Rapport de l'Inspection générale 2012-129. www.cache.media.education.gouv.fr
- COSTE-ZEÏTOUN, D., PINTON, F., BARONDIOT, C., DUCOT, B., WARSZAWSKI, J., BILLARD, C. (2005). Évaluation ouverte de l'efficacité de la prise en charge en milieu spécialisé de 31 enfants avec un trouble spécifique sévère du langage oral/écrit. *Revue Neurol.*, 161, 299-310.
- Enquête PISA (2009). Synthèse des résultats www.oecd.org/pisa/46624382.pdf - *Programme for International Student Assessment*.
- Expertise collective (2007). *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques*. Paris : éditions INSERM.
- FAYOL, M., FLUSS, J., SACHET J., SICLIER, J., MIRASSOU, A., BILLARD, C. (2009). Associations et dissociations en lecture et mathé-

matiques. *ANAE, Approche neuropsychologique des apprentissages de l'enfant*, 21, 145-151.

FAYOL, M. (2013). *L'Apprentissage de l'écrit*. Paris : PUF, « Que sais-je ? ».

FLUSS, J., ZIEGLER, J., ECALLE, J., MAGNAN, A., DUCOT, B., WARSZAWSKI, J., BILLARD, C. (2008). Prévalence des troubles d'apprentissage du langage écrit en début de scolarité : l'impact du milieu socioéconomique au travers de trois zones d'éducatons distinctes. *Arch. Pediatr.*, 15, 1049-57.

Haut Conseil de l'Éducation, rapport 2012. www.education.gouv.fr

KEDNOROG, K., ALTARELLI, I., MONZALVO, K., FLUSS, J., DUBOIS, J., BILLARD, C., DEHAENE-LAMBERTZ, G., RAMUS, F., (2012). The Influence of Socioeconomic Status on Children's Brain Structure, *PLos One*, August 3, 2012.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (2001). *L'Orthophonie dans les troubles spécifiques du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans*. www.has-sante.fr

Résultats du PISA 2009. *Organisation for Economic Co-opretation and Development*. www.oecd.org

SNOWLING, M.J., HULME, C. (2011). Evidence-based interventions for reading and language difficulties: Creating a virtuous circle. *British Journal of Educational Psychology*, 81, 1-81.

SUCHAUT, B. (2002). La Lecture au CP : les déterminants de la réussite. *Cahier de l'IREDU*, www.hal.archives-ouvertes.fr

TOULLEC-THÉRY, M., MARLOT, C. (2013). Les Déterminations du phénomène de différenciation didactique passive dans les pratiques d'aide ordinaire à l'école primaire. *Revue française de pédagogie*, 1, 41-54.

TORGESEN, JK. (2002). The prevention of reading difficulties. *J School psychol*, 40, 7-26.

TORGESEN, JK. (2006). Recent Discoveries from Research on Remedial Interventions for Children with Dyslexia. In M. Snowling and C. Hulme (Eds). *The Science of Reading : A Handbook*. Oxford: Blackwelle Publishers.

VALLÉE, L., DELLATOLAS, G. (2005). *Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*. www.sante.gouv.fr

VEBER, F., RINGARD, J.-C. (2001). *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*. www.sante.gouv.fr

VELLUTINO, FR., FLETCHER, JM., SNOWLING, MJ., SCANLON, DM. (2004). Specific reading disability (Dyslexia): what we have learned in the past four decades? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 2-40.

