



HAL
open science

Orientation des élèves en ULIS école et processus de médicalisation des difficultés d'apprentissage : de l'échec scolaire au handicap

Valérie Laloum

► To cite this version:

Valérie Laloum. Orientation des élèves en ULIS école et processus de médicalisation des difficultés d'apprentissage : de l'échec scolaire au handicap. Education. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2017. Français. NNT : 2017TOU20062 . tel-02102890

HAL Id: tel-02102890

<https://theses.hal.science/tel-02102890v1>

Submitted on 17 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par :

Université Toulouse - Jean Jaurès

Présentée et soutenue par :

Valérie LALOUM

le mercredi 20 septembre 2017

Titre :

ORIENTATION DES ÉLÈVES EN ULIS ÉCOLE ET PROCESSUS DE MÉDICALISATION
DES DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE : DE L'ÉCHEC SCOLAIRE AU HANDICAP

École doctorale et discipline ou spécialité :

ED CLESCO : Psychologie

Unité de recherche :

Laboratoire de Psychologie de la Socialisation - Développement et Travail (LPS-DT) - EA 1697

Directeur/trice(s) de Thèse :

Myriam de LÉONARDIS, Pr de Psychologie, Université Toulouse - Jean Jaurès

Jury :

Rapporteurs

Martine JANNER-RAIMONDI, Pr de Sciences de l'Éducation, Université Paris 13

Benoît SCHNEIDER, Pr de Psychologie, Université de Lorraine

« La lucidité est la blessure la plus rapprochée du soleil. »
René Char

REMERCIEMENTS

Ces années doctorales se sont inscrites dès les premiers instants sous le signe de la dualité, de l'alliance improbable de la pratique et de la recherche. Praticienne devenue chercheuse ou chercheuse devenue praticienne, éternelle question originelle, je me suis efforcée d'écouter de près, de très près pour dévoiler le mythe...

Je suis très reconnaissante à Myriam de Léonardis qui m'a ouvert le chemin de la recherche et m'a laissé comprendre que c'était possible. Je la remercie d'avoir dirigé cette thèse, de m'avoir accompagnée avec respect et sérénité et de m'avoir toujours exprimé sa confiance.

Je remercie également Benoît Schneider, Martine Janner-Raimondi et Florence Savournin d'avoir accepté d'être les membres de ce jury de thèse.

Je dois beaucoup à mes collègues psychologues scolaires qui m'ont donné accès aux dossiers des élèves et sans lesquels je n'aurais pu entreprendre ce travail. Merci à Isabelle qui m'a ouvert les portes de la MDPH, aux enseignants de mon secteur pour nos échanges riches et nombreux. Comment ne pas évoquer les enfants que je rencontre au quotidien qui m'enseignent et m'enchangent régulièrement et avec lesquels je partage des moments de complicité et de rires parfois, au détour d'un chemin ?

Merci à Martine rencontrée in extremis lors d'une mission secrète, nom de code : PowerPoint. Merci à Karine, agent secret de la langue de Shakespeare.

Un merci tout particulier à mon amie Gisèle qui m'a sans doute été une sœur en d'autres temps et en d'autres lieux. Je la remercie pour ses précieuses relectures, son soutien constant et indéfectible tout au long de ces années de recherche et pour le pilotage informatique qui m'a évité bien des accidents.

J'exprime également ma profonde gratitude à Lili San, mon maître à penser Yoda qui, depuis son canapé, ouvre des espaces interstellaires vertigineux et m'a montré la voie. Je remercie Catherine, mon amie, parce que c'était elle, parce que c'était moi...

Merci à ma Couséka pour son magistral coup de balai dans mon ordinateur s'achevant en apothéose sur « thèse en cours » !

Viennent à présent mes parents, mon père, ma mère sans lesquels rien n'eût été possible et à qui je dois tant. Merci pour votre amour, votre présence, votre aide au quotidien. Vous êtes le fil, le précieux fil.

Reste le clan. Deux garçons, deux filles. Qui se sont multipliés comme les étoiles du ciel. Deux étoiles supplémentaires ont vu le jour, Samynourson et Simonamour qui m'initient à l'art d'être grand-mère.

Merci à toi David qui m'a ouvert la voie du doctorat. J'ai toujours été un peu lente au sprint mais j'arrive ! Et à toi aussi Laura, mon eau vive, ma solaire, grand chef guerrier du clan. Merci à toi Elie, mon ténébreux, mon énigme, tu n'imagines pas combien ton Ctrl + F m'a sauvé la mise... Et à ma douce Judith, ma benjamine, que les trois grands jalouissent féroceement... Ne pas oublier bien-sûr, sous peine d'acte manqué, les nouveaux membres du clan, admis après mûre réflexion. Je vous remercie Jojo et Audrey pour la mise en œuvre de tableaux, camemberts, histogrammes et autres réjouissances !

Enfin, Patrick, je te suis très reconnaissante d'avoir fait de moi une mathématicienne hors pair, capable désormais de résoudre l'équation savante $1+1=1...$

RÉSUMÉ

La loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a provoqué une profonde mutation du système éducatif et entraîné un nouveau partage entre le monde médico-social et l'Éducation nationale avec la mise en place d'un travail de partenariat. Un changement paradigmatique majeur s'est opéré avec l'émergence du concept d'inclusion. L'école devenue « inclusive » s'efforce désormais de répondre aux besoins éducatifs particuliers de chaque élève en adaptant la norme scolaire. Les dispositifs collectifs d'inclusion sont des leviers privilégiés de la scolarisation d'élèves en situation de handicap qu'ils accompagnent suite à une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

L'objectif central de cette thèse consiste à interroger, plus de 10 ans après la loi « handicap » du 11 février 2005, les processus à l'œuvre lors de l'orientation d'élèves vers des ULIS école. Ce questionnement trouve son origine dans une pratique professionnelle. Psychologue de l'Éducation nationale depuis septembre 2012, l'une de mes missions porte en effet sur le dépistage et l'orientation d'un certain nombre d'élèves vers l'enseignement spécialisé. Ce travail de recherche a ainsi été mené sur notre terrain d'activité professionnelle qui est devenu tout à la fois notre champ de pratique et notre champ de recherche.

Afin de comprendre qui sont les élèves orientés vers ces dispositifs spécialisés, nous avons établi le profil des ULIS école du Tarn et Garonne au regard du degré de déficience intellectuelle de 156 élèves qui y étaient scolarisés en 2014/2015. Nous nous sommes appuyée sur leur bilan psychométrique, pièce nécessaire à l'examen du dossier lors de l'orientation prononcée par la MDPH. Nous avons ensuite mené des investigations qualitatives à travers 7 études de cas qui nous ont permis d'examiner les processus d'orientation à l'œuvre sous un angle systémique.

Nos résultats indiquent qu'un certain nombre d'élèves sont orientés en ULIS école sans pour autant présenter de handicap avéré. Ils sont, pour la plupart, issus d'un environnement marqué par une précarité sociale assorti d'une problématique familiale entraînant une fragilité psychologique. Ces orientations qui inscrivent l'enfant sur le registre du handicap se font sous couvert d'un étiquetage médico-psychologique, les difficultés scolaires de l'enfant étant assimilées à de la déficience légère. Elles sont rendues possibles par un élargissement de la catégorie du handicap, par des critères d'orientation de plus en plus larges et flous et par l'accroissement actuel des réponses médico-psychologiques face à l'échec scolaire. Il semblerait que les dispositifs ULIS continuent à assurer une fonction de régulation sociale (voire de relégation), le recours à l'enseignement spécialisé restant socialement différencié. Dans le contexte actuel de médicalisation et de pathologisation des difficultés scolaires, sont orientés en ULIS école des élèves qui mettent le système ordinaire en difficulté et pour lesquels, il ne semble avoir d'autre réponse que l'inscription dans le champ du handicap.

Mots clés : handicap, inégalités sociales, inclusion, médicalisation, orientation

SUMMARY

The 11th of February 2005 law « for disabled persons rights and opportunities equality, participation and civic rights » brought about a deep educational system change and provoked a new sharing between the medico-social system and the Éducation Nationale with the positioning of a partnership. A main changing paradigm has occurred with the inclusion concept emergence. Schooling today inclusive is trying to answer pupils' special educational needs by adjusting school standards. Group inclusion systems are privileged levers to help disabled pupils at school following the Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) notifications.

This thesis main goal, more than ten years after the 11th of February 2005 law for the disabled persons, consists in examining the process at work when pupils are guided towards a primary school ULIS (Unité Locale d'Inclusion Scolaire). This issue has occurred through a professional experience. Since I have been a psychologist working for the Éducation Nationale in September 2012, one of my tasks has indeed focused on detecting and counselling a certain number of pupils towards special needs education. This research has then been based on our professional ground which has become both our professional and our research footings.

In order to understand who these pupils guided towards special needs systems are, we have considered the Tarn et Garonne primary school ULIS profiles in relation to 156 pupils, who were registered in a school between 2014 and 2015, intellectual disability stages. We have relied on their psychometric tests, a document necessary for the MDPH file when an educational counselling is notified. Then, we have investigated in a qualitative manner through seven caseworks enabling us to study educational counselling process through a systemic vision.

Our research results have shown that a certain number of pupils received educational counselling towards primary school ULIS without any proven disability. They have, mostly, originated from environments with social and family instabilities leading to psychological difficulties. These notifications labelling children as disabled have been done on a medico-psychological basis, the children's schooling difficulties labelled as mild disability. Those have occurred because of a widening of the disability category, wider and vaguer educational counselling criterions and today's increasing medico-psychological solutions to school underperforming. ULIS systems would seem to carry on ensuring a social regulating function (even relegation), the recourse to special needs education being socially differentiated. Today's context of medicalizing and pathologizing school underperformance is leading to guide towards primary school ULIS pupils, putting the common system in a difficult position, and, for whom there seems to be no other solution than labelling them as disabled.

Key words : disability, social inequalities, inclusion, medicalisation, educational counselling

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS .....	.....
RÉSUMÉ.....	.....
SUMMARY .....	.....
INTRODUCTION	1
REVUE DE LA QUESTION ET ANALYSE CRITIQUE DES MODELES	8
CHAPITRE 1 : UNE EVOLUTION DE LA CONCEPTION DU HANDICAP DANS L'ENSEIGNEMENT SPECIALISE : DES CLASSES DE PERFECTIONNEMENT A LA SCOLARISATION DES ELEVES A BESOINS EDUCATIFS PARTICULIERS.....	9
1.1 La promulgation des lois scolaires de Jules Ferry.....	9
1.2 La loi du 15 avril 1909, une loi écran ?.....	10
1.3 Les classes de perfectionnement.....	14
1.3.1 Un public hétérogène	14
1.3.2 Évolution des classes de perfectionnement : des critères d'orientation équivoques.....	15
1.4 Les origines de la psychologie scolaire française	18
1.5 La fin d'une politique d'exclusion : de l'intégration vers l'inclusion.....	20
1.5.1 Adaptation et Intégration scolaire (AIS).....	20
1.5.1.1 L'enfance inadaptée.....	20
1.5.1.2 La loi de 1975.....	21
1.5.1.3 La loi d'orientation du 10 juillet 1989.....	21
1.5.2 Adaptation scolaire et Scolarisation des élèves handicapés (ASH) : vers une éducation inclusive.....	23
1.5.2.1 La loi du 11 février 2005.....	23
1.5.2.2 Les grands principes de la loi 2005.....	24
1.6 De l'intégration à l'inclusion : un changement de paradigme.....	25
1.6.1 Une nouvelle conception du handicap à l'origine d'un changement de paradigme.....	25
1.6.2 L'accessibilité pédagogique.....	28
1.6.3 Des élèves à besoins éducatifs particuliers.....	30
SYNTHESE.....	32
CHAPITRE 2 : L'ORIENTATION VERS LES CLIS DE TYPE 1 PUIS VERS LES ULIS ECOLE : MODALITES ET ENJEUX	34
2.1 L'orientation des élèves relevant d'une CLIS de type 1.....	34
2.1.1 La création des Classes d'Intégration Scolaire (CLIS).....	34
2.1.2 L'orientation vers les CLIS 1 : sur quels critères ?.....	36
2.1.3 L'orientation en CLIS : données chiffrées.....	38
2.1.4 Les CLIS : un rôle de « soupape » ?.....	39
2.2 L'orientation des élèves relevant d'une ULIS école de type CLIS 1	41
2.2.1 Critères d'orientation vers un dispositif ULIS école	41
2.2.2 Les procédures d'orientation	43
2.3 L'évaluation de l'intelligence et ses outils	44

2.3.1 La naissance des tests d'intelligence.....	44
2.3.2 Les tests psychométriques : reflet d'une approche théorique de l'intelligence.....	45
2.3.3 Les contestations de la mesure de l'intelligence.....	48
2.3.4 Tests psychométriques et retard mental.....	50
2.3.5 L'école produit-elle de la déficience ?.....	53
SYNTHESE.....	54
CHAPITRE 3 : LA MEDICALISATION DE L'ECHEC SCOLAIRE.....	56
3.1 D'« une médicalisation controversée (1960-1980) » à « une médicalisation décomplexée (depuis 1990) » (Morel, 2014). Vers une nouvelle approche du handicap.....	57
3.1.1 « Une médicalisation controversée 1960-1980 ».....	57
3.1.1.1 Une interprétation sociale de l'échec scolaire.....	57
3.1.1.2 Des réponses médico-psychologiques.....	59
3.1.2 « Une médicalisation décomplexée ».....	60
3.1.2.1 Savoirs fondamentaux et médicalisation de l'échec scolaire.....	61
3.1.2.2 Traitement individualisé de l'échec scolaire et médicalisation.....	63
3.1.3 Les effets des lois handicap.....	66
3.1.3.1 Un afflux massif d'élèves en grande difficulté.....	66
3.1.3.2 Une tendance à la pathologisation des difficultés d'apprentissage.....	67
3.1.3.3 Vers une nouvelle logique ?.....	69
3.2 Psychanalyse et neurosciences cognitives : deux approches concurrentes.....	71
3.2.1 Des démarches diamétralement opposées.....	71
3.2.1.1 Des interprétations différentes des difficultés d'apprentissage : symptôme ou trouble, dysfonctionnement ?.....	71
3.2.1.2 Diagnostic et Traitement.....	73
3.2.1.3 La prise en compte des facteurs sociaux ?.....	76
3.2.2 Les structures de soin : entre psychanalyse et neurosciences.....	79
3.2.2.1 CMP, CMPP, CRL et CAMSP.....	79
3.2.2.2 Le psychologue scolaire, un agent de la médicalisation ?.....	81
3.3 Une médicalisation de la difficulté scolaire pour quels effets ?.....	85
3.3.1 Des enseignants dépossédés de leur expertise pédagogique.....	85
3.3.2 Vers de nouvelles formes d'inégalités ?.....	87
3.3.3 Handicap, difficultés scolaires et inégalités sociales.....	89
SYNTHESE.....	91
PROBLEMATIQUE.....	94
METHODOLOGIE ET RESULTATS DE LA RECHERCHE.....	100
CHAPITRE 4 : DISPOSITIF DE LA RECHERCHE.....	101
4.1 Le praticien-chercheur.....	101
4.2 Une posture double : différences et ressemblances.....	102
4.3 Fécondités et paradoxes.....	103
4.4 Intériorité, subjectivité, implication : des écueils pour un praticien-chercheur ?.....	104
4.5 Une approche intégrative.....	106
4.6 Recueil de données chiffrées.....	107
4.7 L'étude de cas : un paradigme qualitatif et compréhensif, un modèle d'intelligibilité systémique.....	109

CHAPITRE 5 : LA SCOLARISATION DES ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP EN QUELQUES CHIFFRES..... 112

5.1 Données chiffrées au niveau national.....	112
5.1.1 Évolution du nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire.....	112
5.1.2 Évolution des principaux modes de scolarisation.....	113
5.1.3 Évolution de l'accompagnement à la vie scolaire.....	114
5.1.4 Répartition des élèves en situation de handicap dans le premier degré selon la déficience.....	114
5.2. Données chiffrées dans le Tarn et Garonne.....	116
5.2.1 État des lieux de la scolarisation des enfants en situation de handicap pour les années 2012, 2013 et 2014.....	116
5.2.1.1 Situation démographique départementale en 2014.....	116
5.2.1.2 Dispositifs, établissements et services d'accompagnement médico-sociaux.....	118
5.2.2 Activités de la MDPH 82 pôle enfants sur les années 2012, 2013 et 2014 (rapports d'activités annuels).....	119
5.2.2.1 Évolution des demandes auprès du pôle Enfants :.....	119
5.2.2.2 L'accompagnement par AVS (données ASH 82, 2014).....	120
5.2.2.3 Les orientations vers l'enseignement spécialisé.....	121

CHAPITRE 6 : QUI SONT LES ELEVES SCOLARISES EN ULIS ECOLE DANS LE TARN ET GARONNE ? 123

6.1 Profil des élèves accueillis en ULIS école.....	123
6.1.1 Présentation générale des données recueillies auprès des 17 CLIS du Tarn et Garonne en 2014/2015.....	124
6.1.2 Répartition des élèves non déficients en fonction de leur QI.....	126
6.1.3 Présentation des données recueillies auprès des CLIS de Montauban en 2003/2004, 2009/2010, 2015/2016.....	128
6.1.4 Comparatif du profil cognitif d'élèves de CLIS et d'élèves orientés en SEGPA.....	131
6.2 Orientation des élèves en ULIS école : facteurs explicatifs.....	133
6.2.1 Examen des dossiers.....	133
6.2.2 Résultats pour l'ensemble des 72 élèves.....	135
6.2.3 Résultats pour les 17 élèves non déficients.....	137

CHAPITRE 7 : ETUDES DE CAS..... 140

7.1 Élèves présentant une problématique comportementale majeure.....	141
7.1.1 Hector.....	141
7.1.1.1 Anamnèse.....	141
7.1.1.2 Orientation.....	142
7.1.1.2.1 Bilan.....	142
7.1.1.2.2 Saisine de la MDPH.....	143
7.1.1.3 Scolarisation en CLIS.....	144
7.1.2 Noa.....	146
7.1.2.1 Anamnèse.....	146
7.1.2.2 Orientation.....	147
7.1.2.2.1 Bilan.....	147
7.1.2.2.2 Saisine de la MDPH.....	148
7.1.2.3 Scolarisation en CLIS.....	149
7.1.3 Mathilde.....	150
7.1.3.1 Anamnèse.....	150
7.1.3.2 Orientation.....	152
7.1.4 Synthèse.....	154

7.2 Élèves ne présentant pas de problématique comportementale majeure	157
7.2.1 Imène.....	157
7.2.1.1 Anamnèse.....	157
7.2.1.2 Orientation.....	158
7.2.1.2.1 Bilan	158
7.2.1.2.2 Saisine de la MDPH	159
7.2.1.3 Scolarisation en ULIS école	160
7.2.2 Jonas.....	160
7.2.2.1 Anamnèse.....	160
7.2.2.2 Orientation.....	161
7.2.2.2.1 Bilan	161
7.2.2.2.2 Saisine de la MDPH	162
7.2.2.3 Scolarisation en ULIS école	163
7.2.3 Baptiste	163
7.2.3.1 Anamnèse.....	163
7.2.3.2 Orientation.....	164
7.2.3.2.1 Bilan	164
7.2.3.2.2 Saisine de la MDPH	165
7.2.3.3 Scolarisation en ULIS école	166
7.2.4 Alicia	166
7.2.4.1 Anamnèse.....	166
7.2.4.2 Orientation.....	168
7.2.4.2.1 Bilan	168
7.2.5 Synthèse.....	169
DISCUSSION.....	172
Les résultats chiffrés : des élèves orientés en ULIS école pour quel profil ?.....	172
Études de cas : processus d'orientation	174
Essai de modélisation : approche systémique de la politique d'inclusion	181
CONCLUSION	190
BIBLIOGRAPHIE.....	195
SITOGRAFIE	202
ANNEXE 1 : Catégories sociales utilisées par le Ministère de l'Éducation nationale	204
ANNEXE 2 : SIGLES.....	205

INTRODUCTION

Ce travail de recherche s'inscrit dès l'origine dans une pratique professionnelle. J'ai été enseignante à l'école primaire, maîtresse comme le disent si joliment les enfants, puis rééducatrice de l'Éducation nationale au sein d'un RASED. Confrontée à des élèves en grande difficulté scolaire pour qui, de toute évidence, l'aide à proposer n'était pas uniquement pédagogique, j'ai souhaité élargir et approfondir mes connaissances concernant le développement psychologique des enfants et j'ai repris en parallèle des études universitaires qui m'ont conduite jusqu'en Master 2 professionnel de psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent. J'ai poursuivi ce parcours universitaire en m'inscrivant en doctorat de psychologie à l'université Toulouse Jean Jaurès en septembre 2012. Au même moment, je débutais dans la fonction de psychologue scolaire.

Dans le cadre de mes deux mémoires de Master 1 et 2, j'ai mené une réflexion autour de la question du rapport au savoir. Mon premier mémoire traitait de l'aide rééducative à l'école auprès d'élèves en difficulté. Le second interrogeait la notion de rapport au savoir en la situant dans une double approche sociologique et psychologique et posait la question du sujet dans son rapport à la connaissance, à l'autre et à lui-même, et plus largement dans son rapport au monde. Mon sujet de thèse s'inscrit dans le prolongement de cette réflexion ainsi que dans ma pratique de terrain en tant que psychologue scolaire.

Dès le départ, les imbrications entre mon expérience personnelle, professionnelle, ma pratique de terrain et mon travail, ma réflexion universitaire ont été étroits, profonds. Mes questionnements de recherche étaient liés à ma pratique, à mon environnement professionnel, ma pratique se nourrissait de mes découvertes conceptuelles, de cadres théoriques nouveaux pour moi et venait à son tour enrichir ma compréhension de ces modèles théoriques. Il ne s'agit pas ici de parler de soi mais plutôt « à partir de soi, pour que la démonstration ait du sens quoi qu'il arrive » comme l'écrit si justement Soliveres (2001, p. 52). Ma position de recherche s'est ainsi élaborée dans un entre-deux, dans un mouvement de va et vient entre une logique de terrain et une logique de recherche. Mon entrée dans la recherche a été concomitante avec l'obtention de mon premier poste de psychologue scolaire, dès le début ma pratique s'est inscrite sous l'angle de la recherche. En effet, outre mon besoin de

connaissances à approfondir, à actualiser, j'étais dans un questionnement incessant concernant ma pratique professionnelle au sein d'un système éducatif où la part du médical se faisait de plus en plus prégnante. J'éprouvais le besoin de comprendre. Par ailleurs, en tant que psychologue scolaire, j'occupais un rôle déterminant dans l'orientation d'élèves en grande difficulté vers l'enseignement spécialisé. Certains élèves n'étant pas en mesure de poursuivre leurs apprentissages à « l'école ordinaire », il faut en effet penser pour eux une orientation vers l'enseignement adapté, Enseignement Général et Professionnel Adapté (EGPA) ou vers l'enseignement spécialisé, Unité localisée d'Inclusion Scolaire (ULIS école, ULIS collège, ULIS lycée), Institut Médico-Éducatif (IME), Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP). Le bilan cognitif est un élément décisif du dossier de l'élève dans la mesure où il participe de son orientation. Un enfant dont le test d'efficacité intellectuelle, le WISC 4 le plus souvent, indique un retard mental sera dirigé vers un dispositif ou une structure relevant du champ du handicap, ULIS école, ULIS collège, IME, en fonction de son âge, du degré de sa déficience et de ses capacités adaptatives. La responsabilité du psychologue est alors engagée. Certes, il n'est pas décisionnaire, l'orientation est prononcée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) et la famille est associée à cette orientation, aucune admission ne pouvant se faire sans son accord. Toutefois, l'avis du psychologue compte, le bilan écrit qu'il dépose dans le dossier de l'enfant et qui contient des éléments concernant son efficacité intellectuelle est un élément déterminant lors de la prise de décision. Lourde responsabilité dans laquelle ce travail de recherche trouve son origine.

A de nombreuses reprises, j'ai réalisé des bilans auprès d'élèves pour lesquels l'équipe enseignante s'interrogeait sur la nécessité d'une orientation. En effet, après un maintien en grande section de maternelle, au cours préparatoire ou encore au cours élémentaire première année, l'apprentissage de la lecture, l'entrée dans la numération ne se mettaient pas en place. L'enseignant spécialisé à dominante pédagogique (ou maître E) qui s'adresse à des élèves manifestant des difficultés avérées à comprendre et à apprendre, n'avait pu être sollicité, le réseau d'aide dans lequel je travaille se réduisant à la rééducatrice et à la psychologue scolaire.¹ Cependant un projet personnalisé de réussite éducative et des décloisonnements avec une autre classe avaient été proposés à ces élèves en difficulté. L'enseignant de la classe

¹ La plupart des réseaux d'aides sont aujourd'hui incomplets, parfois inexistants. Dans le cadre du schéma d'emploi 2011-2013 et dans une logique d'optimisation des moyens et d'amélioration de la performance, des milliers de postes RASED ont été supprimés au niveau national avec des répercussions sur le département du Tarn et Garonne dans lequel j'exerce.

avait tenté de s'inscrire dans une logique de pédagogie différenciée. Les différentes aides mises en place étaient demeurées inopérantes. Le psychologue scolaire est souvent interpellé à ce moment précis où toutes les aides possibles semblent avoir été épuisées, où le système scolaire ordinaire est mis en échec par ces élèves hors norme, résistants aux apprentissages. La question se pose alors d'une orientation vers un enseignement spécialisé dans lequel ces enfants recevront une éducation plus adaptée correspondant davantage à leurs besoins spécifiques. Suite à la loi handicap du 11 février 2005, une orientation vers l'enseignement spécialisé doit être notifiée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Un élève orienté en ULIS école, nouvelle appellation des Classes d'Inclusion Scolaire (CLIS) depuis août 2015, en ULIS collège, en IME ou en ITEP relève clairement du champ du handicap.

L'objet de ce travail de recherche porte sur l'orientation d'élèves en CLIS 1, aujourd'hui ULIS école, classes destinées aux élèves dont la situation de handicap procède de troubles des fonctions cognitives ou mentales et qui sont de loin les plus nombreuses (94% des classes selon le rapport n° 2011-104 - septembre 2011 de l'Inspection Générale de l'Éducation nationale). Cette orientation renvoie à la nécessaire réalisation d'un bilan d'efficience intellectuelle par le psychologue scolaire. Ce bilan a pour objet de déterminer si l'enfant se situe dans un trouble cognitif global (déficit intellectuel) et souffre donc ou non d'un handicap avéré. L'orientation vers une ULIS école doit désormais répondre à l'un des sept critères énumérés dans la Circulaire n° 2015-129 du 21-8-2015 : Troubles des Fonctions Cognitives ou mentales (TFC), Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages (TSLA), Troubles Envahissants du Développement (dont l'autisme) (TED), Troubles des Fonctions Motrices (TFM), Troubles de la Fonction Auditive (TFA), Troubles de la Fonction Visuelle (TFV), Troubles Multiples Associés (pluri-handicap ou maladie invalidante) (TMA).

Dans le cadre de cette thèse, nous retiendrons uniquement les trois premiers critères qui correspondent à ce jour à l'ancienne population des CLIS 1. Les troubles des fonctions motrices se rattachent aux CLIS 2, les troubles de la fonction auditive aux CLIS 3 et les troubles de la fonction visuelle aux CLIS 4. En effet, notre recherche ayant débuté en 2013, la dénomination plus globale et générale d'ULIS école n'existait pas encore. Les conditions nécessaires à l'orientation vers une ULIS école (de type CLIS 1) sont les suivantes : présence d'un des trois critères, projet d'orientation accompagné d'un projet de soin, compatibilité avec

la vie de groupe (Circulaire n° 2015-129 du 21-8-2015).

En tant que psychologue scolaire, la question se pose à moi en ces termes : l'enfant que je reçois dans mon bureau suite aux difficultés massives rencontrées dans les apprentissages et pour lequel une évaluation psychométrique est réalisée, présente-t-il ou pas un trouble cognitif global ? Relève-t-il ou pas du champ du handicap ? A plusieurs reprises, j'ai ressenti un certain malaise face à la nécessité de répondre à ces questions. J'ai perçu une forme de contradiction entre mon impression clinique de la situation, certes subjective, les résultats d'un bilan aux contours parfois flous et une orientation inéluctable vers l'enseignement spécialisé parce que, *in fine*, le système éducatif ne semblait pouvoir proposer aucune autre alternative. L'orientation vers les ULIS école, se fait sous couvert d'un étiquetage médico-psychologique de retard mental léger ou moyen. Pour autant, tous les élèves orientés vers les ULIS école de type CLIS 1 sont-ils réellement déficients ? Souffrent-ils tous d'un handicap avéré ? Sur quels critères sont-ils réellement orientés en ULIS école ?

Par ailleurs, j'ai pu constater à travers ma pratique sur le terrain que le nombre d'élèves orientés en ULIS école ne cesse d'augmenter régulièrement. Dans le département du Tarn et Garonne, le nombre d'ULIS école est passé de 10 en 2006 à 16 en 2014 et sera de 22 à la rentrée scolaire 2017/2018. Comment expliquer cette augmentation significative du nombre d'ULIS école ?