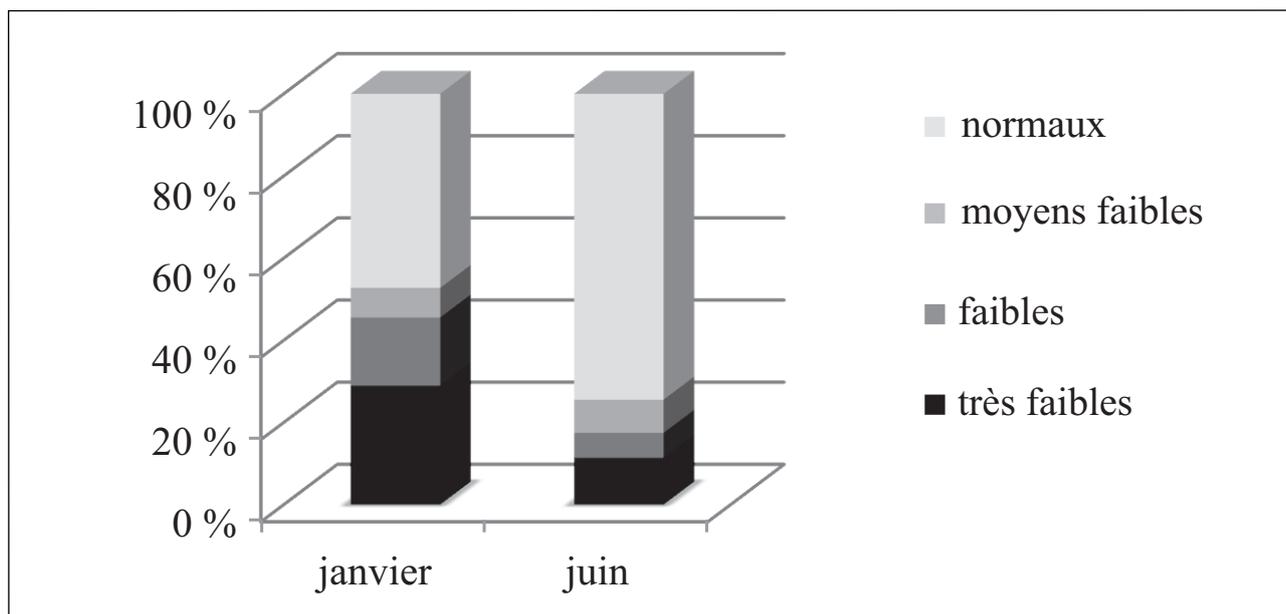
WAKE, M., LEVICKIS, P., TOBIN, S. and col. (2012). Improving outcomes of preschool language delay in the community: protocol for the language for learning randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*; 12: 96 doi: 10.1186/1471-2431-12-96.

WILLIG, T.N., BILLARD, C., BLANC, J.P., LANGUE, J., TOUZIN, M. (2013). Un nouvel outil d'évaluation des fonctions cognitives et des apprentissages pour le pédiatre : l'EDA. *Le Pédiatre*. 257, 17-20.

ZORMAN, M., BRESSOUX, P. (2008). *Parler, apprendre, réfléchir, lire ensemble pour réussir*. www.programme.parler.fr

ZORMAN, M., DUyme, M., KERN, S., LE NORMAND, M-T., LEQUETTE, C., POUGET, G. (2011). Parler bambin, un programme de prévention du développement précoce du langage. *ANAE Approche neuropsychologique des apprentissages de l'enfant*, 112-113, 238-45.

Figure 1. Évolution de la cohorte des 421 enfants de CP en 2012-13, en comparant leur niveau de lecture au test de l'EDA³ entre janvier 2012 et début juin 2013.



³ Batterie d'évaluation des fonctions cognitives et des apprentissages, C. Billard, M. Touzin. (2012) Ortho Édition : Isbergues.

Figure 2. Évolution de la cohorte des 464 enfants de CE1 en 2012-13, en comparant leur niveau de lecture au test du Timé 2⁴ entre octobre 2012 et début juin 2013.