A ce jour, des enquêtes ont été menées sur l'orientation vers l'enseignement spécialisé d'élèves en grande difficulté scolaire mais aucune recherche ne porte à ma connaissance sur les processus mêmes d'orientation de ces élèves. Les ouvrages écrits sur les CLIS touchent à la scolarisation des élèves en situation de handicap, aux dispositifs et aux pratiques pédagogiques mis en œuvre ou proposent une réflexion autour du concept d'inclusion scolaire, de l'avènement de l'école ou de l'éducation inclusive. De nombreux pays européens affichent aujourd'hui leur volonté de rendre l'école accessible à tous et de scolariser en milieu ordinaire les enfants en situation de handicap ou à besoins éducatifs particuliers. En France, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a provoqué une profonde mutation du système éducatif et entraîné un nouveau partage entre le monde médico-social et l'Éducation nationale avec la mise en place d'un travail de partenariat. L'éducation inclusive, initiée par la conférence de

Salamanque en 1994 sur l'éducation et les besoins éducatifs spéciaux est actuellement l'objet d'une réflexion dans tous les pays du monde (Hinz & Boban, 2009). Plusieurs chantiers de recherche ont été ouverts au cours des dernières décennies et portent pour l'essentiel sur le développement d'un modèle théorique de l'inclusion scolaire et sur les effets des différentes pratiques inclusives (Rousseau, Bergeron & Viennau, 2013). Cette étude doctorale qui s'inscrit dans le champ de la psychologie du développement a pour objectif de participer à la construction des connaissances sur la scolarisation des élèves en situation de handicap et de compléter les travaux peu nombreux portant sur l'orientation vers l'enseignement spécialisé (Mormiche & Boissonnat, 2003 ; Gateaux, 2005, Morisset, 2005, Dubreuil, 2005 Benoit, 2014). La spécificité de notre recherche réside sans doute dans le regard attentif posé sur les procédures d'orientation vers des ULIS école que nous nous sommes efforcée de décrire et de contextualiser afin de mieux les comprendre.

Le fil d'Ariane qui guide cette réflexion de façon transversale est le concept d'orientation. En effet, dès la mise en place de l'instruction obligatoire en 1882, le système éducatif doit faire face au problème suivant : que faire de ces élèves en échec massif qui ne sont pas en mesure de suivre les programmes tels qu'ils sont proposés ? Pour la première fois, la création de classes spéciales est envisagée et pose tout à la fois la question de l'orientation scolaire, des moyens mis en œuvre au service de cette orientation (échelle métrique d'intelligence), de l'intelligence et du handicap mental.

Notre présentation est organisée en deux grandes parties. La première qui renvoie à l'état de la question se divise en trois chapitres et propose un argumentaire théorique. La seconde correspond à la partie empirique. Nous y développons la méthodologie de la recherche avant de présenter, analyser et discuter nos résultats.

Dans la revue de questions, le premier chapitre, à travers une analyse historique et politique du système éducatif, traite de la question de l'orientation d'une population d'élèves en très grande difficulté scolaire vers des structures spéciales de l'institution, de l'avènement du modèle de l'école inclusive ainsi que de l'évolution de la conception du handicap à l'origine d'un changement de paradigme.

Le second chapitre précise les critères d'orientation vers les ULIS école en examinant les modalités et les enjeux qui s'y rattachent. Il questionne également l'utilisation des tests

psychométriques qui constituent un instrument privilégié de la psychologie expérimentale et sont utilisés pour mesurer l'intelligence, déterminer une distance à la norme, lors de la constitution des dossiers d'orientation.

Le troisième chapitre rend compte des modèles sociologiques et psychologiques actuels expliquant ou tentant d'expliquer la difficulté scolaire grave et persistante. Ces différentes approches reposent sur des fondements théoriques et épistémologiques fondamentalement différents et viennent nourrir la controverse. Ce chapitre met également en évidence, en tentant une explication, la montée en puissance du modèle médical en milieu scolaire avec une véritable médicalisation de l'échec scolaire qui conduit à une augmentation du nombre d'élèves en situation de handicap et à une banalisation du signifiant handicap.

La problématique consiste en une synthèse des différents éléments de connaissance repérés lors de notre revue de la question et se termine par la formulation d'une hypothèse de recherche.

Dans la partie empirique, nous définissons notre position de praticien-chercheur, présentons notre démarche de recherche et explicitons les choix méthodologiques mis en œuvre à travers une approche intégrative reposant sur des données numériques quantitatives et des investigations qualitatives (chapitre 4).

La partie résultats (chapitres 5, 6, 7) consiste en un état des lieux quantitatif, à une analyse de données chiffrées concernant la scolarisation des élèves en situation de handicap, au niveau national et départemental (chapitre 5). Notre étude établit dans un deuxième temps le profil des ULIS école du Tarn et Garonne au regard du degré de déficience intellectuelle des élèves qui y sont scolarisés puis s'intéresse aux facteurs à l'origine de ces orientations (chapitre 6). Le chapitre 7 rassemble sept études de cas qui décrivent les processus à l'œuvre lors de l'orientation d'élèves vers des ULIS école. Le dernier chapitre s'inscrit dans le cadre d'une discussion générale qui a pour objectif de proposer une lecture des résultats les plus saillants de notre recherche à la lumière des éléments théoriques présentés dans la revue de la littérature. Il se clôture avec un essai de modélisation s'efforçant d'éclairer l'orientation de certains élèves vers les dispositifs ULIS école dans un cadre et un contexte scolaire plus général.

REVUE DE LA QUESTION ET ANALYSE CRITIQUE DES MODELES

CHAPITRE 1 : UNE EVOLUTION DE LA CONCEPTION DU HANDICAP DANS L'ENSEIGNEMENT SPECIALISE : DES CLASSES DE PERFECTIONNEMENT A LA SCOLARISATION DES ELEVES A BESOINS EDUCATIFS PARTICULIERS

Le secteur de l'Adaptation scolaire et Scolarisation des élèves Handicapés (ASH) est aujourd'hui en charge de l'enseignement spécialisé. Il est important, dans un premier temps, de le resituer dans une histoire, celle de l'enseignement adapté et spécialisé et au-delà, celle du handicap, des représentations qui lui sont associées et des dispositifs mis en œuvre aux vingtième et vingt et unième siècles. L'objet de ce chapitre est de repérer, à travers un bref historique, l'évolution des représentations, de la prise en charge des élèves handicapés et des modalités éducatives en référence à un contexte social, culturel, économique et politique. Il s'agit de mieux comprendre le modèle actuel en soulignant la dynamique à l'œuvre au cours des différentes périodes, dynamique porteuse de la conception du handicap à l'école tel que notre société l'envisage aujourd'hui.

Le regard porté sur le handicap et la personne handicapée a considérablement évolué au fil des siècles. Du « fou » ou de « l'infirme » d'antan, stigmatisé, diabolisé et que la communauté cherche à éliminer, à la personne en situation de handicap que la société tend à intégrer, à inclure dans un système par le biais de plans de compensation, le chemin est long et tortueux. Exclusion, enfermement, ségrégation se sont succédés avant que le vingtième siècle ne les condamne et qu'une politique intégrative se fasse jour. Les enfants « arriérés », « anormaux » sont devenus des enfants inadaptés puis handicapés qu'il a fallu intégrer et enfin inclure. L'Adaptation Intégration Scolaire (AIS) est devenue l'ASH. La loi « Handicap » du 11 février 2005 a profondément modifié la perception de la personne handicapée et bouleversé le système éducatif dans son ensemble. L'évolution des termes utilisés pour désigner les publics concernés, les dispositifs ou les structures, les glissements terminologiques nous semblent particulièrement éclairants dans la mesure où ces appellations diverses sont le reflet d'une certaine conception du handicap, de choix éducatifs, et des processus qui leur sont sous-jacents.

1.1 La promulgation des lois scolaires de Jules Ferry

Traditionnellement, l'émergence de l'enseignement spécialisé est associée à la création des classes et des écoles spéciales de perfectionnement destinées aux « enfants arriérés des deux

sexes » (Loi du 15 avril 1909 relative à la création de classes de perfectionnement). L'enseignement spécialisé est en effet appréhendé comme étant la conséquence directe des lois scolaires de Jules Ferry en 1882, avec la mise en place de l'instruction obligatoire pour les enfants âgés de 6 à 13 ans. La généralisation de l'instruction publique, gratuite et obligatoire repose alors sur des idéaux égalitaristes et humanistes affirmant que tous les enfants doivent avoir accès à l'éducation et sont égaux face à l'appropriation du savoir. L'institution scolaire sera rapidement confrontée à un principe de réalité mettant à mal son rêve universaliste et républicain : un certain nombre d'élèves se montre incapable de s'adapter à l'enseignement ordinaire et n'est pas conforme aux attentes scolaires. Les enseignants, démunis face à une population d'enfants en très grande difficulté scolaire, souvent indisciplinés et le plus souvent issus des classes populaires, se montrent favorables à la création de classes spéciales (Muel, 1975). Un projet institutionnel prend forme et en 1904 une commission ministérielle demande à Binet de construire un outil permettant de dépister les élèves ne parvenant pas à suivre l'enseignement ordinaire faute de moyens intellectuels suffisants. C'est pour répondre à cette demande sociale et institutionnelle que l'échelle métrique d'intelligence de Binet-Simon est publiée pour la première fois en 1905. Elle a pour objectif de diagnostiquer des états d'« arriération mentale » et constitue un moyen d'orienter vers des classes spéciales les élèves hors-normes incapables de s'adapter à l'enseignement ordinaire.

Gateaux-Mennecier (2001) s'inscrit en faux contre cette analyse sociologique qui présente la naissance de l'enseignement spécialisé d'une part comme la conséquence logique de l'obligation scolaire et d'autre part en tant que revendication interne à l'école et portée par les enseignants. Elle propose une analyse socio-historique bien différente et interprète la loi du 15 avril 1909 comme une loi écran qui cache ses effets et constitue une réponse non seulement aux préoccupations des responsables de l'Instruction publique et des psychopédagogues mais aussi des médecins aliénistes dont Désiré Magloire Bourneville, médecin aliéniste de la troisième République et « personnage clé de l'enseignement spécial » (o. c., p. 20).

1.2 La loi du 15 avril 1909, une loi écran ?

Gateaux-Mennecier (o. c.) considère la loi du 15 avril 1909 et la création des classes de perfectionnement comme une synthèse complexe des intérêts de l'Instruction publique et du médecin aliéniste Bourneville qu'elle considère comme l'instigateur des classes spéciales.

Bourneville nommé à l'hospice de Bicêtre en 1879, est considéré comme le créateur de la neuropsychiatrie infantile en référence à ses travaux sur « l'idiotie » chez les enfants. Soucieux du sort des enfants « idiots de l'asile », il s'inscrit dans une perspective réformatrice et obtient en 1882 à l'asile de Bicêtre la création d'un quartier spécial pour les « enfants idiots ». Sa conception de l'idiotie va à l'encontre des conceptions médicales de l'époque et notamment celles d'Esquirol (1818) pour qui, selon la formule célèbre, « l'homme en démence ... est un riche devenu pauvre. L'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère. » (o. c., p. 507 à 524). Bourneville introduit les notions de curabilité et d'éducabilité des enfants idiots et institue au sein de l'espace asilaire un véritable traitement médico-psychologique.

Bourneville avait pour objectif de généraliser sa réforme asilaire et pour projet la création d'établissements spéciaux pour les enfants idiots (asiles départementaux ou interdépartementaux) dans la droite lignée de l'asile-école de Bicêtre ; mais son projet de réforme hospitalière, jugé trop onéreux, échoue. Confronté à l'encombrement et à la saturation du quartier de Bicêtre qui regroupe une population très hétérogène (pathologies diverses avec des degrés de gravité très variables mais également enfants délinquants), Bourneville se tourne alors vers l'Instruction publique et revendique la création de classes spéciales en dehors de l'asile pour les enfants arriérés, substitués aux établissements asilaires réclamés sans succès. Comme le souligne Gateaux-Mennecier, le mobile véritable de son action n'en reste pas moins « d'écouler la population excédentaire de l'asile, les moins malades ou les enfants améliorés. Le secteur spécial de l'école ordinaire est donc envisagé prioritairement comme un élargissement structurel de l'asile, de type parahospitalier, comme une annexe de l'asile. » (o. c., p. 115). Pour mener à bien son projet qui envisage, *in fine*, l'école comme un exutoire et une extension de l'asile, Bourneville devra tenir compte des problématiques spécifiques à l'institution scolaire, de ses préoccupations et de ses intérêts.

Les responsables de l'Instruction publique s'inquiètent alors des élèves indisciplinés dans des classes surchargées qui perturbent le bon fonctionnement de l'institution scolaire et représentent une menace pour l'ordre social. La question de l'indiscipline préoccupe, semble-t-il, assez peu les instituteurs eux-mêmes, comme en témoignent l'examen des revues pédagogiques entre 1877 et 1909. Ils n'interprètent pas « ce phénomène en termes

pathologiques et semblent peu favorables à l'éviction de ces enfants (contrairement aux suggestions relégatoires de certains supérieurs hiérarchiques) » (o. c., p. 101). En revanche, l'indiscipline constitue une préoccupation majeure pour les représentants de la hiérarchie institutionnelle qui sont à la recherche de solutions. « La peur du trouble, du désordre, de la délinquance ou de la criminalité conduit les notables, médecins, parfois avocats, mais surtout psychopédagogues et responsables de l'Instruction publique à envisager des mesures préventives, perspective assortie de considérations éthiques : mieux vaut prévenir que réprimer. [...] Certains préconisent des écoles disciplinaires pour les enfants de caractère difficile (les délinquants d'occasion), et des colonies pénitentiaires pour les enfants vicieux et pervers (les délinquants d'habitude) ; ou encore une pédagogie médicale pour les enfants bizarres » (o. c., pp. 101-102). L'inspecteur général de l'Instruction publique M. Charlot (1904) pointe le danger social que représentent les élèves instables et indisciplinés « Ces éliminations s'imposent dans l'intérêt de l'immense population normale » (cité par Gateaux-Mennecier, 2001, p. 79). Binet (1905) lui-même affirme s'être longtemps occupé des anormaux « par un sentiment de défense sociale, pour chercher à diminuer le nombre de ceux qui plus tard seront des inutiles et pourront devenir des nuisibles » (cité par Gateaux-Mennecier, o. c., p. 103).

Dans un souci de légitimation de la nécessité de classes spéciales, Bourneville va « postuler l'existence d'arriérés dans l'institution scolaire » (Gateaux-Mennecier, o.c., p. 56) alors même que les instituteurs, essentiellement préoccupés par l'absentéisme, n'en repèrent pas dans leur classe ou très peu et il va être à l'origine du premier dépistage d'enfants arriérés dans les écoles publiques. Gateaux-Mennecier voit là le point de départ de la « construction idéologique » de l'arriération à l'école, appelée plus tard débilité légère, dans le sens d'une production intellectuelle masquant d'autres enjeux. Elle fait œuvre originale en situant l'apparition d'une nouvelle catégorie d'enfant « anormal », le débile léger, non plus uniquement du côté de l'école mais aussi et surtout du côté de l'institution asilaire, contrairement à Muel (1975) ou Pinell et Zafiroopoulos (1978) pour qui l'arriéré ou débile léger « passe inaperçu en dehors de l'école » et est révélé en contexte scolaire par son empêchement à « acquérir les connaissances scolaires » (o.c., p. 23). En effet, conscient des préoccupations de l'Instruction publique et animé d'une volonté persuasive, Bourneville va argumenter dans le sens du danger social que peut représenter cette population d'enfants instables mentalement pour la sécurité publique et de la nécessité d'une prévoyance sociale. En effet, « si l'Instruction publique fait

mine de considérer l'arriération, l'indiscipline reste bien son souci majeur » (Gateaux-Mennecier, 2001, p. 102). L'instabilité mentale et scolaire va ainsi être associée à l'intelligence déficitaire, un amalgame sera fait entre déficience, instabilité ou trouble du comportement. L'arriération devient un concept flou et équivoque derrière lequel se profile le spectre de l'instabilité ou l'indiscipline. « Les relations qui unissent ces deux concepts sont véritablement des rapports symbiotiques ; l'intrication est telle que l'on ne sait plus qui est quoi, si l'on se réfère aux théorisations de l'époque » (o. c., p. 92). Le concept d'arriération naît de la confrontation de deux discours reposant sur un intérêt commun mais dont les soubassements divergent : « nous pensons que c'est justement ce dialogue de sourds (Bourneville en quête d'un arriéré supposé et dont l'école n'a pas connaissance ; l'institution scolaire soucieuse de l'indiscipline, comportement négligé par l'aliéniste) qui va faciliter l'émergence de cette solidarité étroite arriération-indiscipline, homologue de la complémentarité des projets institutionnels de ces deux instances : projet de classes médico-pédagogiques annexées aux écoles ordinaires pour accueillir les enfants déficients mentaux de l'asile, formulé explicitement chez l'aliéniste, projet d'écoles de réforme, énoncé de façon beaucoup plus feutrée, parce que sans doute pénalisant, par les représentants de l'Instruction publique et les psychopédagogues » (o. c., p. 104).

Les « classes spéciales » constituent ainsi un compromis institutionnel entre d'un côté le médecin aliéniste plus préoccupé du sort des enfants idiots de l'asile que de la question de l'indiscipline scolaire et l'Instruction publique dont le souci premier est de remédier à la déviance scolaire. « Telle était bien, semble-t-il la double fonction des classes de perfectionnement à leur création, fonction substitutive de l'asile et fonction de contention de la déviance, non fonction de perfectionnement de l'arriéré, difficilement décelable, malgré les efforts pour le détecter » (o. c., p. 107). Ces filières de l'institution scolaire ont pour mission de maintenir l'ordre établi (Pinell & Zafiroopoulos, 1978) et vont devenir des classes de relégation dont l'objectif premier est de soulager l'école ordinaire des enfants considérés comme déviants et pour lesquels l'arriération se confond avec l'indiscipline et ce, dans une volonté de préservation sociale et morale de la jeunesse. « D'ailleurs, telle est la finalité effective de ces classes d'arriérés, de leur création jusqu'à nos jours : classes fourre-tout délivrant l'école ordinaire des enfants perçus comme déviants, et dont le rôle social et idéologique serait plutôt une fonction d'ordre aseptisant et relégatoire sous le masque d'une

éducation de perfectionnement » (Gateaux-Mennecier, 2001, p. 113). Cette dernière voit dans la loi de 1909 une loi écran dans la mesure où le législateur avance masqué : si la catégorie des « instables » est évoquée dans le projet de loi de 1906 sur l'enseignement spécial, elle disparaît dans la version définitive du texte ne mentionnant plus que les seuls arriérés. La perspective moralisatrice de contention de la déviance, le rôle social des classes de perfectionnement ne sont pas mentionnés dans le texte de loi du 15 avril 1909. « A cet égard, on peut légitimement affirmer que la loi du 15 avril 1909 est une loi-écran dans la mesure où elle cache ses effets ; elle est interposée entre les pensées optatives et énoncées sans fard au XIX^{ème} siècle, et travestie dans l'image plus neutre du perfectionnement de l'arriéré » (o. c., p. 114). Par ailleurs, les classes de perfectionnement vont essentiellement recruter leur population parmi les milieux sociaux les plus défavorisés (Pinell et Zafirooulos, 1978). La misère économique et sociale est à cette époque souvent considérée comme un facteur favorisant l'arriération en venant se juxtaposer à l'hérédité. Binet (1909) n'écrit-il pas à ce sujet : « Les classes pauvres et misérables ne présentent pas seulement des signes de dégénérescence physique. Leur dégénérescence physique s'accompagne de dégénérescence intellectuelle et morale » (cité par Gateaux-Mennecier, 2001, p. 86). L'auteur en conclut que « s'il est relativement facile pour la classe bourgeoise d'affirmer l'infériorité de la classe populaire au XIX^{ème} siècle (où la condition ouvrière est extrêmement précaire), cette distanciation est loin de pouvoir se formuler dans les mêmes termes dès lors que la conscience de classe s'est affirmée. Nous pensons que les classes spéciales sont l'expression édulcorée et réduite d'une stratégie de contention au niveau macro-social » (o. c., p. 112). Les classes spéciales constituent donc en 1909 une réponse adéquate aux intérêts respectifs de l'asile d'une part et de l'école de l'autre, elles s'inscrivent dès le départ dans un discours médical. Le concept d'arriération puise en effet ses racines dans la tradition asilaire et les difficultés scolaires tendent à être interprétées selon un modèle pathologique en tant que déviance par rapport à une norme scolaire bien définie. Nous assistons à un processus de pathologisation de la difficulté scolaire qui trouve son origine dans la construction idéologique d'une arriération dont l'indiscipline constitue le soubassement.

1.3 Les classes de perfectionnement

1.3.1 Un public hétérogène

Une étude a été menée sur la population des classes de perfectionnement de 1907 à

1950 (Hugon, Gateaux & Vial, 1984). Elle met en évidence la grande hétérogénéité d'une population dont la principale caractéristique commune semble être l'indiscipline et souligne un réel décalage entre la population supposée selon les critères officiels (arriération) et la population réelle. Le public y est très hétérogène « allant de la débilité à des handicaps psychosomatiques les plus divers et dont le degré de gravité est extrêmement variable (représentant sans nul doute les cas les plus légers des asiles), en passant par ce qui est perçu comme trouble du comportement et de la conduite (TCC), version officielle et pathologisée de l'indiscipline » (Gateaux-Mennecier, 2001, p. 105). Le critère commun qui regroupe ces enfants au sein de classes spéciales est sans aucun doute celui de la non-conformité scolaire. Les différentes descriptions de ces populations d'élèves font toutes état d'une instabilité et d'une indiscipline, semblant constituer le critère majeur de repérage. Le concept d'arriération n'a pas encore été intériorisé par les enseignants plus prompts à repérer les troubles de la conduite et il reste pour eux un concept encore nébuleux. La vocation de ces classes relève davantage du redressement face à des élèves rebelles au système éducatif ordinaire qu'à un véritable désir de perfectionnement.

Au début de leur fonctionnement, les classes spéciales reçoivent des élèves dont les handicaps très lourds laissent penser qu'ils relèvent de toute évidence de l'asile (handicaps mentaux lourds, troubles nerveux et cérébraux, microcéphalies...) et il semblerait que « la stratégie de l'aliéniste ait atteint son but » (o. c., p. 107). Toutefois, la réussite de Bourneville ne sera que provisoire et très rapidement cette population d'élèves retournera vers l'asile. Les psychopédagogues dont Alfred Binet prendront le relais et la mise au point de l'échelle métrique de l'intelligence permettra de repérer les élèves « arriérés d'école » qui pourront bénéficier de l'instruction dans les classes spéciales et d'évincer les enfants « arriérés d'asile ». Les psychopédagogues occupent peu à peu le terrain et le concept d'arriération jusque-là peu repéré par les enseignants est progressivement intériorisé. Les termes de « déficience » et de « débilité » viennent remplacer ceux « d'arriéré » et « d'anormal ».

1.3.2 Évolution des classes de perfectionnement : des critères d'orientation équivoques

Jusqu'en 1950, les classes de perfectionnement se sont peu développées, les effectifs stagnent. Des explications diverses sont proposées : pas d'obligation de créer des classes de perfectionnement prévue par la loi de 1909, financement de ces classes en grande partie à la

charge des communes et départements, difficultés de repérage des « arriérés » par les enseignants, mauvais fonctionnement des commissions médico-pédagogiques (CMP) chargées de l'orientation (Pinell et Zafirooulos, 1978). Par ailleurs, la loi fait référence au terme « arriéré » mais sa définition reste imprécise et les critères d'orientation ne sont pas clairement établis. A partir de 1950 et jusqu'au milieu des années 1970, les classes de perfectionnement se multiplient de façon régulière. En 1973, elles sont au nombre de 16 700 (MEN, DEPP RERS). Les critères utilisés pour l'orientation vers ces classes se précisent et après 1945 les instructions officielles font clairement référence à l'échelle métrique de l'intelligence Binet-Simon, terminée en 1911, pour le recrutement des élèves. En 1951, Paule Mézeix, inspectrice générale chargée de l'inspection des classes et écoles de perfectionnement, pose avec clarté la distinction à établir entre les enfants relevant des classes de perfectionnement, arriérés susceptibles d'être éduqués et les enfants, malades mentaux et arriérés profonds, relevant de structures hospitalières (Dorison, 2006). Les premiers « susceptibles d'éducation scolaire et pratique, c'est-à-dire les débiles mentaux, dont le niveau d'intelligence restera compris à l'âge adulte entre le niveau de 7 ans et celui de 10 ans à l'échelle Binet-Simon (ou si l'on préfère, dont le quotient intellectuel se situe entre 0,55 et 0,80) » et ceux « qui peuvent être rééduqués par une action essentiellement psychopédagogique » seront orientés vers les classes de perfectionnement ; les seconds « les malades mentaux, les sujets dont les troubles du caractère rendent nécessaire une surveillance médicale constante et les arriérés profonds, c'est-à-dire les imbéciles qui sont incapables d'apprendre les rudiments de la langue écrite » seront dirigés vers des structures hospitalières (Mezeix 1951, pp. 193-197). « Arriérés d'école » et « arriérés d'asile » seront départagés par l'échelle Binet-Simon qui définit différents degrés d'arriération : l'idiot ne dépasse pas le niveau de 2 ans, l'imbécile le niveau de 7 ans et le débile celui de 10. Ces critères d'orientation vers les classes de perfectionnement seront confirmés par les instructions officielles de 1964 et resteront les mêmes jusqu'en 1991, date de création des CLIS. Le terme de « débile mental » est encore présent dans l'arrêté du 12 août 1964 et sera remplacé par celui de « handicapé mental » dans la Circulaire n° 91-304 du 18 novembre 1991.

Une enquête de Pinell et Zafirooulos (1978) montre combien le critère de déficience légère est loin d'être le seul retenu. « Une analyse de la distribution des quotients intellectuels permet de mettre en évidence le fait que les classes d'éducation spéciale reçoivent une

population beaucoup plus large que celle qui est définie comme déficiente mentale légère par les critères de la psychotechnique : 34 % des enfants ont, au moment de leur admission, un quotient intellectuel supérieur à 80 et donc, eu égard aux critères d'admission, ne devraient pas se trouver dans ces classes » (o.c., p 36). Les auteurs soulignent également le rôle joué par la commission psychopédagogique qui oppose peu de résistance aux « pressions des maîtres ou des directeurs pour reléguer certains élèves indisciplinés hors des classes normales » (o.c., p 37). La tolérance de l'école à l'échec semble par ailleurs influencée par l'origine sociale des élèves, l'entrée en éducation spécialisée étant « en moyenne d'autant plus retardée que l'on monte dans la hiérarchie sociale » (o.c., p. 36). L'utilisation des tests psychométriques permet de légitimer l'orientation de ces élèves « instables », issus des classes populaires et « l'on n'hésite pas à passer outre quand le résultat du test n'indique pas de déficience intellectuelle » (o.c., p. 37).

Après 1978, les orientations vers les classes de perfectionnement diminuent, le nombre des classes décroît (Dorison, 2006). Des critiques s'élèvent de plus en plus nombreuses contre ces filières scolaires accusées d'être des filières ségréгатives ou de relégation. Sociologues et psychosociologues s'intéressent de plus en plus aux questions de l'éducation et de l'échec scolaire. Bourdieu et Passeron (1964) mettent en évidence l'importance des facteurs sociaux et culturels dans la genèse de l'échec scolaire et le rôle déterminant joué par l'institution scolaire, le poids des structures sociales. Des psychanalystes dont Mannoni (1964) s'insurgent contre l'utilisation des tests qui ont pouvoir d'orientation sur l'enfant et présentent le danger de l'étiquetage. Progressivement l'école tend à instaurer une politique de non ségrégation et les responsables ministériels s'efforcent de réduire le nombre des classes de perfectionnement et de maintenir dans les classes ordinaires le plus grand nombre d'élèves possible. La Circulaire du 9 février 1970 met en place au sein de l'Éducation nationale un dispositif de prévention et d'adaptation par rapport à l'échec scolaire : les classes d'adaptation et les Groupes d'aide psychopédagogique (GAPP), constitués d'un rééducateur en psychopédagogie (RPP), d'un rééducateur en psychomotricité (RPM) et d'un psychologue scolaire. En effet, dans le contexte politique des lois de Jules Ferry sur l'obligation scolaire et avec l'émergence progressive d'un enseignement spécial, un nouveau corps professionnel, celui des psychologues scolaires, est né de la nécessité de dépister et d'orienter les élèves hors normes, « instables » ou « arriérés », vers les classes d'éducation spécialisées.

1.4 Les origines de la psychologie scolaire française

Dès 1905, avec la mise en place de l'échelle métrique de l'intelligence de Binet-Simon, la psychologie s'efforce de répondre à une demande sociale émanant de l'école et va étendre ses recherches sur le développement de l'enfant, sur la question du normal et du pathologique. Henri Wallon et René Zazzo sont considérés comme les premiers fondateurs de la psychologie scolaire en France. Zazzo puise son inspiration chez Gesell, psychologue et pédiatre américain qui est à l'origine du terme et de la fonction en 1915. Il se réclame également de Jadouille et de son laboratoire de psychopédagogie destiné aux écoles créé en Belgique en 1928 (Cognet & Marty, 2013). En 1944, au lendemain de la libération, Wallon est nommé à la direction de l'Éducation nationale. Il appelle à son cabinet Zazzo, chargé de la Jeunesse et des Sports, à qui il confie, à titre d'expérience, la formation des psychologues scolaires. En 1945, Bernard Andrey, formé à l'Institut de psychologie de Paris, obtient à Grenoble le premier poste de psychologue scolaire. L'année suivante, 74 psychologues scolaires vont être nommés dans les écoles communales de Paris et l'expérience s'étend en province en 1948 (Caglar, 1983). Parallèlement à cette expérimentation, une commission d'étude pour la réforme de l'enseignement, dont sont responsables Wallon et Langevin, respectivement professeur au collège de France et président de la société française de Pédagogie, est créée en 1945. Langevin et Wallon élaborent en commun un projet de réforme ambitieux de l'enseignement public qui portera le nom de plan Langevin-Wallon et débouchera, entre autres propositions, sur l'implantation de services de psychologie scolaire et la création d'un diplôme de pédagogie inscrit au programme de l'Institut de psychologie.

Les missions du psychologue scolaire sont définies pour la première fois et la dénomination de « psychologue scolaire » fait son apparition. Les grandes tâches de la psychologie scolaire sont définies selon trois axes. « Le contrôle psychologique » des élèves constitue l'objectif premier et il « répond à la nécessité de connaître l'enfant dans ses particularités individuelles, aussi bien que dans son évolution psychologique ». Le psychologue scolaire est un « spécialiste des méthodes psychologiques. Les examens psychotechniques devront contribuer à l'orientation scolaire des enfants » (Wallon, 1952, p. 373). Le fonctionnement psychique de l'enfant est pris en compte dans sa globalité et son développement est envisagé aussi bien au niveau intellectuel que relationnel et émotionnel. L'orientation scolaire constitue dès la mise en place de la fonction une préoccupation majeure

du psychologue scolaire. Le deuxième axe concerne « les conséquences psychologiques des méthodes éducatives ». Le psychologue scolaire doit être en mesure d'évaluer l'efficacité des procédés pédagogiques et des techniques éducatives et s'assurer qu'ils prennent en compte les différentes facettes du développement de l'enfant. Enfin, le troisième et dernier axe touche à l'étude des programmes « qui doivent être pour chaque classe adaptés aux attitudes propres à chaque âge et dans cet ajustement il n'y a pas de précision possible sans l'emploi de critères psychologiques » (o. c., p. 374). Ainsi Wallon définit-il un psychologue tout à la fois didacticien et clinicien. Il est détenteur d'une certaine expertise en pédagogie, s'intéresse aux méthodes éducatives et aux difficultés de l'élève dans la dimension des apprentissages et constitue en ce sens une aide et un soutien pédagogique pour l'enseignant. Mais il est aussi et surtout un clinicien dans la mesure où il aborde l'enfant dans sa dimension subjective, se centre sur l'individu dans sa dynamique globale et prend en compte la vie psychique de l'enfant en relation avec son environnement familial et social. Il doit « aider l'enfant à se révéler » et « chercher pour chacun la raison de ses insuccès scolaires, démêler s'il s'agit de raisons personnelles, soit de santé, soit de famille, soit de caractère ou de raisons liées à certaines incompréhensions des matières enseignées » (o. c., p. 374).

Ce projet présenté en août 1947 n'a jamais abouti et le 13 septembre 1954, la direction de l'enseignement du premier degré met fin à l'expérimentation parisienne de la psychologie scolaire pour l'enseignement élémentaire. La raison invoquée est la pénurie d'instituteurs mais la psychologie scolaire serait une victime collatérale de la Guerre froide, Zazzo étant communiste (Cognet & Marty, 2013). Dans les années 1958-1960 cependant, avec la mise en place de la réforme de l'enseignement par le ministre Berthoin, la psychologie scolaire renaît et le recrutement des psychologues scolaires reprend. En 1965, il s'intensifie de façon significative avec le dépistage des élèves inadaptés (Caglar, 1983). La question de l'orientation des élèves en difficulté demeure une problématique majeure de la psychologie scolaire. Intégré aux GAPP en 1970, le psychologue scolaire est longtemps perçu comme un « psychologue-testeur, participant à la sélection sociale et ne prenant pas suffisamment en compte le sujet ». Son utilité sociale « se résume le plus souvent à cette époque, à détecter et à orienter vers les établissements et les classes spécialisées les enfants en échec grave à l'école » (Cognet & Marty, 2013, p. 18).

Les missions et les activités des psychologues scolaires à l'école maternelle et

élémentaire vont considérablement évoluer avec la mise en place d'une politique d'Adaptation et d'Intégration scolaire.

1.5 La fin d'une politique d'exclusion : de l'intégration vers l'inclusion

L'histoire de l'enseignement spécialisé commence véritablement avec la création des classes de perfectionnement qui en constitue l'acte fondateur. Après les années 1970, les conceptions de l'enseignement spécialisé, la représentation du handicap et de la difficulté scolaire vont considérablement évoluer et l'on passera d'une politique ségrégative à une conception intégrative puis inclusive de l'éducation dans un cadre institutionnel en constante évolution.

1.5.1 Adaptation et Intégration scolaire (AIS)

1.5.1.1 L'enfance inadaptée

En 1963, pour la première fois, apparaît le terme d'« enfants inadaptés » remplaçant ceux « d'anormaux » ou « d'arriérés » avec la création d'un nouveau diplôme pour les enseignants spécialisés, le Certificat d'Aptitudes à l'Éducation des enfants et adolescents déficients ou Inadaptés (CAEI), qui vient remplacer le Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des enfants Arriérés (CAEA), premier diplôme de spécialisation des enseignants. L'accent est mis sur la notion d'inadaptation à un système plutôt que sur celle de déficit par rapport à une norme établie. Un glissement s'opère de l'enfance arriérée vers l'enfance inadaptée et l'objectif de l'école sera alors de rééduquer, de réadapter, de faire tendre vers une norme. L'enfant est envisagé comme objet de soins, « son trouble, sa maladie, son inadaptation lui sont intrinsèquement imputables. Il est abordé à travers son déficit, son mal-être. La défaillance est encore perçue du côté de l'élève qui n'est pas en mesure de s'adapter à un enseignement ordinaire, qui représente une charge pour le système scolaire et le met en difficulté. L'intervention se fera dans le sens d'un comblement du manque pour le rendre conforme au produit fini plus ou moins idéal, en tout cas mieux adapté » Guyotot (2008, p. 20). Les GAPP sont significatifs de cette conception orthopédique, instrumentaliste du traitement de la difficulté scolaire. Il s'agit de réparer un dysfonctionnement, de combler un manque, de rectifier un défaut à travers une approche techniciste et fonctionnaliste : le RPP se penchera sur les fonctions langagières, le RPM s'intéressera aux fonctions motrices et au repérage corporel.

Progressivement, la dénomination unique des élèves en difficulté sous le terme « d'enfants arriérés » se complexifie et on voit apparaître une classification de plus en plus précise, spécifique, des publics concernés. Ainsi le CAEI de 1964 distingue les déficients intellectuels, physiques, visuels, les handicapés moteurs, les caractériels et inadaptés sociaux et les élèves nécessitant une rééducation psychopédagogique. Le CAEI de 1984 intègrera dans ses missions un nouveau public, celui des élèves présentant un handicap auditif et proposera une nouvelle classification distinguant enfant et adolescent mais aussi handicap/trouble et difficulté annonçant ainsi la future différenciation entre adaptation et intégration scolaire.

1.5.1.2 La loi de 1975

La loi de 1975 en faveur des personnes handicapées introduit le principe d'intégration et affirme pour la première fois le droit à une éducation pour tout enfant handicapé, inscrivant ainsi le principe d'éducabilité au cœur du dispositif législatif et ouvrant la voie à une nouvelle conception du handicap moins ségrégative. Un questionnement émerge autour de la place de la personne handicapée dans la société. La loi d'orientation souligne l'importance de la prévention et du dépistage des handicaps, stipule l'obligation éducative des enfants et adolescents handicapés, en priorité dans des établissements ordinaires ou si nécessaire dans des centres spécialisés. D'une façon générale, elle vise à l'intégration des personnes handicapées dans la société. Des commissions spécifiques, les Commissions Départementales de l'Éducation Spéciale (CDES), sont créées afin d'orienter les élèves handicapés vers des dispositifs spécialisés. En 1987, le CAEI voit son intitulé se modifier pour devenir le Certificat d'Aptitude aux actions Pédagogiques Spécialisées d'Adaptation et d'Intégration scolaires (CAPSAIS). Cette évolution de la dénomination des diplômes professionnels dans l'enseignement spécialisé est le reflet des évolutions conceptuelles dans le champ du handicap, de la modification des représentations sociales à l'égard des personnes handicapées et le concept d'intégration occupe désormais une place déterminante au cœur du système. Les termes *inadaptés/adaptation*, *déficients/intégration* entrent en résonance et sont significatifs du mouvement d'adaptation et d'intégration en direction des élèves inadaptés et déficients. L'angle de vue a changé, l'élève est au centre d'un système éducatif sommé désormais de se réformer, de s'adapter et d'intégrer.

1.5.1.3 La loi d'orientation du 10 juillet 1989

En 1989, Lionel Jospin, alors Ministre de l'Éducation nationale, fait voter la loi

d'orientation sur l'éducation, faisant de l'éducation la première priorité nationale. Elle est suivie du décret de création du Diplôme d'État de Psychologie Scolaire (DEPS). Cette loi d'orientation du 10 juillet 1989 place l'élève au centre des apprentissages, invite à ne pas appliquer le même traitement pédagogique à tous les élèves, à respecter le rythme de chacun, à proposer des situations variées d'apprentissage. Il s'agit de rompre avec une pédagogie frontale adressée à un élève standard (transmission d'un savoir de celui qui sait en direction de celui qui ne sait pas) pour introduire une pédagogie différenciée attentive aux besoins de chaque élève. La notion de cycle d'apprentissage fait son apparition permettant à un élève d'acquérir un ensemble de savoirs et de compétences sur trois années selon un rythme qui lui est propre. La Circulaire du 9 avril 1990 met en place et organise les Réseaux d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficulté (RASED) qui ont pour mission de prévenir les difficultés momentanées ou durables d'apprentissage et d'aider à leur dépassement. Les aides spécialisées sont adaptées à chaque élève et sont complémentaires des actions mises en place par les équipes pédagogiques. L'élève est envisagé dans la globalité de sa personne et son contexte de vie, son histoire personnelle sont pris en compte. Les réseaux d'aide s'inscrivent ainsi dans la logique d'adaptation et d'intégration revendiquée dans la mesure où ils s'adressent à des élèves en grande difficulté scolarisés dans des classes ordinaires et luttent contre toute forme d'exclusion scolaire. La Circulaire du 18 novembre 1991 crée les Classes d'Intégration Scolaire (CLIS) pour les élèves en situation de handicap qui remplacent les classes de perfectionnement. A cette création succèdera, le 17 mai 1995, celle des Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI) dans le second degré. CLIS et UPI témoignent de ce désir d'intégration et sont des classes à l'école, au collège ou lycée ordinaire où des élèves en situation de handicap sont scolarisés en groupe restreint, reçoivent un enseignement adapté et bénéficient sur certains temps d'une intégration en classe ordinaire. Le regard porté à posteriori sur l'intégration, bien que favorisant le ralliement à un milieu le plus « normal » possible, souligne les résultats décevants de l'intégration scolaire et met en évidence les insuffisances de ce dispositif. L'intégration apparaît comme étant « un privilège plutôt qu'un droit », l'élève intégré devant « satisfaire à certains critères pour être intégrable », devant « prouver qu'il est apte à être scolarisé dans une école ordinaire » (Tremblay, 2012, p. 37). Par ailleurs, l'intégration est souvent peu préparée, sans véritable projet pédagogique construit autour de l'élève qui permette une véritable insertion hors de toute activité occupationnelle. L'objectif visé

semble souvent être la socialisation par la fréquentation d'enfants du même âge aux dépens d'un objectif plus construit autour des apprentissages. « L'intégration physique des élèves n'est pas suffisante car elle doit s'accompagner d'une intégration sociale et pédagogique » (o. c., p. 38). « Les élèves intégrés peuvent être perçus comme des « visiteurs » en provenance de milieux spécialisés et non comme des membres à part entière de la communauté scolaire » (Armstrong, 2006, p. 73). En 2004, le Certificat d'Aptitude Professionnelle pour les Aides spécialisées et la Scolarisation des élèves en situation de Handicap (CAPA-SH) se substitue au CAPSAIS. L'intitulé de ce diplôme est intéressant à plusieurs titres. Pour la première fois dans un texte officiel de l'Éducation nationale, le terme « handicapé » est remplacé par la locution « en situation de handicap »². L'élève n'est plus défini par son handicap, l'accent étant mis sur le contexte environnemental dans lequel il évolue. Par ailleurs, le texte distingue de façon très claire l'enseignement adapté (aides spécialisées) et champ du handicap (scolarisation des élèves en situation de handicap). Enfin, le terme de scolarisation remplace celui d'intégration. Il ne s'agit plus désormais d'intégrer des élèves « visiteurs » mais bien de les scolariser en tant qu'élèves autour d'un projet personnalisé, de faire d'eux des « membres à part entière de la communauté scolaire ». De la notion d'intégration, on glisse progressivement vers celle d'inclusion qui sera véritablement actée avec la promulgation de la loi « handicap » du 11 février 2005.

1.5.2 Adaptation scolaire et Scolarisation des élèves handicapés (ASH) : vers une éducation inclusive

1.5.2.1 La loi du 11 février 2005

La loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » qui succède à la loi d'orientation « en faveur des personnes handicapées » du 30 juin 1975 va modifier en profondeur la politique de scolarisation des élèves en situation de handicap et apporter des changements d'une ampleur considérable au sein du système scolaire. L'objectif premier est la mise en place d'une école inclusive pour tous les enfants, une école capable de s'adapter aux besoins de chacun. Les

² Progressivement, le Ministère de l'Éducation nationale utilisera de façon préférentielle les termes d' « élèves en situation de handicap », sans pour autant renoncer aux termes d' « élèves handicapés », encore présents par exemple dans la Circulaire n° 2017-026 du 14-2-2017, relative à la formation professionnelle spécialisée et au certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'éducation inclusive (CAPPEI). Par la suite, dans ce travail de recherche, nous utiliserons l'une ou l'autre expression en fonction du contexte d'énonciation.

premières lignes de la loi donnent une définition précise du handicap (non défini dans la loi de 1975) : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Cette définition est significative d'une évolution conceptuelle du handicap, du passage d'un modèle individuel à un modèle social puis à un modèle systémique aussi qualifié de biopsychosocial (Sanchez, 2012). Le premier modèle, individuel, tend à imputer le handicap exclusivement à l'individu d'où l'idée d'une réadaptation nécessaire, le modèle social prend en compte les obstacles environnementaux et souligne l'importance de rendre l'environnement accessible, le modèle systémique auquel se réfère la définition « accorde toute leur place aux facteurs environnementaux mais inclut, tout autant, les facteurs personnels liés par essence aux individus. Les interactions entre ces deux types fondamentaux de facteurs constituent l'essence même du Modèle Systémique aussi qualifié de modèle biopsychosocial » (Sanchez, 2012). La personne handicapée est désormais envisagée comme une personne singulière en interaction avec un contexte environnemental et social. Dans la loi de 2005, l'accent est mis sur la limitation aux activités sociales et à la vie en société. Il s'agit désormais de garantir les droits fondamentaux des personnes handicapées et la loi va mettre en avant plusieurs principes fondamentaux dont l'accessibilité, le droit à la scolarisation et la compensation.

1.5.2.2 Les grands principes de la loi 2005

L'accessibilité, c'est la possibilité pour chacun de participer à la vie de la collectivité d'où la nécessité, par exemple, d'une mise aux normes des bâtiments scolaires (prévue avant le 11 février 2015) qui doivent être équipés de dispositifs adaptés permettant un accès à chacun.

La loi de 1975 posait déjà le principe de l'éducabilité de tous et affirmait le droit à une éducation pour tout enfant handicapé. La loi de 2005 ajoute la possibilité pour tout enfant ou adolescent d'être « inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L.351-1 du Code de l'Éducation, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence ». L'élève handicapé est désormais un élève comme les autres inclus à part entière dans une communauté scolaire. Il est en droit de recevoir un

enseignement qui devra être adapté au mieux à sa situation particulière. Les objectifs d'apprentissage reposent comme pour tous les autres élèves sur les fondements du socle commun de connaissances et de compétences.

Le droit à la compensation est un des principes fondamentaux de la loi de 2005. Afin de garantir à la personne handicapée l'égalité des droits et des chances, l'État s'efforce de compenser les conséquences du handicap en mettant en place des prestations de compensation du handicap (PCH). Il s'agit par exemple de l'accompagnement en milieu scolaire par un auxiliaire de vie scolaire (AVS), de la mise en place de matériel adapté (ordinateur, prothèses auditives...), d'une aide au transport...

Afin de faciliter l'accueil et la prise en charge des personnes handicapées, la loi de 2005 prévoit la création dans chaque département d'une maison départementale des personnes handicapées ou MDPH dédiée aux droits et prestations. La MDPH occupe une position centrale et déterminante dans le système de l'ASH. Elle a pour objectif général d'accompagner les personnes handicapées dans leurs démarches. Elle « exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps » (Article 64 de la loi du 11 février 2005).

Des classes de perfectionnement à la loi handicap de 2005, l'enseignement spécialisé est un secteur en constante évolution. Il témoigne d'une évolution de la conception du handicap et d'une profonde mutation de notre système éducatif avec l'émergence du concept d'inclusion. Il est le théâtre d'un véritable changement de paradigme.

1.6 De l'intégration à l'inclusion : un changement de paradigme

1.6.1 Une nouvelle conception du handicap à l'origine d'un changement de paradigme

Le système éducatif français a longtemps mis en place deux filières parallèles, l'une dite ordinaire pour les élèves correspondant à la norme en vigueur, l'autre spécialisée pour « tous ceux qui s'éloignaient tant soit peu de la norme admise » et se trouvaient donc dans l'incapacité de satisfaire à la norme scolaire (Benoit, 2014, p. 196). Les enfants handicapés étaient ainsi orientés dans des classes spéciales sur critères médicaux. Ce dualisme éducatif a également conduit à la mise en place d'une éducation spéciale déléguée à des organismes de

soins le plus souvent associatifs. Benoit (o. c.) qualifie de « détour ségrégatif » cette prise en charge par des institutions séparées des élèves handicapés. Progressivement l'orientation de ces élèves vers l'éducation spécialisée a été vécue comme insatisfaisante parce que ségrégative, source de discrimination et ne reposant pas sur le respect des droits universels. Des ponts ont alors été créés entre les deux filières ouvrant à un processus d'intégration scolaire et sociale et les élèves handicapés en capacité de s'adapter ont eu la possibilité de rejoindre le milieu ordinaire partiellement ou totalement. Benoit insiste sur la logique de mise à l'épreuve qui sous-tendait le processus d'intégration, les élèves confrontés aux exigences de la norme scolaire devant « apporter la preuve de leur capacité d'adaptation au milieu ordinaire » (o.c., p. 199). Le glissement sémantique opéré « intégration scolaire, scolarisation des élèves en situation de handicap (loi du 11 février 2005) puis inclusion scolaire (Circulaire sur les CLIS de 2009) » est révélateur d'un véritable changement de paradigme. Le passage s'opère d'une logique de mise à l'épreuve du côté de l'élève à une logique d'accessibilité du côté de l'environnement et de l'institution. Dans ce renversement de perspective, il s'agit désormais pour le système éducatif de s'adapter aux élèves en situation de handicap, de prendre en compte la diversité des besoins de chacun en rendant l'école responsable et accessible à tous et d'adapter la norme scolaire. Le fonctionnement du système éducatif dans son ensemble est interrogé. « L'objectif de scolarisation questionne au contraire le fonctionnement du système éducatif sur sa capacité à prendre en compte la diversité des besoins individuels de tous les élèves même lorsque ceux-ci sont liés à une déficience ou une maladie. Il s'inscrit dans une perspective où ce n'est plus seulement à l'élève, mais aussi à l'école de s'adapter » (o.c., p. 210). Les difficultés scolaires ne sont plus envisagées comme étant inhérentes à l'élève handicapé mais plutôt comme le résultat de caractéristiques individuelles en interaction avec l'environnement scolaire.

Ce changement de paradigme est à mettre en lien avec l'évolution de la conception du handicap qui devient une notion de plus en plus complexe. Ebersold (2006) souligne l'importance du glissement sémantique d'intégration vers inclusion car il permet de repositionner la question du handicap et témoigne du passage d'un modèle à dominante médicale à un modèle social du handicap. Ebersold et Detraux (2003) qualifient ce modèle médical « prisonnier d'une démarche psychométrique » (o.c., p. 80) de modèle défectologique dans la mesure où il met en avant les inaptitudes des élèves, leur non-conformité aux

exigences scolaires et questionne la distance à une norme scolaire établie. En 1976, la classification internationale de Wood reposait sur ce modèle à dominante médicale et mettait l'accent sur le dysfonctionnement individuel, la problématique de santé, le manque, l'écart à la norme d'un individu par rapport à son groupe de référence. La déficience était située du côté de l'individu et constituait un obstacle à la vie en collectivité. La révision de la Classification Internationale des Handicaps (CIH) qui a abouti en mai 2001 à l'adoption par l'OMS de la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) renverse la perspective et place non plus le handicap mais le fonctionnement au centre. La difficulté n'est plus exclusivement liée à la personne mais elle est à resituer du côté de l'environnement, du fonctionnement rendu ou non possible au sein de cet environnement (Plaisance, 2009). A une conception médicale du handicap se substitue un modèle social qui présente le handicap comme le résultat des interactions entre des caractéristiques individuelles et les contraintes de l'environnement. Le handicap apparaît ainsi comme une véritable construction sociale. « Il n'y a pas de handicap en dehors de structures sociales et culturelles précises » (Stiker, 2005). Il ne s'agit plus dès lors de se référer à une causalité médicale en se centrant sur l'individu mais bien plutôt de se focaliser sur l'environnement qu'il conviendra d'ajuster autant que possible aux besoins de la personne en situation de handicap. Ebersold et Detraux (2003) insistent néanmoins sur la persistance, dans un premier temps, d'une vision déféctologique, malgré l'ambition intégrative affichée. Dans une logique ré/adaptative, l'obstacle à la scolarisation en milieu ordinaire reste, *in fine*, du côté de l'élève et des caractéristiques qui lui sont propres. Avec le passage à un modèle social du handicap « refusant l'exclusion des personnes qui présentent une déficience au profit de leur acceptation dans leur différence », la notion d'inclusion se rattache désormais à une conception systémique de la société (Ebersold, 2009, p. 71). « L'école pour tous », ouverte à la diversité des profils, accueille l'élève en situation de handicap, devenu membre de la communauté scolaire. Elle est le reflet de la société et de sa diversité humaine. Ebersold (2009) voit là l'avènement d'une école « affiliatrice » « postnormative » et « source d'appartenance sociale ». Il souligne le passage « d'une école, espace d'ordre et de normalisation » à « une école, micro-société, se définissant comme un espace de développement personnel et social » (o.c., p. 76). Au-delà de la simple scolarisation d'enfants présentant un handicap en milieu ordinaire, Ebersold y voit de façon plus large « l'avènement d'une conception systémique des rapports sociaux qui bouleverse les représentations

dominantes de ce qui fait la société et des schèmes d'appartenance qui fondent la citoyenneté » (o.c., p. 79).

Cette conception systémique prend en compte les paramètres individuels et sociaux constitutifs de la situation de handicap ce qui conduit Benoit (2014) à utiliser le terme « d'approche situationnelle ». Il s'agit là, selon lui, d'une « synthèse entre le modèle médical et le modèle social grâce à un rééquilibrage dans la nouvelle classification entre les poids respectifs des aspects sociaux et des aspects médicaux » (o.c., p. 181). Cette nouvelle approche centrée désormais sur la situation de handicap et non plus sur le handicap conduit à prendre conscience que « l'environnement fait partie du problème, qu'il est un élément (en positif mais aussi en négatif) de la situation de handicap » (o.c., p. 182) d'où l'émergence de deux concepts fondamentaux traversant ce nouveau paradigme : l'accessibilité pédagogique d'une part et les besoins éducatifs particuliers de l'autre.

1.6.2 L'accessibilité pédagogique

Ces deux notions sont étroitement liées dans la mesure où l'accessibilité pédagogique trouve son origine dans la volonté d'instaurer une école accessible à tous et capable de répondre à la diversité des élèves et à la singularité de chacun. Ce n'est plus désormais à l'enfant de s'adapter à l'école mais à l'école de s'adapter à l'enfant. Le terme d'accessibilité, dans son acception large, apparaît déjà dans la Circulaire 2002-113 : « On attachera une importance particulière aux conditions d'accessibilité, entendue au sens large, de ces classes et aux moyens spécifiques indispensables à leur équipement et à leur fonctionnement (mobilier ou sanitaires aménagés, matériels pédagogiques adaptés, fournitures spécifiques...) ». Benoit (2014) voit là une première « extension de la notion d'accessibilité, au-delà du domaine physique et matériel, qui permettrait de circonscrire l'ensemble des mesures collectives en vue de l'intégration des élèves handicapés » (o.c., p. 10). Huit ans plus tard, la Circulaire 2010-088 du 18 juin 2010 relative aux ULIS collège et lycée utilise pour la première fois l'expression « accessibilité pédagogique ». « A compter du premier septembre 2010, tous les dispositifs implantés en collège et en lycée pour la scolarisation d'élèves en situation de handicap ou de maladies invalidantes sont dénommés Unités localisées pour l'Inclusion scolaire (ULIS) et constituent une des modalités de mise en œuvre de l'accessibilité pédagogique pour ces élèves ». Benoit voit dans la formation de ce concept « l'un des enjeux de la mutation culturelle correspondant

au passage d'une logique intégrative à une logique inclusive, via le catalyseur institutionnel de la notion intermédiaire de scolarisation » (o.c., p. 11). La notion émergente d'accessibilité pédagogique est au cœur de nombreux travaux menés en Sciences de l'Éducation, elle repose sur le principe universel d'accessibilité de l'école pour tous (égalité des droits et des chances), elle est portée par un idéal démocratique de non-discrimination et ouvre sur des secteurs de recherches comme les pratiques pédagogiques inclusives, les réponses didactiques et pédagogiques adaptatives souples que sont l'individualisation (Falvey & Givner, 2005 ; Mitchell, 2005, 2008 ; Paré & Trépanier, 2010 ; Roach, 2001 ; Vienneau, 2002) ou la différenciation (Aucoin & Viennau, 2010 ; Rousseau & Prud'homme 2010) ou encore la formation des enseignants (Garbo & Albanese, 2006 ; Prud'homme 2010). D'une façon générale, les différentes études insistent sur la nécessité de respecter la singularité de chacun (Armstrong, 2006 ; Vienneau 2004), d'instaurer un climat de confiance à travers la mise en place d'un cadre accueillant et sécurisant dans lequel la différence a droit de cité (Hick, Kershner & Farrel, 2009 ; Massé, 2010 ; Mitchell 2008 ; Roach, 2001). Il s'agit de se centrer sur l'apprenant en refusant de le réduire à sa différence, de développer à son égard des attitudes positives (Rousseau, 2006), de s'efforcer de réduire la situation de handicap en prenant appui sur ce que l'élève sait faire plutôt qu'en se focalisant sur ses manques. L'accent est mis sur le potentiel, les aptitudes de chacun, l'ouverture à la diversité et à sa richesse (Hick, Kershner & Farrell, 2009). On ne réfère plus à un niveau scolaire, à une norme qui peut toujours être aménagée, tous les élèves n'étant pas en mesure de parvenir aux mêmes performances. De nombreux travaux mettent en évidence l'efficacité de l'apprentissage coopératif en matière d'inclusion scolaire dans la mesure où il véhicule des valeurs d'entraide, de solidarité et non de compétition (Massé 2010 ; Vienneau 2002). Définir de nouvelles modalités d'aides, diversifier les dispositifs, trouver des médiations spécifiques susceptibles de rendre la scolarité accessible à tous, repérer les obstacles pour mieux les contourner, faire preuve de créativité, se retrouver autour d'une humanité commune, tels sont les défis auxquels doit faire face l'école inclusive pour répondre à une exigence éthique d'universalité.

Ces différentes approches s'éloignent d'un modèle médical ou psychopathologique de la difficulté scolaire, elles ne répondent pas à une logique de type médical qui se focalise sur le déficit et son étiologie. Elles se fondent sur le besoin éducatif en situation d'apprentissage et relèvent d'un positionnement pragmatique. Benoit (2014) les qualifie d'approches

psychopédagogiques à dominante situationnelle. Elles sont construites autour de l'apprenant en situation, de son fonctionnement cognitif, de la capacité d'adaptation de l'école et considèrent les difficultés d'apprentissage chez les élèves comme des conséquences et non plus comme des causes d'où la nécessité d'ajuster les données environnementales. « La réussite du processus d'apprentissage des élèves en situation de handicap (quel que soit l'éventuel trouble ou déficience) ne relève pas de la responsabilité de médecins mais de celle des pédagogues car « ce n'est pas en soi le diagnostic qui détermine le choix de l'aide mais la nature des besoins de l'élève » (Circulaire 2004-026 du 10 février 2004) » (o.c., p. 245).