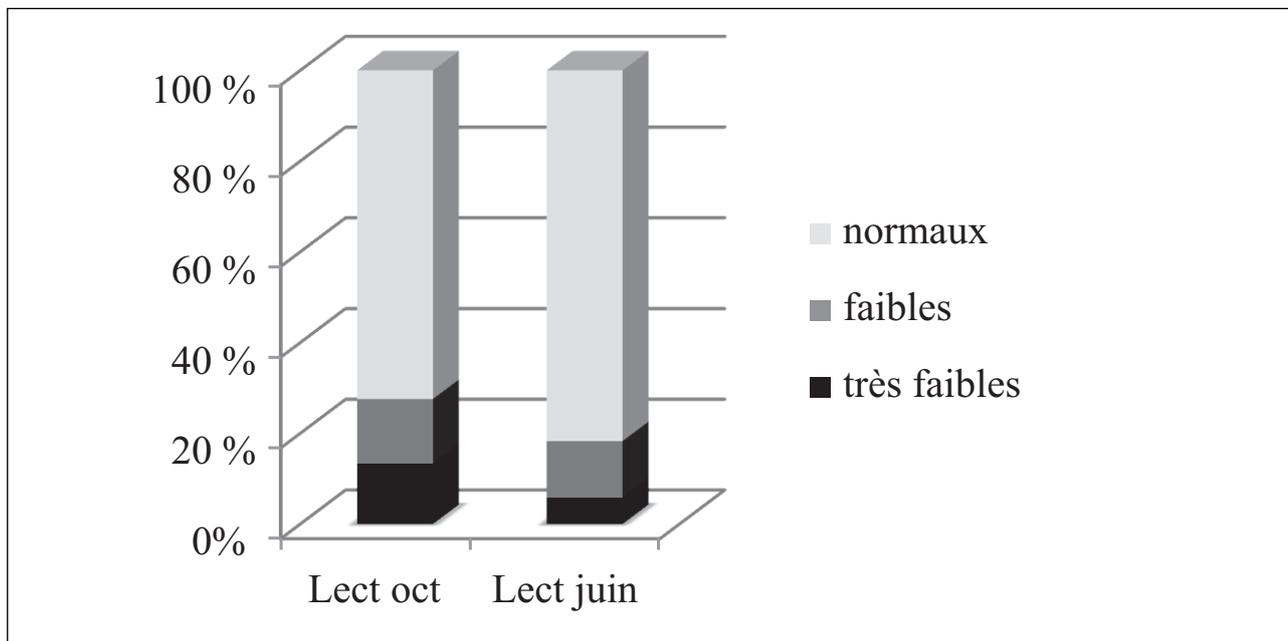
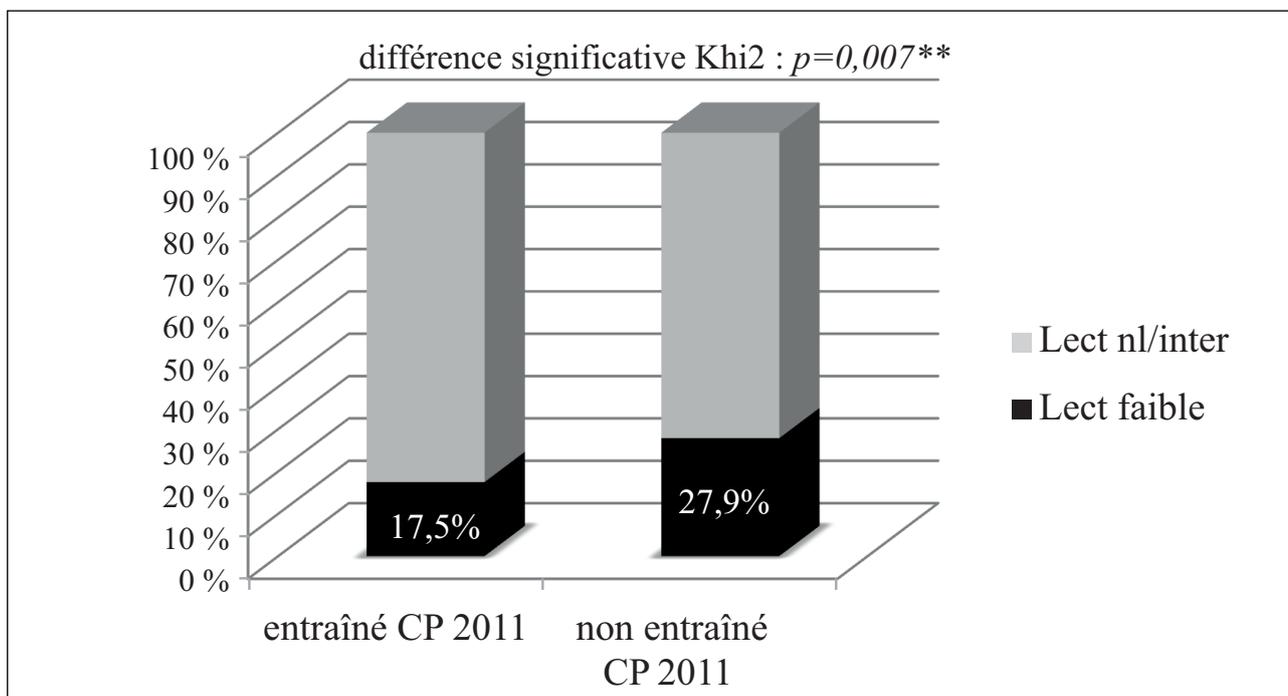


Figure 3. Pourcentage de faibles lecteurs en octobre 2012 selon que les enfants ont bénéficié des entraînements l'année précédente en CP ou non : faibles (scores au Timé 2² < ou = 17 soit - 1 écart-type) ou moyens ou intermédiaires (scores > 17 soit + 1 écart-type).



⁴ Test d'identification de mots écrits de 6 à 8 ans. J. Ecalle (2004). ECPA : Montreuil.