1.6.3 Des élèves à besoins éducatifs particuliers

Le concept de besoins éducatifs particuliers est indissociable de celui d'accessibilité pédagogique et de celui d'éducation inclusive. Il apparaît pour la première fois dans un rapport publié au Royaume-Uni en 1978 connu sous le nom de rapport Warnock (Beillerot et Mosconi, 2006 ; Zucman 2009). C'est la traduction du terme anglais « *special needs education* ». Comme le rappelle Benoit (2014), le comité du département de l'éducation et de la science présidée par Mary Warnock « s'était attaché à la question de l'éducation des jeunes handicapés en s'efforçant de l'extraire de la logique médicale des catégories de déficience pour la recentrer sur un modèle pragmatique et moins stigmatisant, celui des *special educational needs* » (o.c., p. 13). Le terme de besoins éducatifs particuliers trouve sa place dans la terminologie française dans les années 2000 suite à la recommandation du Centre National d'Etudes et de Formation pour l'Enfance Inadaptée CNEFEI, (o. c.) mais comme le souligne Zucman (2009), s'il apparaît dans certaines circulaires, il n'est pas utilisé dans la loi de 2005. L'intention du rapport était de remettre en cause la distinction normalité/handicap pour situer les différentes difficultés d'apprentissage sur un continuum sans chercher à les catégoriser, à les référer à une catégorie médicale (Plaisance, 2012). Benoit (2014) rappelle à ce sujet que « l'état actuel de la recherche en psychologie permet d'affirmer qu'il n'y a pas de différence fondamentale en matière de développement mental et de fonctionnement cognitif entre des enfants qui relèveraient de la normalité et d'autres, dont les processus mentaux seraient si radicalement différents qu'ils échapperaient à toute entreprise éducative ordinaire. D'ailleurs, si frontière il y avait, où se situerait-elle ? Il n'y a que de la diversité » (o.c., p. 216). Le concept d'élèves à besoins éducatifs particuliers est révélateur de la volonté d'instaurer une école inclusive. Il s'éloigne d'une conception

médicale du handicap fondée sur une approche de type nosographique pour se rapprocher d'un modèle situationnel qui prend en compte les besoins éducatifs particuliers de chacun, s'efforce d'adapter la norme scolaire, de rendre l'école accessible à tous sans marginaliser les plus fragiles. L'accent est mis sur la nécessité de réorganiser le système d'enseignement autour de l'acceptation de la différence et de se focaliser sur les situations d'apprentissages, d'enseignement.

Frاندji et Rochex (2011) soulignent que, si l'objectif de départ du rapport Warnock (1978) était bien de lutter contre les risques de marginalisation induits par l'existence de filières spécialisées, et malgré une vision sociétale de l'école toujours plus inclusive et tolérante, l'émergence de la méta catégorie des besoins spécifiques ou particuliers renvoie néanmoins à un modèle individuel du handicap et de la différence et renoue avec une approche « individualisante » et « essentialisante » des difficultés scolaires (o.c., p 101). En effet, l'école inclusive s'inscrit dans une logique d'adaptation à la diversité, à la différence et s'efforce de répondre à des besoins d'élèves relevant de catégories de plus en plus nombreuses et spécifiques : élèves en situation de handicap ou relevant d'un projet individualisé en raison d'un problème de santé, élèves allophones, enfants du voyage, élèves présentant des difficultés scolaires durables en raison d'un trouble des apprentissages, enfants intellectuellement précoces... Le système éducatif tend à résoudre les problèmes qui se posent à lui en proposant des solutions individuelles sur mesure qui passent par le ciblage et la catégorisation toujours plus précise des publics scolaires et la mise en place de dispositifs de plus en plus nombreux (PPRE, PPS, PAP, PAI). Ces dispositifs ciblés visent à répondre aux besoins éducatifs particuliers des élèves et constituent un élément essentiel du projet de loi pour la refondation de l'école du 8 juillet 2013. L'école commune s'efface au profit « d'un espace scolaire de plus en plus fragmenté par une multiplication de programmes et de dispositifs ciblés à partir de nombreuses formes de catégorisations des publics scolaires » (o.c., p .100). Ce découpage catégoriel, précisent Frاندji et Rochex (2011), « incorpore des présupposés normatifs » dans la mesure où il associe des critères médicaux, sociaux, culturels, économiques, géographiques et scolaires pour la désignation d'ensembles parfois assez hétéroclites, mais toujours marqués par un écart à la norme » (o.c., p. 102). Ce repérage des groupes à besoins spécifiques repose sur le modèle de l'analyse épidémiologique et s'inscrit dans un registre plus « technique » que « conceptuel » (o.c., p. 101). Frاندji et

Rochex (2011) rappellent également l'ancrage biologique de départ de la notion de besoin, sa connotation organique et ils y associent une lecture essentialiste des difficultés scolaires envisagées comme des caractéristiques propres à certains individus. Ce nouveau modèle va vers un « estompement de la problématique des inégalités sociales » (o.c., p. 96) reléguées au second plan et introduit une nouvelle logique, celle de la maximisation du développement et des chances de réussite scolaire de chaque catégorie d'élèves dans une version de type managérial (Frاندji et Rochex, 2011, Ebersold, 2009).

Zucman (2009) note combien l'ouverture rendue possible par l'émergence du concept d'élèves à besoins éducatifs particuliers modifie la ligne de partage entre handicap et besoin éducatif particulier et introduit une certaine confusion. En effet, les contours flous de cette catégorie d'élèves à besoins spécifiques, qui rassemble des populations très hétérogènes, semblent lui permettre de s'ouvrir à l'infini. S'appuyant sur un rapport de la Haute Autorité de l'Éducation de 2007, Zucman souligne que 40 % des enfants sont en échec scolaire lors de leur passage au collège et que ces élèves sont des élèves à besoins éducatifs particuliers sans pour autant être handicapés. Il s'agit là d'une question cruciale pour le psychologue scolaire qui a pour mission de dépister, d'orienter un certain nombre d'élèves nécessitant un enseignement spécialisé. Qui relève de l'ULIS école, de l'IME ou de l'ITEP, de la SEGPA ou de l'ULIS collège ? Qui relève de l'enseignement « ordinaire » ? Comment distinguer les élèves relevant de l'adaptation scolaire de ceux relevant du champ du handicap, les élèves à besoins éducatifs particuliers sans handicap avéré des élèves en situation de handicap ? A quel endroit placer le curseur du handicap ? En effet, si l'apparition progressive de cette catégorie d'élèves à besoins éducatifs particuliers peut être associée à l'avènement de l'école inclusive et témoigne de la volonté de lisser les aspérités, de gommer les différences (Beaucher, 2012), le système éducatif maintient ses exigences concernant l'orientation de certains élèves vers des dispositifs particuliers qui passe par un repérage de leurs spécificités ou de leurs troubles.

SYNTHESE

L'enseignement spécialisé naît de la création, en 1909, des classes spéciales de perfectionnement qui rassemblent tous les enfants hors norme, « arriérés » « anormaux » ou « indisciplinés » et ont clairement une visée de préservation et de mise à l'écart. A cette période ségrégative succède une période intégrative marquée par la reconnaissance du droit à l'éducation pour tout enfant handicapé et par la volonté de favoriser son intégration dans

l'environnement le plus normal possible dans une logique de réadaptation située du côté de l'élève. Un changement paradigmatique majeur s'opère avec l'émergence du concept d'inclusion. L'école devenue « inclusive » s'efforce désormais de répondre aux besoins éducatifs particuliers de chaque élève en adaptant la norme scolaire. Ce changement de paradigme repose sur l'évolution de la conception du handicap. A un modèle médical du handicap dans lequel l'individu tend à se confondre avec sa déficience se substitue un modèle social qui met en avant la situation de handicap comme étant le résultat des caractéristiques individuelles et des contraintes de l'environnement. L'avènement de la catégorie d'élèves à besoins éducatifs particuliers est à situer dans cette logique et à envisager comme une tentative d'échapper à des catégorisations médicales. Il semblerait toutefois que cette nouvelle catégorie, très large et recouvrant des réalités très différentes, introduise de la confusion et accentue les effets de ciblage. L'objet du chapitre suivant vise précisément à questionner les catégories médicales à l'origine de l'orientation d'élèves en situation de handicap vers des ULIS école de type CLIS1, population d'enfants qui nous intéresse dans le cadre de cette recherche.

CHAPITRE 2 : L'ORIENTATION VERS LES CLIS DE TYPE 1 PUIS VERS LES ULIS ECOLE : MODALITES ET ENJEUX

Les élèves orientés vers des CLIS de type 1 et aujourd'hui vers des ULIS école, outre leurs difficultés scolaires graves et persistantes, sont des enfants dont handicaps et troubles sévères ont été reconnus par la Maison départementale des Personnes handicapées. Ils relèvent non pas de structures ou de dispositifs d'adaptation mais de l'enseignement spécialisé et peuvent bénéficier à ce titre de dispositifs collectifs de scolarisation. Qui sont les élèves accueillis au sein de tels dispositifs ? Sur quels critères y sont-ils orientés ? A partir de quels éléments objectifs ? Quelle expertise vient justifier leur orientation ? C'est à ces questions que sera consacré ce deuxième chapitre.

2.1 L'orientation des élèves relevant d'une CLIS de type 1

Aux « classes de perfectionnement recevant des débiles mentaux » (Arrêté du 12 août 1964) succèdent en 1991 les classes d'intégration scolaire régies par la Circulaire n° 91-304 qui en donne une définition précise et expose les différents critères d'orientation.

2.1.1 La création des Classes d'Intégration Scolaire (CLIS)

« Les classes d'intégration scolaire (CLIS) accueillent de façon différenciée dans certaines écoles élémentaires ou exceptionnellement maternelles, des élèves handicapés physiques ou handicapés sensoriels ou handicapés mentaux qui peuvent tirer profit, en milieu scolaire ordinaire, d'une scolarité adaptée à leur âge et à leurs capacités, à la nature et à l'importance de leur handicap. L'objectif des CLIS est de permettre à ces élèves de suivre totalement ou partiellement un cursus scolaire ordinaire » (Circulaire n°91-304). L'intention de limiter les effets ségrégatifs pouvant découler d'un placement spécialisé est clairement affiché. Les CLIS 1 reçoivent des enfants atteints d'un handicap mental, les CLIS 2 accueillent des élèves présentant un handicap auditif, les CLIS 3 un handicap visuel et les CLIS 4 un handicap moteur. Concernant les CLIS 1, la circulaire (o. c.) précise que ces classes sont destinées à des élèves pour lesquels il est possible « d'établir une relation déterminante entre des difficultés scolaires importantes et des troubles ou retards du développement mental exprimés par une simple déficience intellectuelle ou des états déficitaires ». Ainsi une difficulté scolaire massive ne suffit pas, des résultats scolaires très faibles ne peuvent être un critère suffisant d'orientation,

il faut pouvoir les mettre en relation avec une déficience intellectuelle dépistée au moyen d'une évaluation psychométrique qui « s'avère dans tous les cas indispensable » (o. c.). Toutefois, le texte souligne la nécessité d'une approche globale et « d'une évaluation clinique » et insiste « sur la dynamique évolutive de chaque individu, riche de potentialités parfois insoupçonnées et sur l'importance des interactions entre l'enfant et son environnement familial et social... » (o. c.). Il semblerait que le législateur prenne les précautions nécessaires pour ne pas renouveler l'expérience des classes de perfectionnement perçues comme ségrégatives et accueillant tous les enfants hors norme. La population des CLIS 1 est clairement ciblée, il s'agit d'enfants atteints d'un handicap mental, « d'une simple déficience intellectuelle ». La notion de handicap mental est par ailleurs précisée quant à son degré de gravité, permettant ainsi de faire la distinction entre un élève relevant de CLIS 1 ou d'une structure spécialisée comme un IME. « Les élèves doivent manifester des capacités actuelles ou potentielles suffisantes pour pouvoir tirer un réel profit des modalités de scolarisation spécifiques à la CLIS » (o. c.).

Les précautions prises ne semblent guère avoir été suffisantes, comme en témoigne en 1995, un rapport de l'Inspection Générale, le rapport Gossot sur les classes d'intégration scolaire (Dorison, 2006). Le rapport fait état d'une importante hétérogénéité au niveau départemental avec des ouvertures de CLIS accueillant des élèves atteints de handicap mental dans certains départements et le maintien des classes de perfectionnement dans d'autres, seule l'appellation ayant été modifiée. Les critères de recrutement bien souvent ne sont pas respectés et les élèves orientés ne présentent pas tous nécessairement un handicap mental. « Pour qualifier les caractéristiques des élèves qui n'ont pas de handicap mental, les précisions apportées tant par les enseignants que par les inspecteurs s'égrènent selon le cortège lancinant des échecs scolaires massifs, du handicap social, des blocages affectifs, des perturbations dues à un milieu familial déstructuré ou indigent au plan culturel » (Rapport Gossot, 1995, cité par Dorison, 2006, p. 17). Les élèves ne se situant pas dans le champ du handicap mais en échec scolaire majeur, avec ou sans instabilité comportementale, continuaient à poser problème à l'institution scolaire, en cette fin du vingtième siècle.

Depuis 1995, se développe une volonté politique d'intégration puis d'inclusion scolaire avec la Loi d'orientation 2005-102 du 11 février 2005 "*pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*". Les critères d'orientation vers les CLIS 1 vont être sensiblement modifiés dans le sens d'un élargissement de la catégorie avec la Circulaire du 30 avril 2002 abrogeant et remplaçant la Circulaire de 1991 et la Circulaire du

17 juillet 2009 abrogeant et remplaçant celle de 2002.

Cette ouverture de la catégorie témoigne à n'en pas douter de la difficulté à organiser les CLIS 1 autour du seul critère de handicap mental.

2.1.2 L'orientation vers les CLIS 1 : sur quels critères ?

En 1991, les premières CLIS 1 accueillait des élèves atteints d'un handicap mental. Très rapidement il apparait que le seul critère de handicap mental, trop vague, ne permet pas de définir toute une catégorie d'enfants. La Circulaire du 30 avril 2002 s'efforce à davantage de précision : « les CLIS 1 ont vocation à accueillir des *enfants présentant des troubles importants des fonctions cognitives* qui peuvent avoir des origines et des manifestations très diverses : retard mental global, difficultés cognitives électives, troubles psychiques graves, troubles graves du développement... ». Face à la nécessité d'accueillir et de scolariser, un certain nombre d'enfants en situation de handicap, la Circulaire du 17 juillet 2009 se fait encore plus précise (ou plus ouverte ?) et prend explicitement en considération les troubles envahissants du développement ainsi que les troubles spécifiques du langage et de la parole. « CLIS 1 : classes destinées aux élèves dont la situation de handicap procède de troubles des fonctions cognitives ou mentales. En font partie les troubles envahissants du développement ainsi que les troubles spécifiques du langage et de la parole » (o. c.). Précisons au passage que tout en conservant l'acronyme CLIS, cette circulaire introduit le terme d'inclusion se substituant à celui d'intégration. Cette notion d'inclusion apparaît progressivement à travers l'intitulé des dispositifs spécifiques, les UPI devenant également des ULIS pour se généraliser et s'imposer dans la loi du 8 juillet 2013 pour la refondation de l'École avec la mise en avant de « l'école inclusive ».

Les CLIS 1 apparaissent souvent aujourd'hui comme des CLIS « fourre-tout » où un élève souffrant d'un retard mental (de loin le handicap le plus fréquent) côtoie un élève souffrant de troubles sévères du langage ou de troubles envahissants du développement. Certaines associations de parents d'élèves, en particulier les parents d'enfants « dys », déplorent cet amalgame qu'ils jugent préjudiciable pour leur enfant et reprochent aux CLIS 1 leur manque d'ambition pédagogique. Le concept de trouble des fonctions cognitives semble beaucoup trop large et recouvre des réalités bien différentes allant de la déficience mentale aux troubles du développement. Par ailleurs, certains professionnels, enseignant en CLIS 1 sont déroutés par cette hétérogénéité, cette diversité de situations et de besoins parfois bien

difficiles à gérer. Nombre de parents d'enfants « dys » ou souffrant de troubles envahissants du développement espéraient la création d'une nouvelle catégorie de CLIS (CLIS 5) répondant aux besoins éducatifs spécifiques de leurs enfants. Si la Circulaire de 2009 ne modifie pas la classification des CLIS en quatre catégories, elle reconnaît néanmoins cette catégorie d'élèves et leurs besoins particuliers. « La constitution du groupe d'élèves d'une CLIS ne doit pas viser une homogénéité absolue des élèves, ce qui serait contraire au principe même du PPS, mais une compatibilité de leurs besoins et de leurs objectifs d'apprentissage, condition nécessaire à une véritable dynamique pédagogique, et en cohérence avec la catégorie de CLIS définie ci-dessous » (o. c.). L'homogénéité absolue des élèves de CLIS 1 n'est clairement pas revendiquée, toutefois la compatibilité des besoins et des objectifs d'apprentissage est mise en avant et a permis à la notion de CLIS 1, différenciées par leur projet pédagogique, de faire son chemin sur le terrain. La Circulaire de 2009 précise en effet qu'« il appartient à l'IA-D-S-D-E-N de réaliser une cartographie des CLIS de son département, mentionnant les grands axes du projet pédagogique de chacune d'entre elles et la catégorie à laquelle elle se réfère ». C'est ainsi que l'on voit apparaître dans la pratique des CLIS 1 mentionnant des projets pédagogiques spécifiques : *CLIS 1 Troubles spécifiques du langage*, *CLIS 1 Troubles envahissants du développement*, *CLIS 1 Troubles du comportement*, *CLIS 1 Troubles importants des fonctions cognitives ayant pour origine un retard mental*, etc... La différenciation des CLIS 1 sur le terrain semble avoir devancé les textes officiels. La circulaire reste suffisamment ambiguë et générale pour laisser la porte ouverte à certaines formes d'interprétation comme la mise en place de CLIS 1 spécifiques autour de projets pédagogiques bien particuliers assurant une cohérence aux différents besoins repérés dans les apprentissages. Il semble difficile de rassembler sous la seule notion de *troubles importants des fonctions cognitives* une même catégorie d'enfants dans la mesure où elle couvre un champ très large de pathologies d'où l'émergence de CLIS 1 spécifiques dans un nombre important de départements qui affichent clairement cette différenciation. D'autres départements font le choix de l'hétérogénéité et accueillent au sein d'une même CLIS 1 tous les troubles cognitifs. Homogénéité nécessaire ou possible hétérogénéité, la question reste ouverte et pose sans doute celle plus large de l'articulation du singulier et du social, à savoir la nécessité au sein d'un groupe d'obéir à une logique collective commune ou la possibilité pour chacun d'être appréhendé à travers son caractère exceptionnel et singulier.

Une analyse quantitative du recrutement des élèves de CLIS, celle de type 1 étant de

loin les plus nombreuses (94%) devrait apporter un éclairage précieux dans la compréhension de l'orientation vers ces classes.

2.1.3 L'orientation en CLIS : données chiffrées

La Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP) du Ministère de l'Éducation nationale publie chaque année des informations statistiques sur le système éducatif français. Nous avons retenu deux documents portant d'une part sur l'évolution du nombre de postes de CLIS et de postes RASED et d'autre part sur l'évolution des effectifs de CLIS. L'analyse croisée de ces deux documents nous donne des éléments de réflexion sur une période s'étendant de 1973 à 2015.

Évolution du nombre de postes de CLIS et de postes RASED												
	1973	1993	1997	2002	2003	2004	2005	.2008	2010	2011	2012	2015
Classes de perfectionnement	16 700	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.
CLIS	.	5 747	4 470	3 944	3 874	3 872	3 938	.	4 194	4 299	4 406	4 656
Personnels des RASED	0	13 099	.	.	14 766	17 877	14 930	14 793	.	.	9 988	.

Sources : Publications annuelles de la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP)

Évolution des effectifs de CLIS (France métropolitaine + DOM y compris Mayotte à partir de 2012)										
	1980	1990	1999	2004	2009	2010	2011	2012 hors Mayotte	2012 avec Mayotte	2013
Public	90 090	61 632	42 205	35 754	38 684	40 426	41 714	42 418	42 737	43 933
Privé	5394	3876	2585	1830	2367	2559	2714	2784	2784	2850
Total	95 484	65 508	44 790	37 584	41 051	42 985	44 428	45 202	45 621	46 783
Part du public (%)	94,4	94,1	94,2	95,1	94,2	94,0	93,9	93,8	93,9	93,9

Source : Publications annuelles de la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance, Repères Et Références Statiques sur les enseignements, la formation et la recherche (DEPP-RERS)

Le nombre des classes de perfectionnement commence à diminuer à partir de 1978 avec la volonté gouvernementale d'instaurer une politique de non ségrégation et de maintenir dans les classes ordinaires le plus grand nombre d'élèves possible. La mise en place des GAPP, le 9 février 1970 permet à un nombre important d'élèves en difficulté, auparavant orientés en classe de perfectionnement, de retrouver le chemin du milieu ordinaire. Les classes de perfectionnement passent de 16 700 en 1973 à 5 747 en 1993. La diminution du nombre de CLIS se poursuit jusqu'en 2004 où il est de 3 872. Le développement important

des RASED (13 099 postes en 1993 et 14 766 en 2003), mis en place par la Circulaire du 9 avril 1990 et qui se situent dans la continuité des GAPP favorisent le maintien en classe ordinaire d'un nombre important d'élèves en difficulté, auparavant orientés en classe de perfectionnement puis en CLIS. A partir de 2005, la tendance s'inverse et le nombre de CLIS augmente de façon significative passant de 3 872 en 2004 à 4 656 en 2015. Les effectifs de CLIS passent de 37 584 en 2004/2005 à 46 783 en 2013/2014.

Comment expliquer cette évolution significative vers une recrudescence des CLIS ? L'une des explications possibles est sans doute que sous l'effet de la loi de 2005, un certain nombre d'élèves handicapés, auparavant accueillis en institut médico-éducatif sont désormais orientés en CLIS. La deuxième explication est sans doute moins consensuelle. Les effectifs des professionnels exerçant dans les RASED ont été réduits d'un tiers entre 2008 et 2012 passant de 14 793 en 2008 à 9 988 en 2012. Les baisses d'effectifs se sont concentrées sur les enseignants spécialisés (maîtres E et G) qui ont diminué de 43% sur cette même période. L'école a alors dû faire face à un certain nombre d'élèves en difficulté scolaire massive et pour lesquels un soutien du réseau d'aides ne pouvait être proposé faute de personnel... La tentation est grande alors de « faire glisser » un élève à besoins éducatifs particuliers vers le champ du handicap dans un processus de pathologisation et ce, dans une société où le modèle médical est très prégnant. Les CLIS joueraient alors un rôle de « soupape » (Tremblay, 2012). L'enseignement ordinaire, dans l'incapacité de prendre en charge ces élèves, se tournerait vers l'enseignement spécialisé dans un besoin d'allègement.

2.1.4 Les CLIS : un rôle de « soupape » ?

Tremblay (2012) repère deux fonctions principales inhérentes à l'enseignement spécialisé : une fonction pédagogique et une fonction sociopolitique. La première coule de source : l'enseignement spécialisé a pour mission de répondre aux besoins spécifiques de certains élèves qui, ne tirant pas bénéfice de leur scolarisation en milieu ordinaire, sont en échec scolaire et il se charge de leur proposer une prise en charge plus adaptée. C'est la vocation même de l'enseignement spécialisé. La fonction sociopolitique est nettement moins consensuelle et « consiste concrètement à servir de « soupape » au système d'enseignement ordinaire » (o. c., p. 29). Dans la pratique, ces élèves différents, pour lesquels on constate un écart à la norme, posent problème à l'école ordinaire qui n'est pas en mesure de faire face à leurs difficultés scolaires auxquelles s'ajoute parfois une problématique comportementale.

L'école cherche alors une solution et s'efforce d'alléger sa tâche en se tournant vers des dispositifs spécialisés plus à même d'assumer l'accueil de ces élèves. La création des classes de perfectionnement en 1909 repose sur cette logique. Ce rôle de soupape est opérant grâce à différents mécanismes sous-jacents à l'enseignement spécialisé définis par Lambert et Bless (2004, in Tremblay 2012).

- Les différents troubles ou handicaps sont souvent difficiles à définir de façon précise, voire à cerner et à diagnostiquer. Nous l'avons vu à travers le critère très large et flou de « troubles des fonctions cognitives ou mentales » qui orchestre le recrutement des élèves de CLIS 1 et donne à ces classes un profil particulièrement hétérogène.
- Un cercle vicieux se met en place et « plus l'école ordinaire utilise les structures de l'enseignement spécialisé, moins elle est à même de faire face à des difficultés scolaires et plus elle orientera de nouveaux cas vers l'enseignement spécialisé » (o.c., p 30). L'école ordinaire, s'habituant à orienter ces élèves atypiques vers des structures spécialisées, se montre moins prête à les accepter.
- L'augmentation des demandes en direction de structures spécialisées conduit à la création de nouvelles classes ou de nouveaux dispositifs afin d'adapter l'offre à la demande.
- Par ailleurs, l'augmentation constante du nombre d'élèves handicapés, à mettre en lien avec un repérage plus efficace mais aussi et surtout avec l'élargissement de la notion du handicap et l'apparition de « nouvelles » pathologies (troubles « dys », TDAH...), vient renforcer la demande en direction de l'enseignement spécialisé.
- L'accroissement de l'enseignement spécialisé, l'augmentation du nombre de demandes et d'élèves en situation de handicap conduisent à une autorégulation du système qui tend à maintenir son activité, tout dispositif visant, selon Foucault (1977), sa propre survie.

La Circulaire du 21 août 2015 transforme les classes d'inclusion en un dispositif ouvert qui implique l'inscription des élèves dans la *division* correspondant approximativement à leur classe d'âge. La volonté politique affichée est de renforcer la logique inclusive et de limiter les effets de relégation qui accompagnent une orientation vers une classe spécialisée, soit-elle définie comme inclusive. Jusqu'à la parution de la circulaire, les CLIS demeuraient les classes de référence avec des temps de scolarisation en milieu ordinaire. Dans un renversement de perspective, il s'agit désormais de scolariser les élèves en situation de handicap dans une

classe ordinaire en les accompagnant d'un dispositif, envisagé comme un soutien. La priorité est donnée au milieu ordinaire, seul capable de protéger contre l'exclusion scolaire et sociale. La détermination politique de passer d'une logique de filière à une logique de parcours (Berzin et al., 2007) se manifeste ainsi à travers le renoncement aux classes spécialisées remplacées par un dispositif de soutien plus en adéquation avec le processus inclusif mis en avant.

2.2 L'orientation des élèves relevant d'une ULIS école de type CLIS 1

2.2.1 Critères d'orientation vers un dispositif ULIS école

La Circulaire parue le 21 août 2015 ne propose plus de classification des CLIS en quatre catégories bien distinctes et se contente de définir le public visé en fonction de ses troubles, laissant à l'autorité académique le soin de l'organisation et de la réalisation cartographique. L'orientation vers les « unités localisées pour l'inclusion scolaire - école » ou ULIS école doit désormais répondre aux critères suivants :

- TFC : troubles des fonctions cognitives ou mentales
- TSLA : troubles spécifiques du langage et des apprentissages ;
- TED : troubles envahissants du développement (dont l'autisme) ;
- TFM : troubles des fonctions motrices ;
- TFA : troubles de la fonction auditive ;
- TFV : troubles de la fonction visuelle ;
- TMA : troubles multiples associés (pluri-handicap ou maladie invalidante).

Dans le cadre de cette recherche, nous retiendrons, afin de les définir, les trois premiers critères qui correspondent à ce jour à la population des CLIS 1 (les troubles des fonctions motrices se rattachant aux CLIS 2, les troubles de la fonction auditive aux CLIS 3 et les troubles de la fonction visuelle aux CLIS 4.) Les critères retenus sont assez similaires à ceux définis par la Circulaire de 2009. Une précision est apportée concernant les troubles envahissants du développement : « dont l'autisme » et à la catégorie « trouble spécifique du langage » vient s'ajouter « et des apprentissages ». Les troubles spécifiques de la parole n'apparaissent plus. Ces différents critères font référence à des classifications médicales internationales, au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) publié le 18 mai 2013 ou encore à la Classification Internationale des Maladies (CIM 10), actuellement utilisée par l'OMS et à la Classification Française des

Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA). Ces systèmes de classification des maladies mentales et psychiques ont pour objectif d'établir des catégories diagnostiques. Le DSM-V dont l'ambition première était d'intégrer les données des neurosciences, a, notons-le, été l'objet de nombreuses controverses. Allen Frances (2013), psychiatre américain ayant dirigé la précédente édition (DSM-IV) et professeur émérite à l'université de Duke (Caroline du Nord) dénonce en effet une tendance à la pathologisation induite par le DSM-V ainsi que des risques de surdiagnostic et de surmédicalisation.

Que recouvrent exactement les différents troubles et critères retenus si l'on se réfère au DSM-V ?

Les troubles des fonctions cognitives ou mentales désignent vraisemblablement des troubles cognitifs globaux, bien que le terme de global n'apparaisse pas. Il s'agit des déficits intellectuels connus de longue date comprenant différents degrés de déficience (léger, modéré, sévère ou profond) qui ne sont pas précisés par le texte.

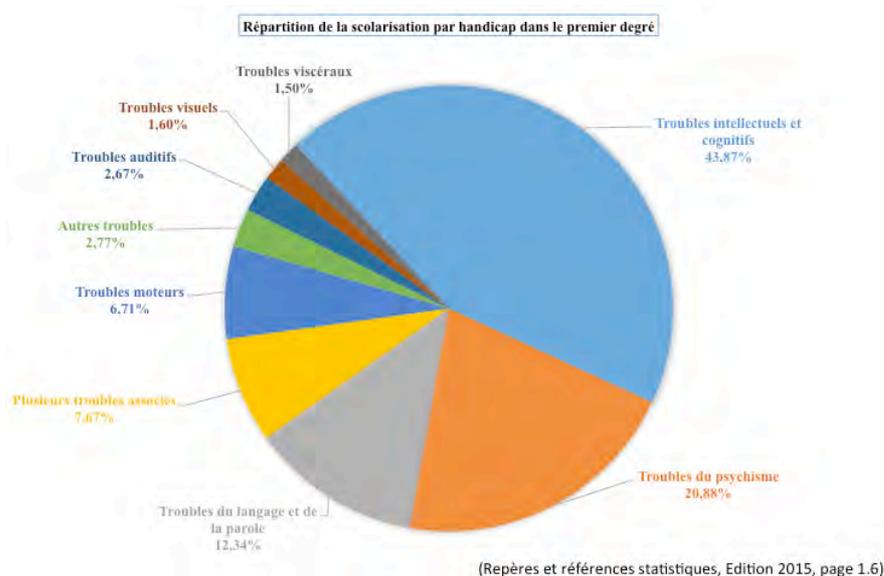
Les troubles spécifiques du langage appartiennent à la catégorie des troubles cognitifs spécifiques dont le champ s'est considérablement ouvert depuis une vingtaine d'années. En font partie les troubles du langage (dysphasie, déficit précoce et persistant du langage) ; les troubles de la parole (trouble de la production phonologique) ne sont probablement pas mentionnés parce que pouvant se rattacher à la catégorie précédente. La présence des troubles spécifiques des apprentissages constitue une nouveauté par rapport à la Circulaire de 2009 et répond aux attentes de nombreuses associations de parents revendiquant une reconnaissance des troubles spécifiques des apprentissages. Cette catégorie fait référence à des capacités apprises (enseignement explicite), les pathologies développementales correspondantes sont les dyslexies, les dysorthographies, les dyscalculies, les dysgraphies. Une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement ainsi que des facteurs socio-économiques défavorables constituent des critères d'exclusion du diagnostic « trouble spécifique des apprentissages » même si ces derniers peuvent avoir un effet aggravant.

Les TED troubles envahissants du développement (dont l'autisme) font partie des troubles cognitifs globaux et n'entrent pas dans le champ des « dys ». Ils comprennent l'autisme, le syndrome d'Asperger et les TED non spécifiés.

Par ailleurs, l'orientation en ULIS école s'adresse, conformément à l'esprit de la circulaire, à des élèves pour lesquels une inclusion en milieu ordinaire est possible et bénéfique. Elle nécessite également une autonomie suffisante du côté des élèves.

« L'orientation en ULIS ne répond pas aux besoins des élèves qui nécessitent, sur tous les temps de scolarisation, y compris sur les temps de regroupement, l'accompagnement par une personne chargée d'une aide humaine individuelle ou mutualisée. Cette restriction ne s'applique pas lorsque cet accompagnement est induit par la nécessité de soins physiologiques permanents » (Circulaire n° 2015-129 du 21-8-2015).

Il semblerait que les CLIS 1 puis les ULIS école élargissent le champ de leur recrutement et s'ouvrent à des pathologies développementales autres que la déficience intellectuelle : TED, dysphasies, dyslexies... L'usage du conditionnel nous semble toutefois être une précaution bien nécessaire. Les CLIS 1 et aujourd'hui les ULIS école accueillent à ce jour une majorité d'enfants porteurs de troubles cognitifs globaux et le retard mental reste de beaucoup le handicap le plus fréquent dans le premier degré.



La question de la déficience intellectuelle est très prégnante lors de l'orientation d'un élève vers une ULIS école et le bilan psychométrique et ses résultats chiffrés en sont un élément déterminant. Les CLIS 1 ou ULIS école de type 1 sont dans l'imagerie collective largement associées au retard intellectuel, ce qui est en outre confirmé par la réalité du terrain. Les procédures d'orientation relèvent d'une réglementation très précise et une réflexion est menée successivement au sein de différentes instances.

2.2.2 Les procédures d'orientation

Le facteur déclenchant une orientation est fréquemment un échec scolaire massif de l'élève qui entraîne une investigation diagnostique. Une équipe éducative (ou une équipe de

suivi de scolarisation si l'enfant est déjà connu de la MDPH) se réunit en présence de l'enseignant référent du secteur afin d'étudier et de réfléchir collectivement à la situation de l'enfant. Y assistent différents partenaires comme le directeur de l'école, l'enseignant de la classe, le psychologue scolaire, le médecin scolaire, les parents de l'enfant ainsi que, s'il y a lieu, des professionnels extérieurs à l'école (orthophonistes, psychomotriciens...). Elle peut déboucher sur une saisine de la MDPH qui examinera alors la situation à partir des différents éléments déposés au dossier : relevé de conclusion, bilans médicaux ou paramédicaux, documents pédagogiques, un bilan psychologique (comprenant la plupart du temps une évaluation psychométrique) réalisé le plus souvent par le psychologue scolaire. Le bilan cognitif a pour objectif de diagnostiquer un éventuel retard intellectuel et d'en évaluer le cas échéant la gravité. Il s'inscrit dans la recherche d'un trouble cognitif global (déficience intellectuelle) et il est réalisé à partir de tests mesurant l'intelligence.

Jusqu'à la mise en place des MDPH, les orientations et les affectations en CLIS étaient prononcées par les Commissions de Circonscription de l'enseignement préélémentaire et élémentaire (CCPE) présidées par l'IEN de la circonscription. Aujourd'hui, les élèves sont orientés en ULIS par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation. La situation de l'enfant est examinée dans un premier temps par une équipe pluridisciplinaire d'évaluation qui regroupe différents professionnels des secteurs de la santé, du médico-social et de l'éducation. Après analyse des propositions faites par l'équipe pluridisciplinaire et prise en compte des observations de la famille, la CDAPH notifie l'orientation.

La prise en compte des résultats chiffrés du bilan psychométrique et donc l'évaluation de l'intelligence occupe une position centrale dans le processus d'orientation. Cette évaluation est le plus souvent pratiquée par le psychologue scolaire qui utilise pour ce faire des tests standardisés et validés.

2.3 L'évaluation de l'intelligence et ses outils

2.3.1 La naissance des tests d'intelligence

Les premiers tests psychométriques apparaissent et se développent au début du vingtième siècle, ils constituent une réponse à de nouveaux besoins sociaux, économiques ou culturels dans les pays industrialisés. Ils sont nés de cette rencontre entre une demande sociale

d'une part et l'émergence d'une psychologie scientifique de l'autre (Huteau & Lautrey, 1997). La nécessité de disposer de procédures d'évaluations de l'efficacité cognitive des individus émerge dans plusieurs secteurs de la vie sociale comme la santé, l'éducation ou l'industrie. En 1917, l'entrée des États-Unis dans la première guerre mondiale a largement contribué au développement des tests : les tests *army alpha* et *army beta* ont ainsi permis à l'armée américaine de sélectionner plus de trois millions de conscrits et de les affecter à différentes fonctions selon leurs résultats. En France, avec la généralisation de l'enseignement primaire (lois de Jules Ferry 1880-1881) est apparu la nécessité d'orienter un certain nombre d'enfants vers un enseignement spécialisé (les classes de perfectionnement) où ils recevront un enseignement adapté. L'utilisation des tests va progressivement se développer en particulier avec la création de la psychologie scolaire en 1945. Aujourd'hui encore, la pratique des tests psychologiques à l'école vise à répondre à une demande sociale et aux attentes institutionnelles dans la mesure où ils aident au diagnostic et contribuent à l'affectation et à l'orientation des élèves les plus en difficulté.

Les tests psychométriques, les travaux sur l'évaluation de l'intelligence et leur évolution sont le reflet des différentes approches théoriques de l'intelligence. Les questions qui se posent sont nombreuses. Qu'est-ce que l'intelligence (et donc la déficience) ? Comment la définir ? Est-elle intrinsèque à l'individu ou influencée socialement par l'environnement ? Est-elle susceptible d'évolution ?

Le WISC 4 (ou WISC 5) au niveau élémentaire et la WPPSI 4 au niveau préscolaire, tests d'intelligence globale, sont les échelles les plus utilisées dans le cadre scolaire. Ces deux tests psychométriques sont porteurs des différents modèles théoriques de l'intelligence et des principaux concepts qui leur sont sous-jacents.

2.3.2 Les tests psychométriques : reflet d'une approche théorique de l'intelligence

Bergson (1889) exclut d'emblée toute possibilité de mesurer l'intelligence en raison de l'immatérialité du fait psychique. Si la question est encore soumise à débat, il y a un consensus assez large à l'heure actuelle pour admettre une mesure possible non pas de l'intelligence mais de ses effets et de ses manifestations. « Bien que l'intelligence ne soit pas une simple somme d'aptitudes intellectuelles, notre seul moyen de pouvoir l'évaluer quantitativement est de mesurer les différents aspects de ces aptitudes » (Wechsler, 1965 in Gibello 2009, p. 23).

En 1905, Binet propose avec son échelle métrique un modèle global de l'intelligence. Sa conception d'une intelligence multiforme l'amène à chercher à mesurer des fonctions psychiques complexes (capacités de mémoire, de raisonnement, de jugement) appréhendées à travers un fonctionnement intellectuel global. Pour évaluer l'intelligence, Binet et Simon posent aux sujets différentes questions de difficulté croissante ou des petits problèmes de mémoire, de jugement qui, en fonction des réussites ou des échecs, leur permettent de calculer un niveau mental du sujet. Cet « âge mental » est ensuite comparé à son âge chronologique et permet de déterminer si l'intelligence de l'enfant correspond à son âge chronologique, s'il est en avance ou en retard dans son développement intellectuel et de combien d'années. Pour la première fois l'intelligence est référée à la notion d'âge, elle est conçue en termes de développement. Ce principe a été conservé dans les échelles de Wechsler. En 1912, Stern introduit la notion de quotient intellectuel (QI) qui est le résultat du rapport entre l'âge mental et l'âge réel ou chronologique. R. Zazzo (1966) s'attache à la révision et au réétalonnage de l'échelle métrique de Binet-Simon, connue sous le nom de NEMI, nouvelle échelle métrique de l'intelligence.

Alors que Binet et Simon publient en France leur première échelle psychométrique, un psychologue anglais, Spearman, montre que malgré la diversité des épreuves proposées à un sujet et des compétences mises en œuvre, les résultats obtenus sont statistiquement corrélés et il met en évidence un facteur liant ces différentes tâches, un facteur commun à toutes les opérations cognitives, « latent » car invisible et non explicite qu'il nomme facteur d'intelligence générale ou facteur G. On retrouve ce principe dans les échelles de Wechsler à travers la notion de QI qui permet de mesurer une aptitude cognitive générale. Toutefois le QI ne peut être identifié au facteur G de Spearman. (Grégoire, 2000 ; Savournin, 2009). « En effet, d'autres facteurs interviennent dans les actes intellectuels : des facteurs spécifiques propres à une épreuve ou à un petit groupe d'épreuves : c'est le sens des indices dans le WISC 4 » (Savournin, 2009, p. 29).

Ces modèles unidimensionnels vont être remis en question par le psychologue américain Thurstone puis par le britannique Catell. Thurstone met en évidence plusieurs facteurs correspondant à des aptitudes indépendantes appelées « aptitudes mentales primaires » et s'oriente vers une approche multidimensionnelle de l'intelligence (Huteau & Lautrey, 1997). Catell, tout en conservant le principe du facteur G repéré par Spearman identifie deux facteurs de second ordre : le facteur général d'intelligence fluide (Gf) et le

facteur général d'intelligence cristallisée (Gc). L'intelligence fluide correspond à une compétence innée, biologiquement déterminée et pourrait se résumer à la capacité de trouver des solutions nouvelles à des problèmes nouveaux. « Abstraction, perception, éduction des relations sont caractéristiques de l'intelligence fluide » (Savournin, 2009, p. 30). L'intelligence cristallisée est sensible à l'influence de l'éducation et correspond à des connaissances liées à la culture, intégrées par l'individu et utilisées pour résoudre des situations problèmes. Le WISC 4 permet de mesurer à travers certains de ses subtests la part revenant respectivement à Gf (abstraction, perception) ou à Gc (langage, acquis culturels).

Progressivement s'impose l'idée qu'il n'y a pas une intelligence mais des intelligences et qu'elles dépendent de plusieurs facteurs et non d'un seul. En 1965, Catell et Horn proposent un modèle multifactoriel non hiérarchique de l'intelligence. Aux côtés de Gf et de Gc issus de la théorie de Catell, de nouvelles aptitudes ou de nouveaux facteurs (sept au total) sont pris en compte comme par exemple la mémoire à court terme ou encore la vitesse de décision. Ces différents facteurs sont indépendants les uns des autres et aucun n'occupe une position hiérarchique par rapport aux autres.

Aujourd'hui, un consensus semble avoir été trouvé autour d'une structure hiérarchisée de l'intelligence comprenant plusieurs grands domaines cognitifs. La théorie Cattell-Horn-Carroll des aptitudes cognitives et leur modèle factoriel hiérarchique à trois étages y font figure de référence. Ce modèle permet de faire la synthèse des recherches précédentes : le facteur d'intelligence général se situe au niveau supérieur de la hiérarchie (Spearman), des facteurs spécifiques à certains domaines sont pris en compte (Thurstone) ainsi que Gf et Gc issus des travaux de Catell, l'ensemble de ces éléments sont intégrés dans un modèle factoriel hiérarchique. Le WISC 4 présente une structure hiérarchique multifactorielle : le facteur G est considéré comme étant commun à toutes les opérations cognitives, les quatre indices (Compréhension verbale, Raisonnement perceptif, Mémoire de travail et Vitesse de traitement) correspondent aux facteurs de groupe définis par Carroll.

Les critiques, les débats et polémiques suscités par les tests ont été et sont encore aujourd'hui divers et nombreux. La mesure de l'intelligence a souvent été contestée : outre les arguments techniques, les oppositions les plus nombreuses concernent l'usage fait de cette mesure et le danger social, les dérives qu'ils peuvent représenter.

2.3.3 Les contestations de la mesure de l'intelligence

Les contestations de la mesure de l'intelligence peuvent prendre des formes très différentes selon le point de vue considéré. Nous retiendrons ici deux aspects de la question qui nous semblent fondamentaux, à savoir le point de vue idéologique et politique et le point de vue psychologique.

L'une des dérives possibles de l'utilisation des tests consiste en leur exploitation sociale et politique. Ils peuvent venir renforcer des thèses héréditaristes, racistes ou eugénistes, comme ce fut le cas aux États-Unis où des différences entre groupes, notamment entre les Noirs et les Blancs, furent interprétées comme des différences héréditaires sans tenir compte du facteur environnemental et culturel (Huteau & Lautrey, 1997). Les tests peuvent également, dans cette même perspective héréditariste, alimenter l'idée que la réussite des enfants issus de milieux socio-culturels défavorisés trouve uniquement son origine dans l'hérédité. Or l'importance des déterminismes sociaux-économiques n'est depuis longtemps plus à démontrer et l'on sait par ailleurs, depuis les travaux de Catell, que les épreuves psychométriques ne sont jamais totalement indépendantes de la culture, les classes aisées étant plus familiarisées avec la culture des tests que les classes populaires.

Une autre position idéologique consiste à rejeter les tests sous prétexte qu'ils viennent légitimer les inégalités sociales et les différences entre individus, comme ce fut le cas en Union Soviétique en 1936, date à laquelle les tests psychométriques furent interdits. Les différences d'intelligence entre les individus sont alors analysées non plus sur un versant héréditariste mais un versant purement social ou éducatif.

Entre hérédité et déterminisme social, une troisième voie permettant d'intégrer les données les plus récentes semble possible. Gibello (2009) admet l'idée que l'« intelligence, héréditairement transmise génétiquement, peut se développer d'une manière extrêmement variable, favorisée ou inhibée par les effets de l'environnement, et, entre autres, par les effets de nos interventions psychothérapeutiques, éducatives ou institutionnelles » (o. c., p. 28). S'il est difficile d'évaluer et de départager la part respective du milieu de celle de l'hérédité, l'expérience clinique permet néanmoins « d'estimer en général à environ 15 à 20 % du QI évalué par une échelle de Wechsler les possibilités de modification du niveau intellectuel, en plus sous l'influence de l'environnement et/ou d'interventions spécialisées adéquates, en moins dans des conditions défavorables et cela d'autant plus facilement que l'enfant est plus jeune » (o. c., p. 28).

Certains professionnels, souvent d'orientation psychanalytique, se montrent réticents à l'utilisation des tests qui leur confèrent une position d'expertise, les transforment en détenteurs d'une vérité scientifique et objective et réduisent l'enfant à une position d'objet sans réellement prendre en compte sa vérité de Sujet. La situation de test ne permettrait pas une véritable écoute du Sujet en venant faire écran à la relation transférentielle. Mannoni (1964) s'inquiète du danger de l'étiquetage qui aurait pour effet de figer l'enfant dans une représentation donnée et l'empêcherait d'évoluer sur un mode dynamique. L'enfant tendrait inconsciemment à se conformer à l'étiquette reçue et les adultes, aux prises avec l'effet Pygmalion (Rosenthal & Jacobson, 1971), orienteraient leurs attentes en fonction du QI obtenu.

Dans le contexte scolaire, les débats et les polémiques portent souvent sur la sélection et l'éviction du milieu ordinaire d'un certain nombre d'élèves dans l'incapacité de suivre l'enseignement proposé. Les tests seraient l'outil privilégié de cette sélection scolaire et de ces affectations vers l'enseignement spécialisé qui constitueraient une forme de discrimination et d'exclusion (Pinell & Zafiroopoulos, 1978). Il est important de rappeler que dans le système scolaire français les orientations ne sont pas fondées uniquement sur les tests d'intelligence mais aussi et en priorité sur les résultats scolaires qui sont à l'origine des demandes de bilan : c'est le croisement de ces deux paramètres ainsi que l'entretien clinique avec l'enfant qui conduisent à envisager une orientation vers l'enseignement spécialisé. Pour autant, ces inquiétudes ne sont pas dénuées de tout fondement et les classes de perfectionnement ont constitué un bel exemple de ces dérives. Aujourd'hui, les pratiques évaluatives en général et la mesure de l'efficacité cognitive suscitent un engouement généralisé et croissant. Il est de la responsabilité de chacun et du psychologue en premier lieu de prendre la distance, le recul et le temps nécessaire pour appréhender les situations dans toute leur complexité et procéder à une analyse fine des différents éléments. Face aux difficultés croissantes, les attentes institutionnelles sont parfois fortes : enseignants en souffrance confrontés à des problèmes qui les dépassent, administration en attente des données chiffrées d'un QI. Le psychologue en adéquation avec le code de déontologie se doit de résister à la pression de l'urgence ou à des demandes d'informations simplifiées comme un chiffre de QI par exemple qui, sans l'analyse et les observations qui l'accompagnent ne présente qu'un intérêt limité.

S'il est important de garder à l'esprit les différentes contestations de la mesure de l'intelligence pour les dérives qu'elles désignent, la mesure de l'efficacité cognitive reste un outil riche et indispensable pour comprendre le fonctionnement intellectuel d'un enfant, éclairer une situation problème et participer à sa résolution. « Quoi qu'il en soit, c'est avec sérénité que j'estime possible, licite et souhaitable d'essayer d'apprécier et de mesurer les phénomènes relevant de l'intelligence en psychopathologie, dans la mesure où cela nous permet de prévenir ou de supprimer parfois, de réduire souvent la souffrance d'enfants en comprenant mieux leurs difficultés et en intervenant de façon efficace pour les pallier » (Gibello, 2009, p. 32). Pour certains élèves les plus en difficulté sur le plan scolaire et dont l'efficacité intellectuelle se révèle médiocre, intervenir de façon efficace va consister, outre les soins, à envisager une orientation vers un enseignement spécialisé dont les ULIS école destinées prioritairement à des élèves déficients. Qui sont ces élèves déficients ? Comment se définit la déficience intellectuelle ? Sur quels critères et selon quelle référence ?

2.3.4 Tests psychométriques et retard mental

Il n'est guère possible de détailler dans le cadre de cette recherche l'évolution historique du concept d'arriération ou de retard mental. Rappelons néanmoins qu'en 1793, le médecin aliéniste Philippe Pinel, considéré comme l'un des pères de la psychiatrie, va modifier le regard porté sur les fous en les libérant de leurs chaînes dans un geste symbolique et humaniste lors d'une visite de Georges Couthon (1755-1794) du Comité de Salut Public à l'hospice de Bicêtre. Il montre ainsi que les fous bien que malades, demeurent des êtres susceptibles d'être soignés et donc la nécessaire prévalence de la prise en charge sur l'enfermement. Ce Pinel libérateur reste sans doute loin de la vérité historique et de la réalité des asiles du dix-neuvième siècle demeurant des lieux où l'on juge et condamne (Foucault, 1972) mais il introduit néanmoins le principe d'une possible guérison, la notion de traitement moral et distingue explicitement pour la première fois les fous des criminels. Esquirol, élève de Pinel, va à son tour, en 1818, permettre une nouvelle avancée en distinguant la démence de l'idiotie, première « distinction formelle et scientifique entre handicap mental et maladie mentale » (Lambert 1986, cité par Guidetti & Tourette, 2010, p. 94). Il propose une catégorisation des degrés d'arriération mentale sur un continuum dont le degré le plus profond serait l'idiotie, le degré intermédiaire l'imbécillité et l'atteinte la moins grave, la faiblesse d'esprit.

Aujourd'hui, l'Organisation mondiale de la Santé avec l'adoption de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) définit le retard mental comme : « Un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ». L'OMS définit 4 degrés de retard mental en relation avec le QI :

- ▶ le retard léger : QI entre 50 et 69, personnes connaissant des difficultés scolaires mais capables de s'intégrer à la société de façon autonome à l'âge adulte ;
- ▶ le retard moyen : QI entre 35 et 49, personnes connaissant dans l'enfance des retards de développement importants mais de bonnes capacités de communication et une indépendance partielle, avec, à l'âge adulte, nécessité de soutiens de différents niveaux pour s'intégrer à la société ;
- ▶ le retard grave : QI entre 20 et 34, personnes ayant besoin d'un soutien prolongé ;
- ▶ le retard profond : QI inférieur à 20, personnes ayant peu de capacités à communiquer, à se déplacer et à prendre soin d'elles-mêmes.

Ainsi on évoque une déficience intellectuelle à partir d'un QI inférieur à 70. D'autres critères s'ajoutent à celui du QI et doivent être présents simultanément pour que le diagnostic de déficience intellectuelle puisse être retenu.

Le déficit intellectuel doit être présent au cours de la période développementale, c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans. L'individu doit par ailleurs présenter des limitations significatives du comportement adaptatif dans la sphère sociale (autonomie dans les tâches quotidiennes, communication avec autrui, repérage dans la société, aptitudes scolaires élémentaires, etc...).

Il convient de noter que la terminologie de retard mental utilisée par l'OMS a remplacé celle de déficience encore utilisée par la classification française³ qui parle de « déficiences mentales ». « La signification probable de la différence de terminologie est donnée par la différence des définitions, la classification française ne faisant pas de prime abord référence à la notion de développement, tandis que, selon les termes mêmes utilisés, cette référence organise la classification internationale » (Jumel, 2013, p. 182).

La catégorie de « niveau mental limite » dont le QI était compris entre 68 et 80 a

³ Dans la suite de cette recherche, nous avons fait le choix d'utiliser l'une ou l'autre des deux terminologies qui recouvrent une même réalité.

disparu dans l'avant-dernière édition de l'OMS (CIM 9) et fait désormais partie des variations de la normale. Gibello (2009) salue la disparition de cette catégorie dans la mesure où « les sujets en présentant la caractéristique psychométrique ne sont pas distinguables de leurs contemporains, une fois devenus adultes, et que leur singularité réside dans leur difficulté à suivre la scolarité au rythme de leurs camarades : leur retard scolaire est de un à trois ans, généralement homogène, portant sur l'acquisition du langage, comme sur l'apprentissage du calcul » (o. c., p. 83). Il précise que ces élèves présentent un manque d'intérêt pour la scolarité et la culture, une certaine étroitesse d'esprit et une immaturité affective et sociale. Devenus adultes, ils sont capables d'apprendre un métier, de l'exercer et de s'intégrer socialement comme professionnellement. Il semble ainsi légitime de placer cette catégorie normale de la population hors champ de la pathologie. Notons au passage le caractère relatif et évolutif, et donc socialement construit, du rapport à la norme qui, en fonction des époques, désigne un individu comme étant déficient ou ne l'étant pas.

Benoit (2005) insiste sur l'apparition, avec la nouvelle cotation de l'OMS en 1988 à partir de la CIH, d'une nouvelle catégorie dont le QI est compris entre 70 et 100, portant la mention de « restriction sociogène de l'intelligence » qui semble correspondre aux élèves issus de milieux socialement défavorisés pour lesquels la « restriction » est l'effet d'un défaut de stimulation environnemental.

Trois facteurs peuvent être à l'origine d'un retard mental : un facteur organique, un facteur psychologique ou encore un facteur environnemental. Parfois isolés, ils apparaissent le plus souvent intriqués et la recherche de l'étiologie peut s'avérer difficile. Les facteurs organiques sont nombreux : étiologie génétique (trisomie, syndrome de l'X fragile), étiologie prénatale (rubéole, toxoplasmose), néonatale (complications à l'accouchement) ou encore postnatale (convulsions, méningites). Les facteurs psychologiques ont été beaucoup étudiés par la psychanalyse, en particulier lorsque aucune étiologie organique ne peut expliquer le déficit intellectuel : troubles intellectuels névrotiques, stupidités névrotiques ou pseudo débilité mentale, inhibitions intellectuelles, surinvestissement ambivalent des processus intellectuels (Klein, 1976 ; Mahler, 1942 ; Gibello, 1983). Enfin, les facteurs environnementaux ont été mis en évidence dans les années soixante par des sociologues sous l'impulsion des travaux de Bourdieu et Passeron (1964, 1970) et de théories comme le handicap socio-culturel (Ogbu, 1978) qui peut prendre la forme d'une déprivation (Bernstein, 1971) ou d'un conflit culturel (Lurçat, 1976). Il existe une corrélation statistique entre le

degré du déficit intellectuel et la présence d'une étiologie organique : plus le déficit est important, plus la probabilité de trouver une étiologie organique est grande (De Ajuriaguerra & Marcelli, 1981). Les déficiences mentales profondes sont réparties statistiquement de façon équivalente dans toutes les classes sociales (Pinell & Zafiroopoulos, 1978 ; Misès, Perron & Salbreux, 1994). A l'inverse, la particularité de la déficience légère est qu'il n'y a pas, la plupart du temps, d'étiologie organique, ce qui pose l'épineux problème du lien entre le milieu socio-culturel et le handicap mental léger. Il existe en effet un lien entre les inégalités sociales et de faibles performances intellectuelles, la catégorie sociale influant sur la distribution de la déficience légère qui est davantage une émanation de milieux sociaux se situant en bas de l'échelle sociale (Mirabail, 1979). Ce constat vient alimenter les théories du handicap socio-culturel qui mettent en évidence le lien statistique entre échec scolaire, difficultés d'apprentissage et origine sociale. Les enfants présentant une déficience mentale légère évoluent souvent dans un environnement marqué par la précarité sociale et ne sont pas en mesure de s'adapter aux attentes normatives du milieu scolaire et de répondre à ses exigences.

Ainsi, les enfants présentant un retard mental sévère ou profond avec prévalence d'une étiologie organique sont également répartis dans toutes les catégories sociales alors que les enfants présentant un retard mental léger sont plus nombreux dans les catégories sociales les moins favorisées. Déterminer si l'école est révélatrice d'une problématique déficitaire ou si, au contraire, elle en est à l'origine par ses critères de classification scolaires, normés et arbitraires est encore aujourd'hui l'enjeu d'un débat.

2.3.5 L'école produit-elle de la déficience ?

La déficience intellectuelle se définit à partir des trois critères précités à savoir : une apparition du retard lors de la phase développementale, c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans, une limitation des capacités cognitives ainsi qu'une limitation du comportement adaptatif. Outre la variabilité du concept d'adaptation sociale selon les cultures, la question de l'adaptation sociale est, chez les enfants, envisagée du côté de leur adaptation scolaire et donc des exigences de la scolarisation. R. Zazzo (1979) montre que les bornes de la débilité sont variables en fonction des exigences de la société et de la scolarisation ce qui a pour effet de faire fluctuer dans des proportions importantes le nombre de personnes considérées comme déficientes (Zazzo, cité par Guidetti & Tourette, 2010). Dans la catégorie *retard mental léger*

définie par la CIM 10, on voit apparaître ce commentaire : « Beaucoup d'adultes seront capables de travailler et de maintenir de bonnes relations sociales, et de s'intégrer à la société ». Jumel (2013) ajoute : « Ce qui signifie, disons-le de manière abrupte, que le retard mental pour près de 85 % des personnes sur lesquelles a été porté le diagnostic, n'aura pas d'autre réalité à l'âge adulte que celle d'un souvenir d'école » (o. c., p. 177). Il semblerait que le cadre institutionnel dans lequel ces mesures de l'efficacité cognitive sont réalisées ne soit pas neutre et Jumel rappelle la nécessité de fonder sa pratique sur un questionnement éthique : « À qui la mesure des efficacités répond-elle ? À qui devrait-elle répondre ? Que répond-elle ? » (o.c., p. 177). En effet, l'évaluation de l'efficacité cognitive devrait avant tout avoir pour vocation d'éclairer une situation-problème, de participer à la prise de décision concernant l'orientation scolaire d'un enfant et non de répondre à une commande sociale ou de contribuer à des pratiques sélectives lors des affectations vers l'enseignement spécialisé.

SYNTHESE

Après la promulgation de la loi du 11 février 2005 et en l'espace de 10 années, le nombre d'élèves scolarisés en ULIS école a augmenté de façon considérable, l'enseignement spécialisé ayant pour vocation de s'ajuster aux besoins spécifiques des élèves en situation de handicap. Il semblerait par ailleurs que ces classes ou dispositifs spécialisés servent de « soupape » au système d'enseignement ordinaire qui chercherait une solution pour accueillir ces élèves différents, en difficulté scolaire massive, présentant un écart trop important à la norme, et que les classes « ordinaires » ne parviennent plus à assumer. La demande en direction de l'enseignement spécialisé est renforcée par des critères d'orientation vers les CLIS puis vers les ULIS école qui tendent à s'élargir et s'ouvrent à de nouvelles pathologies développementales reposant sur une nosographie toujours plus précise. Les ULIS école scolarisent à ce jour une majorité d'élèves présentant un retard mental et le bilan cognitif est une pièce nécessaire à la constitution d'un dossier d'orientation auprès de la MDPH.

L'enseignement spécialisé qui ouvre sur le champ du handicap est, dès son émergence, avec les classes de perfectionnement, très imprégné par le modèle médical et la psychologie scientifique. Aujourd'hui encore, le registre médical reste très prégnant dans l'enseignement spécialisé : orientations sur critères médico-psychologiques assorties d'un nécessaire projet de soins, mise en avant d'évaluations psychométriques lors de l'examen des dossiers. L'école

semble avoir aujourd'hui le plus grand mal à se dégager de ce regard médical qui infiltre l'enseignement. La médicalisation initiale qui a donné une certaine direction à l'enseignement spécialisé perdure encore de nos jours.

CHAPITRE 3 : LA MEDICALISATION DE L'ÉCHEC SCOLAIRE

Depuis son émergence au début du vingtième siècle, l'enseignement spécialisé entretient des liens étroits avec le secteur de la santé. En 1945, la psychologie scolaire naît de cette rencontre entre le médical et la psychologie scientifique, avec le développement et l'utilisation des tests présidant à l'orientation vers des structures ou dispositifs spécialisés. Au-delà de cet ancrage historique et de ses effets objectivables dans la mise en œuvre de l'enseignement spécial, il nous faut à présent interroger les différentes conceptions de l'échec scolaire qui sous-tendent et expliquent les dynamiques actuelles. Il existe en effet plusieurs approches ou interprétations possibles de la difficulté grave et persistante qui peut être attribuée invariablement à des facteurs pédagogiques, sociaux, psychologiques, biologiques ou génétiques. En fonction des époques, tel registre explicatif sera privilégié à tel autre sans pour autant faire disparaître le registre explicatif concurrent. La logique actuelle est celle de l'individu, de son épanouissement, de « l'élève au centre du système éducatif », du suivi individualisé, de la pédagogie différenciée. L'échec scolaire semble trouver son origine dans une défaillance individuelle à laquelle on répond par un traitement individualisé. Depuis une vingtaine d'années, les interprétations et les réponses médico-psychologiques pour ces élèves « à besoins éducatifs particuliers » occupent le devant de la scène jusqu'à apparaître aujourd'hui comme des évidences. Deux approches antagonistes, se référant néanmoins toutes deux à l'individu, sous-tendent ce mouvement et occupent le terrain : la psychanalyse d'une part, les neurosciences cognitives d'autre part. La psychanalyse met en avant des explications et interprétations psychologiques s'ancrant le plus souvent dans les théories freudienne ou lacanienne, les neurosciences cognitives se réfèrent aux troubles des apprentissages d'origine neurobiologique ou génétique. L'avantage est aujourd'hui clairement du côté des neurosciences cognitives, courant en pleine expansion, qui revendique la scientificité de son approche et son avant-gardisme médical.

Comprendre cette montée en puissance d'une approche médicale en milieu scolaire et ses effets sur l'orientation vers l'enseignement spécialisé nécessite de resituer le phénomène dans une perspective socio-historique. Nous nous efforcerons de montrer, en nous appuyant sur les travaux de différents sociologues, médecins et psychologues comment ce processus de

médicalisation s'inscrit dans une perception et une approche de l'échec scolaire qui évoluent selon les époques et quels effets il peut avoir sur l'ensemble du système éducatif. Le terme de médicalisation est ici à entendre dans son acception élargie à savoir un processus recourant à l'interprétation et au traitement par l'ensemble des professionnels du soin, dont les psychologues.

3.1 D'« une médicalisation controversée (1960-1980) » à « une médicalisation décomplexée (depuis 1990) » (Morel, 2014). Vers une nouvelle approche du handicap

Les progrès de la science et les avancées des neurosciences cognitives sont fréquemment convoqués en guise d'explication de la médicalisation de la grande difficulté scolaire. Toutefois, « la place prise par le discours médical à l'école ne peut s'expliquer par les seules avancées scientifiques, souvent invoquées comme motif explicatif de l'identification aujourd'hui de pathologies et troubles inaperçus hier » (Savournin, 2016). Morel (2014) fait l'hypothèse que ces avancées scientifiques certes réelles ne suffisent pas à rendre compte de la large diffusion des approches médicales ainsi que de l'explosion démographique des professions de santé, médicales et paramédicales. Il s'efforce de poser un autre regard, celui du sociologue, sur la montée en puissance de la médicalisation en milieu scolaire, de réinscrire ce phénomène dans le cadre de transformations sociohistoriques afin d'en appréhender toute la complexité.

3.1.1 « Une médicalisation controversée 1960-1980 »

Les interprétations médico-psychologiques et les réponses apportées à la difficulté scolaire grave sont à mettre en lien avec les représentations de l'échec scolaire, leur compréhension et leur évolution. La notion d'échec scolaire apparaît pour la première fois en 1945 (Ravon, 2000) puis devient d'un usage plus courant à partir des années 1960 avec la massification du système éducatif (Prost, 1997) pour se banaliser dans les années 1980.

3.1.1.1 Une interprétation sociale de l'échec scolaire

Dans les années 1960-1970, de nombreuses recherches tendent à montrer que les enfants issus de milieux populaires sont davantage en échec que ceux issus de milieux favorisés. La sociologie qui s'est intéressée aux causes de l'échec scolaire, a mis en évidence un lien statistique significatif entre origine sociale et réussite ou échec scolaire des élèves. Les sociologies dites de la reproduction mettent en avant des différences liées à l'appartenance et

aux positions sociales (Bourdieu & Passeron, 1964, 1970 ; Berstein, 1971).

Avec la démocratisation de l'enseignement, le système éducatif a subi de profondes mutations internes. « La mise en place de l'école primaire unique » a rassemblé « sur les mêmes bancs les enfants de toutes les classes sociales » (Pinell & Zafirooulos, 1978, p. 34). Jusqu'en 1950, de façon un peu schématique, la plupart des enfants issus de classes populaires étaient scolarisés jusqu'à la fin de l'école primaire alors que nombre d'enfants provenant des classes moyennes ou supérieures étaient inscrits au lycée. « La sélection scolaire s'effectuait donc à partir de l'origine sociale, qui déterminait l'accès aux différents niveaux du système éducatif » (Morel, 2014, p. 38). A partir de 1959, différentes réformes du système scolaire vont se mettre en place avec pour objectif une démocratisation de l'enseignement : l'allongement obligatoire de la scolarité jusqu'à 16 ans en 1959 et la création du collège unique en 1975. Dès 1960, le nombre d'élèves scolarisés au collège augmente et les enfants issus de classes populaires accèdent plus nombreux à l'enseignement secondaire. Cette modification profonde du système éducatif entraîne des problèmes nouveaux auxquels le monde scolaire devra répondre : les établissements doivent en effet gérer le flux croissant d'élèves et la nouvelle population accueillie rencontre par ailleurs des difficultés d'apprentissages et d'adaptation. Ainsi malgré le volontarisme politique de démocratisation du système éducatif, les inégalités de réussite persistent et l'école semble jouer un rôle déterminant dans la perpétuation de ces inégalités.

Les travaux de Bourdieu et Passeron (1964), notamment, montrent comment le poids des structures sociales oriente la vie des individus. Ils mettent l'accent sur les différences existant entre des classes sociales hiérarchisées, sur des différences de positions sociales qui tendent à se reproduire et se muent en différences de positions scolaires au sein de l'institution. Le système scolaire reproduit des différences. Il est en effet conçu par les classes dirigeantes qui transmettent à leurs enfants un capital culturel, familial, des habitus (dispositions acquises par la socialisation) nécessaires à leur adaptation en milieu scolaire. Ainsi, les enfants issus de ces classes dominantes réussissent mieux parce qu'ils adhèrent aux normes et à la culture scolaire. Cette reproduction se fait dans un contexte de « violence symbolique » pour reprendre les termes de Bourdieu (1970). L'école impose en effet un arbitraire culturel qu'elle fait admettre comme légitime à ceux qui le subissent. L'école conservatrice contribuerait ainsi à la reproduction des inégalités sociales.

Avec cette mise en lumière critique des inégalités de réussite et la contribution de l'institution, la compréhension et l'explication de l'échec scolaire dans les années 1960-1980 s'orientent donc vers des facteurs sociaux qui constituent alors le registre interprétatif dominant. Or, de façon un peu étonnante, dans le premier degré, des réponses médico-psychologiques vont être apportées à cette interprétation sociale de l'échec scolaire.

3.1.1.2 Des réponses médico-psychologiques

Nous avons rappelé dans le premier chapitre comment, avec le prolongement de la scolarité obligatoire et la nécessité d'accueillir une nouvelle population d'élèves en difficulté, souvent jugée peu adaptée au système scolaire, des processus ségrégatifs se sont mis en place sur le terrain et comment les enseignants ont progressivement orienté les élèves en grande difficulté cognitive ou comportementale vers des filières spécialisées. « Ces processus ségrégatifs sont en œuvre dès l'école primaire, où un très grand nombre d'enfants issus des fractions les plus démunies des classes populaires sont, au cours des années 1970, orientés vers les classes de perfectionnement ou des institutions de l'éducation spécialisée » (Morel, 2014, p. 41). Désorientés par ces élèves mal ajustés pour lesquels l'enseignement ordinaire n'apporte que peu de réponses, pris dans des problématiques de terrain, les enseignants ont recherché « des solutions individuelles à des cas problématiques » (o. c., p. 45). C'est ainsi que « au mode brutal de sélection et d'élimination par rejet de l'institution se sont substituées, avec la prolongation de la scolarité obligatoire et la mise en place corrélative d'un système de filières multiples et hiérarchisées, des formes douces de relégation » (Euvrard, 1979, cité par Morel, o. c., p. 41). Ce type d'orientation était justifié, comme c'est encore le cas aujourd'hui pour les élèves d'ULIS école, par des critères médico-psychologiques mettant en avant une déficience intellectuelle ou des troubles du comportement. Mannoni (1964) dénonce cette forme douce de relégation que constitue l'orientation de certains élèves vers les classes de perfectionnement et qui atteste d'une tendance médicalisante de l'orientation. « Combien de ces enfants (et je pense ici à une catégorie de débiles légers et à des cas dits limites) auraient-ils pu être récupérés dans un cadre scolaire normal à même d'affronter les problèmes posés par leurs difficultés » (o. c., p. 136). Cinquante ans plus tard, le questionnement autour de la scolarisation de certains élèves en ULIS école est toujours d'actualité.

Un autre type de réponse médico-psychologique à la difficulté scolaire, radicalement différent, trouve son origine dans l'émergence et le développement des Centres Médico-

Psychopédagogiques (secteur médico-social) et des Centres Médico-Psychologiques (secteur sanitaire) alors fortement influencés par l'approche psychanalytique. Le premier Centre Psycho-pédagogique (CPP) est créé en 1946 à Paris au lycée Claude Bernard sous la direction du docteur Berge, psychanalyste et médecin. Les CPP se développent rapidement et deviennent les Centres-médico-psycho-pédagogiques qui sont au nombre de 165 en 1971. « Ils se présentent comme une structure de prévention des inadaptations scolaires, capable d'intervenir sur la déficience mentale » (Pinell & Zafiroopoulos, 1978, p. 44). Les analystes des CMPP ex-CPP accordent une importance particulière à la constellation familiale et se réfèrent à « un même type d'interprétation étiologique : les problèmes relationnels » (o.c., p. 40). Si l'approche psychanalytique connaît un tel essor, c'est sans doute, tout au moins en partie, parce qu'elle est en mesure de proposer un modèle psycho-social, une articulation de processus intrapsychiques et de processus sociaux permettant ainsi de dépasser des clivages disciplinaires avec les sciences sociales qui font alors référence et offrant une vision plus globale des phénomènes étudiés. Ces deux approches insistent en effet sur le caractère le plus souvent acquis et non inné des difficultés scolaires et s'opposent à une approche « biologisante » et héréditariste qui mettrait en avant des explications de la grande difficulté scolaire en termes de déterminisme biologique. Les thèses organicistes sont vivement critiquées, contestées et on assiste, par exemple, à une violente controverse entre les tenants de la psychanalyse et le neuropsychiatre Pierre Debray Ritzen (1978) qui s'est particulièrement intéressé à la dyslexie et à son origine organique et génétique.

Le débat inné/acquis entre les théories innéistes du développement et celles mettant en avant l'environnement social, les interactions, le développement psychoaffectif est bien présent. Les approches dominantes sont alors celles de la psychanalyse et de la sociologie qui prennent en compte les inégalités sociales, l'influence du milieu et les interactions de l'individu avec son milieu. Dans les années 1990, la tendance va s'inverser à partir d'« une redéfinition progressive de l'échec scolaire » (Morel, 2014, p. 52).

3.1.2 « Une médicalisation décomplexée »

A partir de 1990, le recours aux professionnels du soin tend à se banaliser. Des orthophonistes, psychomotriciens, orthoptistes, ergothérapeutes participent régulièrement aujourd'hui aux équipes éducatives ou équipes de suivi, amènent leur expertise et s'efforcent

d'éclairer les difficultés rencontrées par un élève à la lumière de leur spécialité. L'approche psychologique d'orientation psychanalytique très présente dans les années 1960-1970 perdure. Depuis les années 1980, avec les progrès des neurosciences, de nouvelles approches ou explications possibles de la difficulté grave et persistante se développent. La neuropsychologie infantile par exemple, discipline en pleine expansion, s'intéresse au développement cognitif typique et pathologique de l'enfant et apporte un éclairage nouveau sur les troubles scolaires sévères. Ces approches organicistes et génétiques, dominées par la logique médicale, attribuent en effet certaines difficultés scolaires à des troubles cognitifs d'origine neurologique. Les bilans médicaux mettant en œuvre des protocoles rigoureux visant à diagnostiquer des troubles spécifiques des apprentissages à l'origine de nombre de difficultés scolaires graves font aujourd'hui autorité et le diagnostic de trouble cognitif spécifique impliqué dans les apprentissages ou « dys » est fréquemment convoqué. Psychanalyse et neurosciences cognitives qui reposent sur des fondements théoriques et idéologiques diamétralement opposés, s'affrontent, parfois violemment, comme en témoigne la parution du Livre noir de la psychanalyse (Meyer, 2005). Les neurosciences reprochent à la psychanalyse sa vision passéiste, son incapacité à assimiler les progrès de la science voire même son imposture (Cottraux, 2001 ; Borsch Jacobsen & Fischman, 2005). La psychanalyse renvoie les neurosciences cognitives à son approche organiciste en l'accusant de réductionnisme (Miller, 2006 ; Gosselin & Askofaré, 2009).

Quelle que soit l'approche dominante, le processus de médicalisation de la difficulté scolaire s'accélère et se renforce. Morel (2014) met en lien cette évolution avec les principales inflexions des politiques éducatives de lutte contre l'échec scolaire. Il semblerait que l'école ne remplisse pas son rôle dans le sens d'une égalisation des chances mais contribue d'une part à former des élites, de l'autre à produire des « laissés-pour-compte » d'un système qui s'adapte peu aux plus faibles et ne parvient pas à leur transmettre des compétences de base (lire, écrire, compter). Les priorités éducatives vont alors se recentrer sur les savoirs fondamentaux, la différenciation des enseignements et l'individualisation des parcours scolaires.

3.1.2.1 Savoirs fondamentaux et médicalisation de l'échec scolaire

L'objectif premier affirmé par l'école est désormais d'améliorer concrètement et de façon significative la situation des élèves les plus faibles, de permettre la réussite de tous.

« Notre École rencontre des difficultés croissantes à faire réussir tous les jeunes qui lui sont confiés. Contrairement à d'autres pays, elle ne parvient pas à réduire la part des jeunes qui échouent, ni l'impact des inégalités sociales sur les parcours scolaires. Le nombre des élèves en grande difficulté a même tendance à augmenter. Chaque année plus de 120 000 d'entre eux, massivement issus des milieux sociaux les moins favorisés, abandonnent leur scolarité. Cet intolérable gâchis humain, social et économique doit cesser. Refonder l'École, c'est assurer la réussite de tous les élèves en faisant en sorte que chacun, quelle que soit son origine sociale et géographique, puisse accéder au niveau de qualification le plus élevé possible dans la voie qu'il a choisie » (MEN, 2012). Pour y parvenir, il s'agit désormais de se recentrer sur les compétences de base, sur les savoirs fondamentaux (lire, écrire, compter) d'où l'introduction en 2005 du socle commun des compétences définissant les compétences à acquérir au cours de la scolarité ou la création de dispositifs d'aide personnalisée en 2012 (APC). Cette focalisation sur les savoirs fondamentaux a encouragé l'externalisation du traitement de la difficulté scolaire et le recours aux professionnels du soin malgré un recentrage apparent sur l'action pédagogique des enseignants. « Tout recentrement sur les difficultés des élèves à l'école primaire conduit, en l'état actuel des choses, à une hausse du recours aux professionnels du soin » (Morel, 2014, p. 62).

Les injonctions au recentrage sur l'apprentissage de la lecture et la focalisation sur la maîtrise du code a conduit certains enseignants à orienter vers des spécialistes, les orthophonistes, des élèves présentant des difficultés persistantes dans l'apprentissage du code, à déléguer d'une certaine façon une partie « du sale boulot pédagogique » (o. c., p. 63) d'où une explosion du recours aux spécialistes du soin et une médicalisation accrue. Par ailleurs, la difficulté à entrer dans les apprentissages fondamentaux est considérée par les enseignants comme par beaucoup de spécialistes comme « une anormalité d'origine pathologique » (o. c., p. 65). Il y aurait un savoir minimal à la portée de chacun : ne pas y accéder est envisagé comme une déviance à la norme ou pensé en termes de handicap dont les origines seraient médico-psychologiques et non sociales ou pédagogiques.

Ce recours croissant des enseignants aux professionnels du soin converge avec l'actuelle montée en puissance des neurosciences cognitives dans un entrecroisement d'influences réciproques. Les approches intégrant la dimension organique et génétique occupent aujourd'hui une place grandissante et un réseau important de spécialistes du soin

dans les troubles des apprentissages s'est développé. Les difficultés d'apprentissages sont interprétées sur un versant cognitif en termes de troubles « dys » et les professionnels du soin se présentent comme les experts de la grande difficulté scolaire face à des enseignants qui se voient progressivement dépossédés de leur expertise des questions scolaires dans un mouvement de délégation ou de soumission à un autre plus « savant ». Ces troubles reconnus scientifiquement sont par ailleurs pris en compte au sein de l'Éducation nationale (Ringard 2000) et sont définis comme des dysfonctionnements cognitifs causés par des problèmes neurologiques d'origine organique ou génétique. Le monde scolaire et au-delà nos sociétés contemporaines tendent en effet à valoriser certains types de savoirs s'inscrivant dans une approche scientífico-médicale où tests et bilans chiffrés produits par des experts revêtent une dimension de vérité scientifique. Ce scientisme dominant dans notre monde contemporain est très présent dans le champ de l'éducation et fait aujourd'hui l'objet de nombreuses critiques (Sauret, 2009 ; Savournin, 2016) car il fait l'impasse sur d'autres logiques, sociales, cliniques ou pédagogiques.

Le recentrage sur les apprentissages fondamentaux qui constitue l'un des deux axes majeurs des politiques éducatives actuelles a donc été, selon Morel (2014), un facteur important dans le processus de médicalisation de l'échec scolaire. Le deuxième axe qui est celui de l'individualisation et de la différenciation du traitement de la difficulté scolaire semble jouer un rôle tout aussi important dans cette dynamique.

3.1.2.2 Traitement individualisé de l'échec scolaire et médicalisation

Les politiques éducatives actuelles mettent l'accent sur la nécessité de passer d'une pédagogie collective à une pédagogie individualisée, de différencier les apprentissages, de les adapter, de les ajuster en fonction des besoins spécifiques des élèves. « Au sein de chaque cycle d'enseignement, des dispositions appropriées sont mises en œuvre par l'équipe pédagogique pour prendre en compte les potentialités et les besoins de chaque élève » (Circulaire n°2014-107 du 18/08/2014). Cette individualisation au niveau des apprentissages cible dans les faits les élèves les plus en difficulté et les plus fragiles mais a pour vocation de s'adresser à tous, y compris aux élèves en réussite ou à haut potentiel par exemple. Elle se traduit par la valorisation d'une pédagogie différenciée au sein de la classe, par la mise en place des Aides Personnalisées à l'Élève (APE) puis des Activités Pédagogiques Complémentaires (APC), par la mise en œuvre de Programmes Personnalisés

de Réussite Éducative (PPRE) ou de Projets Personnalisés de Scolarisation (PPS) pour les élèves relevant du champ du handicap, par une externalisation des aides proposées par des professionnels du soin. Elle a donné lieu, nous l'avons largement commenté dans le chapitre consacré à l'inclusion scolaire, à la formalisation d'une nouvelle catégorie d'élèves désignés dans les textes officiels sous le terme « d'élèves à besoins éducatifs particuliers », méta-catégorie englobant les élèves « atteints par tout type de déficiences, de difficultés ou de désavantages » (Morel, 2014, p. 69) : élèves en situation de handicap ou nécessitant un projet adapté, élèves ayant des problèmes de santé ou présentant un trouble des apprentissages, élèves allophones ou intellectuellement précoces. La formalisation et la diffusion de cette méta-catégorie ont largement contribué à favoriser la médicalisation de l'échec scolaire.

En effet, les difficultés d'un grand nombre d'élèves appartenant à la catégorie « des élèves à besoins éducatifs particuliers » sont définies à partir de critères médico-psychologiques : c'est bien évidemment le cas pour les enfants ayant des problèmes de santé mais aussi pour ceux relevant du champ du handicap ou pour les élèves présentant un trouble des apprentissages. Pour tous les élèves en situation de handicap, un diagnostic ou un avis médical, un compte-rendu du psychologue scolaire ainsi que divers bilans effectués par les professionnels du secteur paramédical sont nécessaires lors de la constitution du dossier. Un bilan psychométrique, le plus souvent réalisé par le psychologue scolaire doit également être remis à la Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes handicapées (CDA) mais aussi à la Commission Départementale d'Orientation (CDO) lors de l'orientation d'élèves vers l'enseignement spécialisé (ULIS école, IME, ITEP, ULIS collège) ou vers l'enseignement adapté (SEGPA). Par ailleurs, seul le corps médical est en mesure de diagnostiquer de façon officielle un trouble spécifique des apprentissages et il prend appui pour cela sur les divers bilans effectués par des professionnels du soin comme les orthophonistes, les psychomotriciens ou les psychologues. Les enfants à haut potentiel n'échappent pas à ce processus puisque les critères de la précocité sont en partie définis à partir de la réalisation d'un bilan cognitif et de critères psychométriques.

Morel explique enfin comment la catégorie des « élèves à besoins éducatifs particuliers » a participé à la médicalisation de l'échec scolaire en « faisant rentrer dans le rang les facteurs socio-pédagogiques à l'origine des difficultés scolaires » (o. c., p. 70). L'échec

scolaire est désormais envisagé comme résultant de causes multiples, souvent médico-psychologiques et l'explication par des facteurs sociaux, dont l'importance semble relativisée, n'occupent plus le devant de la scène comme dans les années 1960-1970. Ils deviennent un critère explicatif parmi d'autres. Par ailleurs, la logique à l'œuvre n'est plus dans une hiérarchisation des causes des difficultés mais dans leur prise en charge effective, dans la capacité de proposer un enseignement adapté aux besoins spécifiques des élèves ou de leur prodiguer des soins. La réflexion sur les causes et la construction de la difficulté scolaire semble reléguée au second plan, le plus important étant de pouvoir répertorier une multiplicité de catégories d'élèves à partir desquelles mettre en œuvre une différenciation des enseignements perçue comme la condition *sine qua non* de l'amélioration de l'école unique en France. Comme le rappelle Rochex (2010), « le cadre de référence des politiques d'éducation prioritaire, mais aussi des politiques scolaires génériques, n'est plus le rapport des différents milieux sociaux au système éducatif, mais l'adaptation de celui-ci à la diversité des individus », diversité, faut-il ajouter, de plus en plus construite à partir de critères médico-psychologiques (o.c., p. 72).

Le traitement individualisé de la difficulté scolaire favorise le retour d'un registre explicatif dénoncé par Bourdieu et Passeron (1964), « l'idéologie du don » auquel Rochex (2011) rattache la tendance actuelle à une lecture « essentialiste » des difficultés scolaires. Différencier, individualiser les enseignements c'est en effet reconnaître les différences de capacités, d'aptitudes entre les élèves pour être en mesure de s'y adapter. Les différences interindividuelles, talents, capacités, rythme de travail, motivation, curiosité, maturité, sont repérées avec, en apparence, pour objectif louable d'ajuster les enseignements et la pédagogie. Toutefois, la critique sociologique de l'idéologie du don, de l'inégalité supposée des dons souligne combien le recours aux dons ou aux aptitudes pour rendre compte des inégalités de réussite scolaire tend à naturaliser les différences et à masquer les inégalités sociales, participant ainsi à leur reproduction. En effet, les classes privilégiées légitiment ainsi leur héritage et leurs privilèges culturels en les transformant en mérite personnel et rendent invisibles les facteurs sociaux à l'origine des inégalités de réussite scolaire.

Comprendre la médicalisation de l'échec scolaire nécessite d'aller au-delà de certaines explications qui tendent à s'imposer de façon presque évidente, comme les progrès et les découvertes récentes des neurosciences et d'analyser ce processus en l'inscrivant dans une perspective historique des politiques éducatives et de leur interprétation de l'échec scolaire.

Un nouvel élément déterminant dans la médicalisation de l'échec scolaire reste à examiner : il s'agit de la mise en œuvre des politiques en faveur des personnes handicapées avec les lois sur le handicap de 1975 puis de 2005 et les paradigmes d'intégration et d'inclusion qui y sont rattachés. Les MDPH deviennent un vecteur de médicalisation et tendent à « produire » du handicap que le système éducatif vient régulièrement alimenter.

3.1.3 Les effets des lois handicap

3.1.3.1 Un afflux massif d'élèves en grande difficulté

Les lois sur le handicap de 1975 puis de 2005 ont favorisé l'intégration puis l'inclusion des élèves handicapés dans les classes ordinaires. L'école ordinaire a désormais pour vocation d'accueillir la quasi-totalité des élèves et les enseignants sont confrontés à des élèves aux problématiques diverses et variées auxquelles ils sont souvent peu préparés. De la mise en place d'une école inclusive pour tous découle la nécessité de s'adapter aux besoins de chacun. Le nombre d'intégrations individuelles (enfants disposant d'un PPS) est en constante augmentation. Il est passé, dans le premier degré, de 27 900 en 1998-1999 à 94 782 en 2013-2014 (DEPP-RERS 1999 ; 2014). A ces élèves en situation de handicap, s'ajoutent des élèves en grande difficulté scolaire relevant d'un enseignement adapté. Les RASED qui ont remplacé les GAPP ont pour mission d'aider au dépassement de ces difficultés et constituent une aide précieuse pour les enseignants, une sorte d'antichambre à la médicalisation. Or, le nombre des postes de RASED diminue depuis quelques années de façon significative. En 2004 en métropole, les maîtres E et G étaient au nombre de 10 762, ils ne sont plus que 5 866 en 2012 (Foucaud & Haut, 2013). Malgré l'affirmation de la Circulaire n° 2014-107 du 18-8-2014, précisant que « les enseignants spécialisés et les psychologues scolaires occupent [...] une place fondamentale qui n'est substituable à aucune autre », force est de constater la remise en cause des réseaux d'aides ces dernières années. La plupart sont aujourd'hui incomplets, les départs en formation se font rares. Les réseaux d'aides sont bel et bien menacés de disparition. Face au vide laissé, la tentation est grande de recourir à d'autres formes d'aide. Désormais familiarisés avec l'univers médico-psychologique en lien étroit avec le champ du handicap, obéissant à « un principe de précaution » (Morel, 2014, p. 80) et répondant aux injonctions de l'institution de mettre en œuvre des actions de prévention et de remédiations spécifiques, les enseignants, souvent perplexes face aux difficultés massives rencontrées par certains élèves, n'hésitent plus à recourir aux professionnels du soin et conseillent aux familles de consulter des spécialistes,

orthophonistes, psychomotriciens ou psychologues...

Le milieu scolaire, dans son ensemble, participe ainsi à une banalisation du recours aux professionnels du soin et à la multiplication des prises en charge médico-psychologiques. Morel (2014) relève la croissance démographique des orthophonistes dont le nombre passe de 160 au début des années 1960 à près de 20 000 aujourd'hui et souligne la tendance grandissante des enseignants à gérer l'hétérogénéité des classes « grâce à la délégation d'une partie de l'aide aux élèves issus des fractions les plus démunies des classes populaires, à commencer par ceux issus de l'immigration dont la pauvreté du vocabulaire ou de la syntaxe nécessiterait, selon eux, une rééducation spécialisée dépassant les compétences pédagogiques du maître » (o. c., p. 90).

La présence d'enfants en situation de handicap à l'école a également eu pour effet de familiariser les enseignants avec l'univers médico-psychologique s'y rattachant et le recours à la MDPH, susceptible d'apporter des aides humaines et financières non négligeables, tend à se généraliser et à s'imposer comme une évidence. Mis en difficulté par la scolarisation de certains élèves en très grande difficulté ou perturbateurs, les enseignants sont prompts à faire appel à l'enseignant référent dans le cadre d'une demande de nomination d'une AVS ou de la mise en place de matériel adapté (ordinateur par exemple) sans toujours être pleinement conscients que saisir la MDPH est aussi une démarche qui débouche sur une reconnaissance de handicap qui n'est en aucun cas anodine et peut, au-delà d'un étiquetage médical, produire des effets de fixation en identifiant l'enfant à un trouble, en le réduisant « à des signifiants dys, handicapés, troublés, malades, 'signes identitaires indélébiles' » (Savournin, 2016, p. 4). La démarche est identique lors d'une demande d'orientation en ULIS école. Le milieu ordinaire n'étant pas en mesure de répondre aux difficultés massives d'un élève, l'orientation en ULIS école apparaît comme une réponse possible permettant de prendre en compte les besoins spécifiques de l'enfant mais cette orientation ne peut se faire qu'en passant par la case handicap et en reconnaissant chez l'enfant un trouble des fonctions cognitives ou mentales.

Cette familiarisation, cette proximité avec le champ du handicap semble avoir pour effet de déplacer le curseur du normal vers le pathologique, un glissement s'opère vers une pathologisation de plus en plus prégnante des difficultés d'apprentissage.

3.1.3.2 Une tendance à la pathologisation des difficultés d'apprentissage

Cette tendance à la pathologisation des difficultés d'apprentissage entraîne certains

enseignants à conseiller aux parents une consultation auprès de professionnels du soin ou à déposer une demande parfois injustifiée auprès de la MDPH, alors même que toutes les solutions ou remédiations pédagogiques n'ont pas été explorées. La diminution du nombre de personnels RASED accentue encore le phénomène : là où le maître E, enseignant spécialisé à dominante pédagogique, aurait pu accompagner un élève en le soutenant dans son apprentissage de la lecture et en l'aidant à retrouver une confiance parfois perdue en ses capacités, on fait appel, faute de maître E, à un orthophoniste et l'élève devient alors un patient atteint d'un trouble à rééduquer.

Ce processus de pathologisation de l'échec scolaire a été rendu possible d'une part, par l'élargissement de la notion de handicap et d'autre part par la montée en puissance des neurosciences. L'élargissement de la définition du handicap opéré par la loi de 2005 est posé très clairement dès les premières lignes de la loi qui en donnent une définition précise et intègrent notamment les handicaps cognitifs, intellectuels et psychiques : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » L'élargissement de la définition aux handicaps cognitifs, notamment, va désormais ouvrir la voie aux troubles cognitifs spécifiques impliqués dans les apprentissages aussi appelés « dys » : dyslexie, dyspraxie, dysorthographe, dyscalculie etc... Or les neurosciences, la neuropsychologie, les professions médicales et paramédicales sont de grands pourvoyeurs de diagnostics « dys » en tout genre qui constituent le sésame donnant accès à l'ouverture de droits auprès de la MDPH. Comme le rappellent Mazeau et Pouhet, médecins de rééducation (2014) : « les « dys » résultent de l'altération (l'atypie, le dysfonctionnement, l'anomalie, le déficit) élective du développement de certaines fonctions cognitives, trouble provoquant une gêne notable, un désavantage par rapport aux pairs, un handicap dans la vie personnelle, scolaire ou sociale du sujet » (p. 16). Il ne s'agit pas ici de disqualifier les diagnostics « dys » et la prise en compte de ces troubles par la MDPH, mais bien plutôt de repérer combien la pente peut s'avérer glissante et il convient de rappeler la difficulté qu'il y a, bien souvent, à délimiter la normalité de la pathologie. Mazeau et Pouhet soulignent par ailleurs comment « un diagnostic peut dépendre de la spécialité du (ou des) professionnel (s) consulté (s). Il en

sera de même du traitement qui sera proposé, fluctuant en fonction des convictions et de la formation du rééducateur sollicité » (o. c., p. 2).

Un dernier élément, enfin, qui pourrait sembler anecdotique, participe de cette tendance à la pathologisation. L'Éducation nationale propose aux enseignants des documents guide ou des journées de formation (animations, conférences pédagogiques, stages de formation continue) sur les différents troubles médico-psychologiques que sont par exemple les troubles envahissants du développement, les troubles cognitifs spécifiques (dyslexie, TDAH...) avec pour objectif de leur apporter les connaissances scientifiques nécessaires à la reconnaissance de ces troubles ou à leur prise en charge. Au-delà de l'intérêt que peuvent sans doute représenter ces formations, des effets pervers se font néanmoins sentir comme « l'appropriation sauvage du registre médico-psychologique par les enseignants » (Morel, 2014, p. 84), la multiplication du recours aux spécialistes experts ou, sous l'effet du biais de confirmation bien connu des psychologues, la tendance à repérer un trouble chez tout enfant ne correspondant pas parfaitement à la norme.

Face à cette tendance déferlante à la médicalisation, le psychologue qui se situe à l'interstice du scolaire et du soin a sans aucun doute un rôle déterminant à jouer. De par sa formation et ses connaissances sur le développement typique ou atypique d'un enfant, il doit être en mesure de se repérer sur un continuum allant du normal au pathologique, et être capable d'éclairer les enseignants sur la réalité des troubles et la nécessité de mettre ou non des soins en place, en s'appuyant lorsque nécessaire sur le médecin scolaire ou les services de soins extérieurs à l'école.

Médicalisation de la difficulté scolaire, recours aux professionnels du soin, et lois handicap de 1975 puis de 2005, sont étroitement liés. La tendance actuelle est à une « handicapalisation » des élèves, néologisme permettant de faire fusionner les deux concepts, handicap et médicalisation (Savournin 2014). Toutefois, des modifications de cette logique, certes encore à l'état de frémissements, semblent s'amorcer avec la Circulaire n° 2015-016 du 22 janvier 2015 sur « le plan d'accompagnement personnalisé ».

3.1.3.3 Vers une nouvelle logique ?

Le Plan d'Accompagnement personnalisé (PAP) prévoit, dans la durée, des mesures d'aménagement de la scolarité pour des élèves qui présentent des difficultés scolaires durables

ayant pour origine un ou des troubles des apprentissages. Le trouble doit être identifié par le médecin scolaire ou par tout autre médecin suivant l'enfant mais il revient au médecin de l'Éducation nationale de donner un avis sur la réalité des troubles et sur la mise en place d'un PAP qui ne peut être décidé sans son agrément. L'élève bénéficiant d'un PAP est un élève pour lequel on considère que les dispositifs spécifiques au handicap sont inutiles et que des aménagements pédagogiques suffisent à la prise en charge du trouble. Il est présenté comme une mesure de simplification puisqu'il n'est pas nécessaire de faire appel à l'enseignant référent et de saisir la MDPH. Il se différencie donc du PPS qui nécessite une notification MDPH.

La médicalisation reste cependant très présente dans ce nouveau dispositif : un trouble des apprentissages est à l'origine de tout PAP qui nécessite l'agrément du médecin scolaire. Ce dernier doit définir les besoins de l'élève et identifier les points d'appui pour les apprentissages. Toutefois, la MDPH n'est pas saisie et l'élève ne « bascule » pas dans le champ du handicap. Enfin, les réponses envisagées sont en premier lieu des aménagements, des adaptations pédagogiques et redonnent toute leur place aux enseignants et à leur expertise sur ces questions. Les associations de parents d'élèves souffrant de troubles des apprentissages ne s'y sont pas trompées et le site Intégration Scolaire et Partenariat souligne combien l'annonce du PAP « n'a pas été sans soulever des inquiétudes chez les parents des enfants souffrant de troubles des apprentissages, car si certains se réjouissent de ce que le PAP devrait permettre des aménagements rapides et adaptés pour les enfants concernés, d'autres craignent qu'il n'aboutisse à ignorer plus ou moins le handicap et à traiter les élèves en situation de handicap comme des élèves simplement en difficulté » (2016, p. 184.htm).

Face au nombre grandissant des dossiers déposés auprès de la MDPH lié pour partie à l'élargissement de la définition du handicap et à la médicalisation de la difficulté scolaire, le PAP ne serait-il pas une tentative de restreindre et d'endiguer le flot de demandes et ce faisant de donner un coup de frein à cette propension à handicaper à tout va qui représente pour la société une importante charge financière ?

La première partie de ce chapitre a été consacrée à l'analyse de la médicalisation de l'échec scolaire dans une mise en perspective historique retraçant l'évolution des politiques éducatives et de celles en faveur des personnes handicapées. De 1960 à nos jours, deux

grandes approches médico-psychologiques antagonistes et concurrentes ont tenté d'apporter des explications et des réponses à la grande difficulté scolaire avec des succès différents selon les époques : l'approche psychodynamique d'inspiration psychanalytique et celle des neurosciences cognitives. L'objet de cette deuxième partie est de mieux cerner ce qui les distingue, les différencie ou les oppose, d'en comprendre les enjeux et d'examiner les traitements ou solutions envisagées.

3.2 Psychanalyse et neurosciences cognitives : deux approches concurrentes

Du côté des soins, les difficultés d'un élève peuvent être interprétées différemment selon le point de vue théorique envisagé : centration sur l'individu en tant que sujet apprenant inscrit dans une histoire ou repérage de troubles cognitifs causés par des problèmes neurologiques d'origine organique, génétique ou cognitive.

3.2.1 Des démarches diamétralement opposées

3.2.1.1 Des interprétations différentes des difficultés d'apprentissage : symptôme ou trouble, dysfonctionnement ?

La psychologie clinique d'inspiration psychanalytique envisage le plus souvent les difficultés d'apprentissage en tant que symptômes signifiants. Le symptôme, formation de l'inconscient tout comme le rêve, le lapsus ou l'acte manqué, est porteur d'un sens, d'un message qu'il fait ex/ister. Quelque chose dans le symptôme veut se dire qui ne peut pas se dire. Il appelle la présence d'un autre et attend d'être décrypté. Menès (2012), psychanalyste et psychothérapeute dans un centre médico-psycho-pédagogique, propose une lecture des difficultés d'apprentissage envisagées comme le ou les symptômes d'un rapport entravé au savoir s'inscrivant dans une histoire personnelle, singulière. Elle écrit à ce sujet : « En l'occurrence les dysfonctionnements, difficultés d'apprentissage de la lecture, de l'orthographe, impossibilité de s'orienter dans le temps, dans l'espace, d'organiser ses activités, etc., peuvent être pour un enfant donné un symptôme, et comme tel une sorte de message révélateur de sa vie psychique » (o. c., p. 113). Le désir de savoir d'un sujet ou de ne pas savoir est à mettre en lien avec son histoire. Il se nourrit des dimensions inconscientes du désir de savoir, du fantasme qu'un sujet a construit autour et des projections qui l'accompagnent. La difficulté scolaire peut être révélatrice d'une immaturité, d'une trop grande dépendance à l'autre, d'une peur de grandir, d'un conflit œdipien. Elle peut cacher un conflit de loyauté envers le milieu familial, la peur de « dépasser » un parent aimé

analphabète ou l'incapacité à se confronter à la frustration, à ses manques, l'impossibilité de se penser manquant. Une telle approche place le désir d'apprendre au cœur du processus d'apprentissage et analyse l'échec scolaire à travers le prisme d'une logique qui est celle de l'inconscient. Les difficultés rencontrées dans les apprentissages ne relèvent pas nécessairement de facultés cognitives déficitaires (attention, mémorisation, compréhension) ou de défaillances organiques mais sont à mettre en lien avec l'histoire d'un sujet, de son désir de savoir et d'apprendre, histoire qui ne peut être que singulière, différente pour chacun et s'enracine dans la petite enfance. Ainsi, l'échec scolaire est analysé comme le symptôme d'une problématique psychoaffective qu'il vient révéler et n'occupe donc à ce titre qu'une place subalterne, secondaire dans la mesure où le travail thérapeutique va se centrer sur les raisons profondes de son apparition sans tenter une approche instrumentale visant à le résoudre.

Très différente est la démarche des neurosciences cognitives qui se centre sur le symptôme envisagé comme un trouble ou un dysfonctionnement. La neuropsychologie infantile étudie le développement atypique ou pathologique des fonctions cognitives qui affecte chez certains enfants des domaines d'apprentissages bien spécifiques. « La neuropsychologie, partie médicale des neurosciences, en lien avec toutes les sciences de l'Homme, contribue à en éclairer une des facettes : celle qui concerne le développement pathologique, atypique ou déficitaire, de certains enfants dans certains secteurs de la cognition » (Mazeau & Pouhet, 2014, p. 8). D'une façon générale, les neurosciences étudient le fonctionnement normal ou typique du cerveau afin de mieux en comprendre les aspects pathologiques. Le cerveau, organe de traitement de l'information, est aujourd'hui envisagé dans une perspective dynamique : les principales aires cérébrales impliquées dans les différentes fonctions cognitives et déjà localisées dans la seconde partie du XIX^{ème} siècle s'avèrent être porteuses d'assemblées et de réseaux de neurones mouvants et fortement interconnectés. Les progrès de l'imagerie cérébrale permettent d'accéder à une représentation de l'activité cérébrale mettant, par exemple, en évidence des anomalies (sous-activation) concernant l'ensemble du réseau impliqué dans la lecture, dans l'hémisphère gauche, chez des sujets dyslexiques. S'il est encore difficile de déterminer s'il s'agit de la cause ou de la conséquence du trouble, les causes de ces anomalies, comme pour l'ensemble des troubles neuro-développementaux, restant souvent inconnue, les recherches scientifiques s'orientent le

plus souvent vers des facteurs génétiques ou organiques. La difficulté d'identifier clairement un marqueur organique des différents troubles conduit la neuropsychologie à prendre appui sur la psychologie cognitive dans la réalisation de bilans à visée diagnostique comme dans la prise en charge thérapeutique. La psychologie cognitive est en effet en mesure de décrire de façon approfondie les processus cognitifs impliqués dans les apprentissages et dispose de nombreux tests, outils nécessaires à la réalisation de bilans.

3.2.1.2 Diagnostic et Traitement

Du côté des neurosciences, la question du diagnostic est cruciale, fondamentale pour déterminer la prise en charge la plus adaptée et la plus opérationnelle possible. Le diagnostic de ces troubles, s'appuyant sur une nosographie très précise des types de troubles cognitifs, globaux ou spécifiques (DSM-V, CIM 10), ne se fait pas comme on pourrait éventuellement l'imaginer, influencé par le prestige actuel des neurosciences cognitives et de leur légitimité scientifique, à l'aide d'appareils sophistiqués d'exploration du cerveau et d'imageries médicales (IRM, scanner). Les bilans neuropsychologiques réalisés afin de déceler l'existence d'un trouble restent somme toute assez classiques mais suivent une démarche clinique, rigoureuse, de nature hypothético-déductive. Le point de départ en est le dysfonctionnement amenant un désavantage, une perturbation dans la vie du sujet. Il s'agit dans un premier temps de distinguer la difficulté scolaire ordinaire du trouble, la norme de la pathologie. « La distinction entre norme et pathologie est alors définie par une performance assez faible pour situer le sujet à -2DS (ou au moins en deçà de -1,5DS) dans la norme » (Mazeau & Pouhet, 2014, p. 18). La difficulté scolaire relève du champ psycho-social et/ou pédagogique alors que le trouble relève du champ médical ou paramédical. Les difficultés scolaires peuvent être attribuées à un environnement affectif, ou socio-éducatif défavorable, à une pédagogie inadaptée, à un « faible talent » dans un secteur déterminé de la cognition. Elles sont susceptibles d'évoluer de façon favorable sous l'effet de renforcements pédagogiques ou de réponses adaptées, aide psychologique par exemple. Le diagnostic différentiel d'un trouble cognitif impliqué dans les apprentissages nécessite la mise en évidence de critères d'exclusion (absolus ou relatifs). Les critères d'exclusion sont au nombre de 3 : absence de déficit intellectuel, d'une autre cause médicale (psychiatrique, sensorielle, trouble du spectre de l'autisme...), d'un déficit de scolarisation et /ou situation socio-éducative ou psychologique pénalisante. Le bilan neuropsychologique ne se justifie qu'une fois ces critères négatifs exclus.

Une fois le diagnostic différentiel établi à partir des critères d'exclusion, trois nouveaux critères appelés critères d'inclusion sont mis en évidence. Le trouble doit être durable, son intensité pathologique, des signes positifs, caractéristiques sont présents et indiquent une déviance par rapport au développement ordinaire ou typique. Le trouble doit être présent depuis au moins 6 mois, il présente un caractère inné, durable c'est-à-dire stable et définitif même s'il est susceptible d'amélioration. Ce n'est pas un simple retard d'acquisition. L'intensité du trouble est appréciée au regard de l'âge de l'enfant et du niveau scolaire attendu et doit donc être mesurée à l'aide d'un test étalonné (score en deçà de -1,5 ou 2 DS de la norme). Enfin, les signes positifs recherchés sont des dissociations caractéristiques et/ou des symptômes pathognomoniques. Les dissociations mettent en évidence des dysfonctionnements dans un domaine cognitif déterminé, par exemple celui des fonctions langagières, avec un déficit dans certains sous-systèmes (phonologie, lexique, syntaxe) alors que d'autres sont préservés. Le choix des épreuves testant les différents sous-systèmes d'une fonction cognitive est ainsi déterminant puisqu'il permet le repérage du ou des sous-systèmes dysfonctionnant. Les symptômes pathognomoniques sont des signes caractéristiques de certaines pathologies qui permettent d'identifier de façon immédiate et fiable la pathologie en question (Mazeau & Pouhet, 2014).

Le bilan neuropsychologique permet, au fil de la passation, de répondre aux questions qui se posent, de valider ou d'invalider certaines hypothèses, de suivre telle piste plutôt que telle autre, un peu à la manière du déchiffrement de hiéroglyphes, et d'établir un diagnostic précis. A l'issue de ce diagnostic dont la synthèse est réalisée par un médecin, des préconisations sont faites et un projet de soins, un suivi est proposé à l'enfant et à sa famille : rééducation avec entraînement intensif et renforcements positifs (orthophonie, psychomotricité, orthoptie...), traitement médicamenteux en particulier dans le cas d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, accompagnement scolaire (pédagogie adaptée, saisine de la MDPH...). Des suivis en psychothérapie sont également proposés mais ils constituent le plus souvent une prise en charge secondaire visant à réduire la souffrance et l'insécurité psychiques, en lien avec les difficultés scolaires rencontrées.

La psychologie clinique d'inspiration psychanalytique est beaucoup moins prolixes en matière de diagnostics qui tendent à orienter vers une approche médicalisée des prises en charge et se refuse bien souvent à catégoriser, à étiqueter donc à poser un diagnostic. Par

ailleurs, ses références ne sont pas celles du DSM-V ou de la CIM 10 mais reposent sur une nosographie psychanalytique faisant appel à des catégories centrales comme la névrose, la psychose ou la perversion pouvant se décliner en sous catégories, névrose hystérique, obsessionnelle.... L'objectif premier n'est pas tant de poser un diagnostic mais bien plutôt d'être à l'écoute du symptôme et de faire émerger une demande. Pour ce qui est du traitement, la thérapie par la parole constitue la pierre angulaire de l'approche psychanalytique et elle est au cœur de toute proposition thérapeutique. Très souvent, des activités thérapeutiques de groupes sont proposées dans la mesure où elles offrent une possibilité de verbalisation et permettent de travailler le lien à l'autre.

Menès (2012) insiste sur la nécessité de traiter le sujet dans le contexte global de sa personnalité et non son trouble, de ne pas le réduire ou l'identifier à ses difficultés, à son dysfonctionnement. Elle dénonce ainsi l'influence grandissante des neurosciences cognitives qui proposent une approche organiciste de l'échec scolaire et tendent à le médicaliser. « Les difficultés associées aux échecs scolaires sont qualifiées de « dysfonctionnements » liés à des « troubles » censés expliquer tout achoppement sur le chemin de l'apprentissage. Chacun d'eux trouverait un remède spécifique. C'est prendre le problème à l'envers : ces troubles sont des conséquences d'un état psychologique et non des causes. Les considérer comme les causes des difficultés d'apprentissage et ne traiter qu'eux, c'est réduire le sujet à du vivant formaté selon des normes imposées » (o. c., p. 167). Rabattre la possibilité d'expression du symptôme sur un trouble sans lui accorder de valeur signifiante c'est priver le sujet de l'invention d'une solution lui permettant de s'inscrire dans le commun (Savournin, 2016). A cette critique de réductionnisme, à cette dénonciation d'un retour en force d'approches biologisantes et organicistes, les neurosciences opposent les progrès et les découvertes scientifiques, l'administration de la preuve par l'imagerie médicale. La dimension organique et génétique des troubles spécifiques des apprentissages ne semble plus faire aucun doute et une grande partie des difficultés scolaires lui serait imputable. « Une hypothèse prend néanmoins aujourd'hui de plus en plus de consistance : les difficultés scolaires des 15 à 20 % d'élèves en grande difficulté scolaire dès la fin de l'école primaire, décrites par la plupart des expertises seraient imputables à des troubles d'origine neurologique » (Morel, 2014, p. 119). Fortes de leur succès grandissant et rejetant la psychanalyse aux oubliettes, les neurosciences tendent à s'imposer avec force. Mazeau et Pouhet (2014), sans doute un peu trop hâtivement,

considèrent le débat inné/acquis désormais clos. « Le débat inné/acquis, qui au siècle dernier a alimenté des « idéologies » apparemment irréconciliables (entre les partisans d'un développement à partir de compétences précoces ou innéistes, et les adeptes du rôle unique des interactions, du psychoaffectif, de l'environnement social, dans l'évolution de l'enfant) est désormais clos puisque ce sont bien les compétences précoces (innées) qui permettent des interactions adaptées avec l'environnement (acquis), construisant les apprentissages » (o. c., p. 10).

Ainsi, la psychologie clinique d'orientation psychanalytique envisage pour l'essentiel les difficultés scolaires à travers un filtre psycho-affectif alors que l'approche neuropsychologique se centre sur les facteurs organiques et génétiques apportant respectivement pour réponse des thérapies par la parole ou des rééducations instrumentales. Des sociologues de l'Éducation (Terrail, 2006 ; Morel, 2014) soulignent cette tendance à la psychologisation de la difficulté scolaire, qu'elle se situe sur un versant organiciste ou qu'elle se focalise sur la dimension psycho-affective en imputant les difficultés d'apprentissages à des troubles psychologiques. Ils mettent en garde contre la propension à rendre compte d'une réalité plurielle à partir d'un point de vue disciplinaire restreint. Les deux approches revendiquent cependant, parallèlement à leurs schémas explicatifs, une prise en compte des facteurs sociaux que nous devons à présent examiner.

3.2.1.3 La prise en compte des facteurs sociaux ?

Dans l'optique psychanalytique, le désir d'apprendre, le rapport qu'un individu entretient au savoir, à l'école se constitue avant tout dans le cadre de la famille et il est marqué, influencé par le rapport au savoir des figures parentales ou des personnes de l'entourage. Il se construit à travers les relations interpersonnelles des différents membres de la famille et il est porteur d'une histoire commune, d'une dynamique psychique familiale. Dans certaines familles, le savoir n'est pas investi, ou encore il fait peur et il est interdit. Il peut aussi être valorisé voire sacralisé. L'enfant va se construire un réseau de significations reposant sur une fantasmatique personnelle qui entre en résonance avec une dynamique familiale. Il structure son propre rapport au savoir, son désir d'apprendre ou de ne pas apprendre en y intégrant des éléments familiaux, des émotions et une histoire commune. La dimension familiale de la réussite ou de l'échec scolaire est donc bien présente. Toutefois cette prise en compte des éléments familiaux se fait sur un mode psychologique et non sociologique dans la mesure où le canal d'entrée reste

le sujet et où le processus thérapeutique vise à sa subjectivation en faisant le pari de sa capacité à devenir autre à travers un processus de personnalisation. Les situations sont analysées dans une perspective freudienne qui met en avant l'importance des premières années d'enfance et « l'influence si décisive sur le destin d'être humain [...] des hasards de la constellation parentale » (Freud, 1910, p. 275). Freud, pour qui toute psychologie individuelle est aussi une psychologie sociale, souligne en effet la nécessaire interpénétration du social et du singulier. « Notre but reste de prouver l'interdépendance des événements extérieurs et des réactions de la personne par la voie de l'activité pulsionnelle » (o. c., p. 275). Certains sociologues de l'Éducation pour qui le sujet est d'emblée un être social (Charlot, 1997) dénoncent cette priorité accordée à l'intériorité psychique qui conduit à ne faire intervenir le social que dans un second ou troisième temps, le débat portant sur la part accordée au social et au psychique et sur le poids donné à chacun.

Pinell et Zafirooulos, en 1978, repèrent déjà cette tendance des praticiens des CMPP à reléguer au second plan la place du social dans la genèse des difficultés scolaires. « L'interrelation entre le « social » et le relationnel est, dans le discours des praticiens, souvent purement référentielle. Le social n'y est pensé que comme un facteur aggravant des problèmes psychologiques, d'ordre relationnel, sans influence propre. Il disparaît de fait au profit du relationnel quand il s'agit d'explicitier l'origine des troubles » (o.c., p. 42). Le social se trouve réduit « aux notions de condition de vie matérielle et de milieux socio-culturels pauvres » dans une logique de dévalorisation des pratiques socio-culturelles des classes populaires par une classe dominante imposant « son arbitraire culturel comme culture légitime » (o.c., p. 43).

La neuropsychologie revendique de son côté son approche globale des difficultés scolaires et donc sa prise en compte des facteurs sociaux, réfutant ainsi toute accusation de réductionnisme biologique. « Ces découvertes (des neurosciences et de la psychologie cognitive) étayent la clinique, orientent la démarche diagnostique, enrichissent notre compréhension de la pathologie, modifient les pratiques et ce, sans jamais perdre de vue l'enfant si déroutant, ni l'histoire et l'environnement dans lesquels s'inscrit son trouble » (Mazeau & Pouhet, 2014, p. 10). Dans un bilan neuropsychologique par exemple, le troisième et dernier critère permettant d'exclure une problématique « dys » concerne l'absence d'un environnement socio-éducatif ou d'une problématique psychologique susceptibles de rendre

compte du trouble au niveau des apprentissages. L'influence du milieu familial est ainsi interrogée et le clinicien, face à des difficultés importantes et massives, doit s'efforcer de déterminer la prévalence d'un facteur cognitif sur un facteur socio-culturel ou inversement. Toutefois comme le reconnaissent Mazeau et Pouhet, « les symptômes sont souvent cliniquement identiques » (o. c., p. 19) et la complexité du diagnostic augmente lorsqu'une suspicion de « dys » s'accompagne de conditions environnementales peu favorables. Le seul critère permettant de distinguer un trouble d'une difficulté induite par le milieu socio-culturel semble être le critère de durabilité et d'intensité, les faibles performances d'origine socio-culturelle étant sensées disparaître à partir d'actions de prévention et de stratégies pédagogiques adaptées en fonction des publics.

Morel (2014) évoque une enquête épidémiologique coordonnée en 2006 par deux pédiatres du CRL d'Antray portant sur les compétences en lecture, orthographe et calcul d'une population de 1020 enfants de CE1. L'un des objectifs de l'enquête est d'étudier le poids respectif des différents facteurs en cause dans les difficultés d'apprentissage de la lecture auprès d'élèves scolarisés en REP1, REP2, et en zone non REP. L'enquête met en évidence une surreprésentation des enfants des milieux défavorisés dans le groupe des faibles lecteurs, un facteur cognitif apparaissant comme de loin le plus explicatif : le faible degré de conscience phonologique. Et les auteurs de souligner « une intrication entre les compétences phonologiques et les facteurs socio-culturels » (o. c., p. 131). Morel souligne combien cette conclusion « ne dit rien de la genèse des compétences phonologiques, ni sur la manière de les développer » et s'interroge : « Les capacités cognitives sont-elles génétiquement déterminées ? A partir de quel seuil doivent-elles être considérées comme un trouble ? Quels liens entretiennent-elles avec l'environnement et, en particulier avec l'environnement culturel des parents ? » (o. c., p. 133).

Il semblerait, aussi bien du côté de la psychologie clinique d'orientation psychanalytique que du côté de la neuropsychologie, que la question ne soit pas tant la prise en compte des facteurs sociaux que la place qui leur est réservée à savoir une place de second rang. La psychanalyse met en avant le sujet et sa singularité psychique quand les neurosciences accordent la préséance au savoir médical et biologique, susceptible de conduire vers une naturalisation des difficultés et une résurgence de la théorie des dons. Une analyse globale des difficultés scolaires envisagées à la lumière des différents facteurs susceptibles

d'influencer les apprentissages, facteurs sociaux (culturels, familiaux), affectifs, cognitifs, resitués dans un contexte scolaire, semble demeurer un vœu pieux dans la mesure où le regard porté reste intimement lié à la théorie voire à l'idéologie qui le porte. Par ailleurs, les facteurs rendant compte d'une difficulté scolaire massive sont rarement univoques, unidirectionnels mais correspondent bien souvent à un enchevêtrement de causes complexes.

Les deux approches concurrentes que sont la psychanalyse et les neurosciences occupent le terrain du soin, de la prise en charge des difficultés scolaires massives, du traitement médico-psychologique de l'échec scolaire et sont portées pour cela par des structures, des établissements au sein desquels on retrouve les deux orientations théoriques et idéologiques précitées.

3.2.2 Les structures de soin : entre psychanalyse et neurosciences

3.2.2.1 CMP, CMPP, CRL et CAMSP

Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) relèvent de l'inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile alors que les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) sont un service médicosocial. Dans les deux cas, il s'agit de dispositifs de soins qui accueillent les demandes de soins et d'orientation ainsi que les signalements de situations perçues comme urgentes ou critiques. Ils mettent en place des actions de prévention, de diagnostic et de soins ambulatoires par l'intermédiaire d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels du soin. Ils sont placés sous l'autorité d'un médecin pédiatre ou pédopsychiatre et pour les CMPP d'un directeur administratif et pédagogique. L'objectif est de réadapter l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire ou social. Un travail de lien se met en place lorsque nécessaire avec les équipes enseignantes dont le psychologue scolaire constitue un relais privilégié. Les membres du CMPP (tout comme ceux du CMP) peuvent assister lorsqu'ils y sont invités aux équipes éducatives ou aux équipes de suivi de scolarisation.

La plupart des CMPP se revendiquent, encore aujourd'hui, d'une orientation clairement psychanalytique. Nous avons rappelé, dans la partie consacrée à la perspective socio-historique de la médicalisation, leur création en 1946 par des psychiatres et des psychologues psychanalystes (Georges Mauco, Juliette Favez-Boutonnier, André Berge, Françoise Dolto, Maud Mannoni et Serge Lebovici pour ne citer qu'eux) qui soulignaient la place fondamentale du travail psychique inconscient chez l'enfant et envisageaient l'échec scolaire

en tant que symptôme signifiant. Ainsi, un discours psychologique s'ancrant dans la théorie psychanalytique freudienne ou lacanienne infiltre les CMPP, légitimé par le ou les psychiatres en tant que détenteurs d'un savoir médical et porté par des psychologues choisis le plus souvent en fonction de leur orientation théorique mais également par l'ensemble des soignants, de l'assistante sociale jusqu'à l'orthophoniste. La spécificité des différents soignants est parfois difficilement repérable tant les discours sont imprégnés de concepts psychanalytiques et les statuts parfois flottants.

Les Centres d'Aides médico-social précoces (CAMSP), définis par la Loi d'orientation n° 75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, s'adressent à des enfants âgés de moins de 6 ans et ont pour principales missions le dépistage, le diagnostic et la rééducation d'enfants à besoins particuliers. « La prise en charge s'effectue sous forme de cure ambulatoire » (Code de la santé publique, article L.2132-4) et fait appel, tout comme dans les CMP ou CMPP, à une équipe pluridisciplinaire de personnels spécialisés (psychiatres, psychologues, orthophonistes...).

Avec la reconnaissance scientifique des troubles des apprentissages dans les années 1990 et la mise en place d'un plan d'action triennal interministériel (Santé/Éducation nationale, 2001-2004) en faveur des enfants atteints de troubles spécifiques du langage oral ou écrit, de nombreux Centres Référents des troubles du Langage et des apprentissages (CRL) ont vu le jour à partir de 2001 et ont été implantés dans les centres hospitaliers régionaux. Depuis 2004, un centre de référence est présent dans chacune des régions de métropole ainsi qu'un à la Réunion. Ils s'inscrivent dans une démarche neuropsychologique et ont pour vocation de donner un avis expert sur les troubles du langage ou des apprentissages à travers la pose d'un diagnostic précis et la mise en place des rééducations les plus adaptées. Toute référence à la psychanalyse y est absente, le seul référentiel étant celui des neurosciences cognitives avec en arrière-plan la constellation des « dys » regroupant les troubles spécifiques du langage (TSL) affectant l'écrit ou l'oral, les troubles du développement moteur, les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité et la précocité intellectuelle. Les CRL se présentent comme une alternative à des approches plus psychologisantes de l'échec scolaire. Florence Weber, médecin corédactrice du plan d'action, écrit en effet à ce sujet : « L'ensemble des réponses françaises (aux troubles spécifiques du langage) était plutôt d'ordre psychologique et nous avons constaté que, jusqu'à présent, elles

n'étaient pas satisfaisantes dans l'immense majorité des cas » (citée par Morel, 2014, p. 107).

Les structures de soins se répartissent ainsi entre neurosciences cognitives et psychologie clinique d'orientation psychanalytique avec un réel avantage aux premières. Le psychologue scolaire est en relation avec ces nombreux partenaires, il constitue un maillon indispensable entre l'institution scolaire et les services de soins ou les organismes et instances extérieurs à l'école. Comment se positionne-t-il face à ces approches antagonistes et concurrentes ? Quelle place l'institution scolaire l'amène-t-elle à tenir ? C'est à ces questions que nous allons à présent tenter de répondre.

3.2.2.2 Le psychologue scolaire, un agent de la médicalisation ?

A ce jour, les psychologues scolaires sont des enseignants titulaires d'un Diplôme d'État de Psychologue Scolaire (DEPS) ou d'un master 2 de psychologie. Très récemment, à la fin de l'année 2016, un corps unique de psychologues de l'Éducation nationale a été créé introduisant de nouvelles modalités de recrutement (niveau Master 2) et de formation. L'obligation d'être enseignant disparaît. Les premiers concours ont été organisés au cours du premier semestre 2017. La Circulaire du 10 avril 1990 définissait avec précision les missions et les activités des psychologues scolaires à l'école maternelle et élémentaire. Elles ont été redéfinies dans le Journal Officiel du 1er février 2017 dont l'article 3 entrera en vigueur au 1er septembre 2017.

Qui est donc aujourd'hui le psychologue scolaire ? Un psychologue scolaire dont la pratique psychologique renvoie essentiellement au champ pédagogique, à la didactique et se trouve donc réduite au domaine des apprentissages ? Un psychologue-testeur dont la vocation première serait l'orientation des élèves les plus en difficulté ou encore un psychologue de l'Éducation nationale qui, exerçant à l'école, est imprégné d'une culture scolaire mais aussi en capacité de s'en distancier pour prendre en compte la vie sociale, familiale, relationnelle, personnelle de l'enfant et s'intéresser à l'ensemble de sa vie psychique ?

Il n'est guère possible de détailler ici l'ensemble des missions du psychologue scolaire. D'une façon générale, il intervient auprès des élèves en difficulté, participe à l'inclusion des élèves en situation de handicap dans l'enseignement ordinaire et à l'orientation vers des dispositifs et établissements spécialisés pour des enfants en très grande difficulté. L'orientation représente sans aucun doute, du côté de l'institution, l'une des missions

essentielles des psychologues scolaires. La psychologie scolaire est née en 1945 de la nécessité d'orienter les élèves les plus en difficulté vers les classes de perfectionnement et cette mission occupe aujourd'hui encore une part importante des activités du psychologue scolaire, la tendance actuelle étant à une augmentation significative du nombre d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire, avec une progression annuelle moyenne de 6,3 % de la scolarisation des enfants handicapés depuis l'entrée en vigueur de la loi de 2005 (Blanc, 2011). Les attentes de l'Éducation nationale sont ainsi particulièrement fortes vis-à-vis des psychologues scolaires qui, de par leurs missions, assurent la jonction entre le milieu ordinaire et l'enseignement spécialisé et accompagnent certains élèves dans leur passage vers le champ du handicap.

Il nous semble toutefois important de repérer un écueil possible pour la fonction. L'école, n'étant pas un lieu de soin, et le psychologue scolaire ne s'inscrivant pas dans une démarche thérapeutique, il peut être réduit, très rapidement, à des missions d'expertise de psychologue "testeur". Le système scolaire attend bien souvent du psychologue une fonction de conseiller technique, il fait de lui un spécialiste des apprentissages, un expert des orientations et un pourvoyeur de chiffres. S'il est évident que l'orientation de certains élèves vers des dispositifs ou établissements spécialisés constitue bien une mission d'expertise du psychologue scolaire, elle ne représente qu'un aspect de ses activités et ne peut se réduire à « une opération de chiffrage » (Savournin, 2011). Un bilan psychologique réalisé et rédigé à l'attention des différentes commissions (CDAPH/CDOEA) ne peut se résumer à une pièce nécessaire à un dossier, mentionnant un résultat chiffré représentatif d'une efficience intellectuelle. Il s'inscrit dans une approche globale et approfondie de la situation, il est « une tentative d'état des lieux du rapport que manifeste un enfant avec des domaines du savoir opérants dans les apprentissages » (Savournin, 2011 p. 49).

La psychologie scolaire se trouve face à cette double injonction : s'intéresser à l'élève épistémique, à ses capacités et à ses « dysfonctionnements » cognitifs (troubles des fonctions cognitives ou mentales, troubles spécifiques du langage et des apprentissages) mais aussi à l'enfant appréhendé dans sa dimension subjective, dans sa globalité, dans la complexité de son histoire de vie. Le psychologue scolaire se doit d'intégrer ces deux aspects que sont le fonctionnement cognitif de l'élève et l'histoire singulière et familiale de l'enfant. Réaliser la jonction entre ces deux dimensions relève bien souvent d'une véritable gageure. En effet, si

les deux approches devraient, en théorie, être complémentaires, elles n'en sont pas moins, la plupart du temps, antagonistes car elles reposent sur des conceptions théoriques radicalement différentes, la neuropsychologie se focalisant sur le dysfonctionnement cognitif, sur la défaillance qu'il s'agit de rééduquer, dans une approche techniciste ; la psychologie clinique envisageant le dysfonctionnement en tant que symptôme porteur d'un sens, à relier avec l'histoire du sujet, dans une approche plus large, plus globale, moins fragmentée. Reste à chacun de s'inventer une pratique, de s'autoriser à être créatif, malgré les rigidités d'un système qui s'organise autour de la prégnance du domaine médical, malgré aussi, parfois, contre une certaine idéologie de la subjectivité qui conduit à écarter toute approche perçue comme trop rééducative ou trop objectivante.

Les parcours des psychologues scolaires sont très disparates tout comme leur formation ou leur orientation : psychologie clinique d'orientation psychanalytique, psychologie du développement pour les uns, psychologie cognitive, neuropsychologie pour les autres en passant par la psychologie sociale. Leur formation et leurs convictions personnelles vont conduire les uns, à soutenir la parole et la position du sujet, à interroger son symptôme en tant que signifiant sans viser à tout prix à son éradication et les autres à chercher des solutions, en désignant, en identifiant la difficulté à travers des évaluations, des tests, des bilans psychométriques. Certains dénoncent l'emprise du pouvoir médical, l'externalisation des aides, le déclin de l'expertise pédagogique, la pente qui conduit à placer en situation de handicap un nombre croissant d'élèves. D'autres y voient une gestion efficace des difficultés scolaires massives, une reconnaissance des troubles spécifiques des apprentissages, désormais évalués et diagnostiqués, qui facilite leur prise en charge. Mais quelles que soient leurs orientations, les psychologues scolaires appartiennent à une institution qui leur demande des comptes et pose des injonctions. Le temps disponible pour les suivis psychologiques, les entretiens avec les enfants ou leur famille a tendance à se réduire face à la multiplication des équipes éducatives ou équipes de suivis de scolarisation et à la nécessité de produire des bilans en vue des différentes orientations (ULIS école, IME, ULIS collège, ITEP, SEGPA). Face à la déferlante des troubles du langage oral ou écrit, des troubles spécifiques des apprentissages, des demandes de chiffrage de QI émanant de médecins spécialistes des troubles « dys » sont de plus en plus fréquentes et les prescriptions, sur ordonnance, de WISC 4 ne sont pas rares. L'une des raisons, sans doute un peu pragmatique mais néanmoins bien

réelle, de ces demandes auprès du psychologue scolaire consiste en la gratuité du bilan réalisé. A ces demandes de l'institution, de médecins prescripteurs, s'ajoutent celles des parents. Légitimés dans leur démarche, par des diagnostics (posés par des médecins) dont la scientificité ne fait aucun doute et par le dispositif MDPH mettant en place un système de compensation, les demandes d'AVS ou de matériel adapté affluent vers l'école. Comment répondre (ou pas) à ces injonctions au nom d'une position éthique ? Pour ce qui est des demandes de l'administration concernant les orientations, la marge de manœuvre est inexistante. Un psychologue scolaire, convaincu que les tests psychométriques ne sont qu'une tentative illusoire d'évaluer, de mesurer de l'humain et contribuent donc à le réduire, n'en serait pas moins mis en demeure de réaliser les bilans nécessaires à l'examen des dossiers lors des différentes commissions (CDAPH, CDOEA). En revanche, il lui est possible de se positionner face à des demandes d'AVS ou de matériel adapté, de résister à la commande de chiffrages en analysant en toute conscience la nécessité ou non de produire un bilan chiffré dans le cadre de l'institution scolaire, d'offrir un espace de réflexion et d'analyse des difficultés rencontrées permettant une prise de recul nécessaire. Il faut toutefois souligner le contexte d'isolement professionnel du psychologue scolaire qui rend plus difficile toute résistance à la dérive actuelle d'instrumentalisation du métier : réduire le psychologue scolaire à une fonction technicisée se résumant à la production d'évaluations, de chiffres et répondant à des commandes institutionnelles, médicales ou parentales. Si les suppressions massives de postes au sein des dispositifs RASED ont peu touché les psychologues scolaires, elles ont néanmoins fortement modifié les modalités de leurs interventions accentuant le caractère d'urgence de certaines situations. Face à l'impossibilité de prendre appui sur les enseignants spécialisés du réseau d'aides, les psychologues peuvent être tentés de faire appel à des professionnels extérieurs, orthophonistes pour des élèves rencontrant des difficultés importantes dans l'apprentissage de la lecture, psychologues pour des enfants ne réussissant pas à construire leur place d'élève au sein de l'école. Les suppressions massives des postes E et G ont ainsi pour conséquence, outre un isolement du psychologue scolaire, un renforcement du processus de médicalisation de la difficulté scolaire.

La médicalisation de la difficulté scolaire, le recours à des interprétations et des solutions médico-psychologiques infiltrent le monde scolaire *via* les neurosciences d'une part et les approches psychodynamiques de l'autre. Les neurosciences cognitives y occupent

aujourd'hui une position dominante auréolée de leur légitimité scientifique. Mais quelle que soit la logique spécifique à chaque univers, la difficulté scolaire tend aujourd'hui à être envisagée du côté du soin. Quels effets cette logique médicale produit-elle sur le système scolaire et sur la position des enseignants ? Quels effets produit-elle sur les élèves ?

3.3 Une médicalisation de la difficulté scolaire pour quels effets ?

3.3.1 Des enseignants dépossédés de leur expertise pédagogique

Selon Morel (2014), le processus de médicalisation de l'échec scolaire n'est pas un processus unidirectionnel mais s'accompagne d'un mouvement de scolarisation de l'univers médico-psychologique. « La médicalisation est aussi une scolarisation (au sens de confrontation à l'influence scolaire) de l'univers médico-psychologique, les professionnels du soin peuvent y contribuer, mais aussi y résister voire la dénoncer. Certains « psys » ou orthophonistes, fréquemment consultés pour des problèmes scolaires cherchent à se déprendre de ce rôle de béquille de l'école qui tend à leur être assigné et les éloigne des pratiques thérapeutiques de leur métier » (o. c., p.200). Il semblerait en effet que les enseignants perdent confiance en leur expertise pédagogique et en leur capacité à prendre en charge des difficultés scolaires désormais envisagées comme des troubles nécessitant l'intervention d'un spécialiste du soin. Il est par ailleurs bien souvent difficile de distinguer trouble et difficulté scolaire. Les professionnels du soin eux-mêmes reconnaissent la difficulté d'isoler un trouble cognitif de d'autres facteurs explicatifs possibles tant l'intrication peut être grande et soulignent les effets négatifs que peuvent entraîner certaines confusions. « Les difficultés scolaires sont en effet d'une extrême fréquence, et les confusions avec des dys contribuent d'une part à décrédibiliser les actions entreprises pour les dys auprès des enseignants et des pouvoirs publics, et d'autre part conduisent à surcharger indûment les structures et les professionnels spécialisés en neuropsychologie infantile, en nombre déjà notoirement insuffisant » (Mazeau & Pouhet, 2014, p. 17).

Les enseignants désormais familiarisés avec l'univers médico-psychologique, imprégnés de cette culture du soin n'hésitent plus à faire appel aux professionnels du soin lorsqu'un enfant présente un écart à la norme ou se montre trop agité. Par ailleurs, avec les recommandations ministérielles encourageant la diminution des redoublements (plus de redoublement possible en maternelle en dehors d'un PPS par exemple), le recours aux filières

spécialisées (CLIS) semble plus fréquemment mobilisé. La temporalité de l'école ne correspond pas nécessairement à celle de l'enfant et malgré une volonté affichée de différenciation, d'individualisation des approches pédagogiques, la possibilité pour un élève d'apprendre à son rythme en milieu ordinaire est remise en question. Un processus d'automatisation de demandes en direction du soin se met en place. Il est à mettre en lien avec une certaine forme de soumission des enseignants à un discours médical, avancé par des professionnels du soin en position d'experts. Les équipes éducatives ou équipes de suivis de scolarisation mettent en présence des enseignants mis en difficulté par certains élèves et des professionnels du soin se présentant comme détenteurs d'un savoir expert scientifique et médical. Les bilans proposés par les orthophonistes ou les psychomotriciens sont, à ce titre, souvent très significatifs dans la mesure où ils présentent une analyse technique de la situation faisant usage d'une terminologie très spécifique et se terminent par une longue liste de préconisations concernant les adaptations scolaires ainsi que l'attitude adéquate de l'enseignant en classe. Il n'est pas question ici de remettre en cause la richesse et la nécessité de ces regards croisés sur l'enfant mais bien de repérer la logique à l'œuvre et de souligner comment, progressivement et insidieusement, les enseignants sont dépossédés de leur expertise pédagogique. Comme l'écrit Morel (2014), « le rapport des enseignants aux chercheurs en neurosciences et aux professionnels du soin s'apparente à celui du généraliste au spécialiste. La polyvalence des enseignants du primaire, parce qu'elle empêche leur spécialisation -condition qui semble aujourd'hui nécessaire pour prétendre monopoliser un savoir expert-, fragilise leur situation sur le champ d'intervention professionnelle de l'échec scolaire » (o. c., p. 206). En outre, il semblerait que la distance séparant les rééducations proposées par les professionnels du soin et les interventions pédagogiques soit plus ténue qu'il n'y paraît. Morel montre à travers une enquête ethnographique auprès de deux établissements de soins (CMPP et CRL) et d'une école primaire à Antray combien les prises en charge thérapeutiques et les aides proposées dans les écoles peuvent être redondantes, de par leur grande proximité. Les rééducations orthophoniques proposées et la pédagogie mise en œuvre pour l'apprentissage de la lecture sont bien souvent similaires. « En définitive, les exercices réalisés dans le cadre de rééducations orthophoniques sont relativement proches de ceux observables dans les classes et, en tout cas pour l'observateur que j'ai été, quasiment impossibles à différencier des aides proposées par le maître E de l'école d'Antray » (o.c., p.146). Cette proximité des différentes formes d'aides est loin d'être reconnue par les

professionnels du soin qui revendiquent leur spécificité, le caractère technique, médical et scientifique de leur démarche en l'opposant à une pédagogie « intuitive » des enseignants. « Ils (les rééducateurs) rappellent leur statut (para)médical et réaffirment les différences entre leur pratique et celle des enseignants de primaire, fussent-ils spécialisés. Le simple fait de comparer travail rééducatif et travail pédagogique est perçu par les rééducateurs comme une forme de provocation » (o. c., p. 170).

Les parents, enfin, participent de cette fragilisation de la position des enseignants. Ils se mobilisent de façon active pour faire reconnaître par l'école le trouble de leur enfant diagnostiqué par le corps médical, le plus souvent dans une position de dialogue et d'écoute mais parfois également dans une position de revendication. Ils ont ainsi un rôle actif dans la médicalisation de l'échec scolaire : désireux d'apporter une aide à leur enfant, ils sont prompts à réclamer la présence d'une AVS ou la mise en place d'un matériel adapté sans toujours avoir une vision très ajustée de la situation. Il n'est pas rare que des parents, impliqués dans des associations pour enfants « dys » ou pour enfants à haut potentiel remettent à l'enseignant de la classe un guide de la conduite à tenir face à ce type de profils et un listing des aménagements possibles. Prenant appui sur des diagnostics médicaux dont la légitimité ne fait aucun doute, ils font jouer, pour reprendre les mots de Morel, « l'expertise médicale contre l'expertise scolaire » (o.c., p. 191). On assiste ainsi progressivement à un transfert de la légitimité des enseignants, de leur expertise pédagogique vers une expertise médicale et paramédicale extérieure à l'école. Savournin (2016) souligne ces effets de disqualification du savoir des enseignants qui entraînent des pertes de repères et un certain malaise professionnel « Les propos recueillis auprès d'enseignants débutants ou expérimentés, partagés entre la quête de réponses techniques fondées scientifiquement pour répondre aux besoins des élèves et le sentiment de leur propre incompetence, témoignent ainsi d'effets de disqualification des connaissances et savoir-faire issus de leur propre champ professionnel » (o.c., p. 4).

3.3.2 Vers de nouvelles formes d'inégalités ?

La médicalisation de l'échec scolaire ne profiterait pas à tous de la même façon. Pinell et Zafirooulos montraient déjà en 1978 comment, en fonction de la classe sociale des individus, certains types de diagnostics étaient mobilisés de façon préférentielle. « La coupure

opérée entre « débilite légère » et trouble spécifique dans un apprentissage recouvre bien, au départ, des populations qui, par leur origine sociale, entretiennent des rapports différents à la culture scolaire » (o.c., p. 41). Plus récemment, Morel (2014), à travers une enquête réalisée auprès de parents d'élèves rencontrés au CRL d'Antray, souligne la mise en place de stratégies parentales et l'apparition de nouvelles inégalités face à la nécessité de se mouvoir dans un univers médico-psychologique particulièrement complexe. Il note une surreprésentation des cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que des professions intermédiaires parmi les parents consultant au CRL. S'engager dans le processus de soin et de rééducation nécessite en effet un ensemble de ressources qui font parfois défaut aux catégories socio-culturelles les plus fragiles : démarches complexes requérant des écrits et la constitution d'un dossier (MDPH, par exemple), coût financier pour certaines consultations en libéral, déplacements, investissement temporel important, les rééducations se situant fréquemment pendant le temps scolaire donc pendant le temps de travail des familles. Par ailleurs, il est très difficile de se repérer et de faire un choix éclairé dans un système où, nous l'avons vu, les interprétations et les réponses apportées peuvent être différentes voire contradictoires en fonction de la formation et de l'orientation théorique du professionnel consulté. « En somme, dans un contexte où la mobilisation de l'expertise et de l'aide des spécialistes du soin constitue un atout pour les élèves en difficulté, mais est conditionnée à la possession de ressources économiques, temporelles, culturelles inégalement distribuées, le processus de médicalisation profite avant tout aux groupes les plus favorisés » (o. c., p. 196).

Enfin, la mise en avant de certains types de diagnostics comme les troubles « dys » par exemple constituerait un moyen « d'optimiser » la scolarité de l'élève et d'éviter une orientation vers des filières perçues par les familles comme des voies de relégation (ULIS école, SEGPA, ULIS collège). « En l'état actuel, la médicalisation de l'échec scolaire favorise les familles les plus favorisées qui disposent des ressources pour mobiliser les diagnostics médicaux les plus avantageux sur le marché scolaire, ce qui creuse les inégalités avec les familles des classes populaires auxquelles sont davantage imposés des étiquetages médico-psychologiques conduisant à l'orientation de leurs enfants dans les filières spécialisées (ULIS école, ULIS collège, SEGPA), que les parents des classes moyennes et supérieures cherchent à tout prix à éviter » (o. c., p. 205). L'orientation vers les ULIS école type CLIS 1 par exemple, classes destinées aux élèves dont la situation de handicap procède de troubles des

fonctions cognitives ou mentales, se fait sous couvert d'un étiquetage médico-psychologique de déficience intellectuelle légère. Toutefois, chez certains élèves, la distinction entre des troubles cognitifs globaux et des troubles spécifiques des apprentissages n'est pas aussi clairement établie que certaines associations de parents d'enfants « dys » le prétendent et la frontière déficience/ « multidys » est parfois ténue et soumise à l'interprétation du professionnel concerné. Enfin, la prise en compte du milieu socio-culturel, de l'environnement familial, d'une éventuelle problématique psychologique entravant le rapport au savoir sera différente et occupera une place plus ou moins importante selon l'orientation théorique du spécialiste consulté. Tout diagnostic reste très dépendant de celui qui le pose et soumis à une certaine forme de subjectivité. Envisager un symptôme comme un trouble à rééduquer ou comme un signifiant certes dérangeant mais néanmoins porteur d'un sens ne conduit bien évidemment pas aux mêmes conclusions, aux mêmes traitements ou à la même orientation.

Il nous faut à présent tenter d'expliquer cette volonté des classes moyennes et supérieures d'éviter à tout prix à leurs enfants une orientation vers les filières spécialisées que sont les ULIS école, les IME, les ULIS collège ou encore les SEGPA. Qu'est-ce qui la motive ? Existe-t-il aujourd'hui des travaux sociologiques et des enquêtes quantitatives accréditant l'idée que ces filières constituent véritablement des voies de relégation ? Les stratégies parentales visant à contourner l'enseignement spécialisé ou adapté sont-elles fondées ?

3.3.3 Handicap, difficultés scolaires et inégalités sociales

Le poids des inégalités sociales dans la réussite scolaire des élèves n'est aujourd'hui plus à démontrer, l'effet direct du milieu social sur les difficultés scolaires ayant depuis longtemps été prouvé. En 2004, le Haut Conseil de l'Évaluation de l'École (HCCE), dans un de ses avis, indique que « la pauvreté est la première cause du grand échec scolaire » (Avis du HCCE, n°13, novembre 2004, p. 2). Les résultats de l'enquête Pisa en 2013 et plus récemment ceux de 2015 sont venus le confirmer. De nombreuses études sociologiques portent sur les relations entre handicap, difficultés scolaires et inégalités sociales (La nouvelle revue de l'AIS, n°31, octobre 2005) et mettent en évidence la présence dans les filières spécialisées d'une majorité d'élèves dont le point commun, outre leurs difficultés scolaires,

est leur origine sociale modeste. En 1984, une enquête statistique du Centre de Recherche de l'Éducation spécialisée et de l'Adaptation scolaire (CRESAS) sur les élèves des classes de perfectionnement de 1907 jusqu'aux années cinquante montre que 80 % des élèves qui y étaient scolarisés étaient issus des classes populaires (Gateaux, Hugon & Vial, 1984). Nous ne reviendrons pas sur ces orientations vers les classes de perfectionnement largement commentées dans le premier chapitre de cette recherche. En 1980, une recherche comparative sur les caractéristiques sociales des populations de Sections d'Éducation spécialisée (SES) en regard des mêmes classes d'âge de l'enseignement ordinaire, dans un arrondissement populaire de Paris, met en évidence la surreprésentation en SES (84%) d'élèves issus de milieux socio-économiques défavorisés comparativement au collège ordinaire où 60 % des élèves provenaient de milieux socio-économiques moyens voire aisés (enquête menée par le laboratoire de sociologie de l'éducation associé au CNRS, citée par Gateaux-Mennecier, 2005). En 2000, le phénomène persiste comme l'indique une note d'information du Ministère de l'Éducation nationale, « la répartition des élèves de SEGPA et d'EREA selon la catégorie socioprofessionnelle du chef de famille est très différente de celle des élèves du second degré ordinaire. Les enfants d'ouvriers, de chômeurs ou de personnes sans activité, sont proportionnellement plus nombreux dans les SEGPA (69%) et dans les EREA (61%), que dans les collèges (39%) » (N.I.00-44. Novembre, p.5). Ces différentes données quantitatives amènent Gateaux-Mennecier (2005) à affirmer « et - cela quelle que soit la période étudiée- la permanence de la fonction socialement ségrégative de l'enseignement spécial » (o.c., p. 43). Il en va de même pour le secteur médico-social vers lequel est orientée une proportion importante d'enfants issus de milieux défavorisés comme en témoigne l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance de l'Insee (HID) qui a permis de recueillir des informations sur les caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées. Cette enquête permet en effet d'analyser les relations entre handicap et inégalités sociales et montre entre autres que le taux d'orientation des enfants d'ouvriers et d'employés vers les institutions spécialisées est trois fois et demi supérieur à celui des enfants de cadres et de professions intermédiaires (Mormiche & Boissonnat, 2005) ce qui amène les auteurs à conclure que « le milieu social influe sur le recours à l'institution des personnes handicapées » (o.c., p. 26). Plus le statut social est élevé, plus le taux d'institutionnalisation est faible et inversement, l'institutionnalisation est plus fréquente pour les enfants issus de milieux populaires, « indépendamment du fait qu'ils sont de surcroît, plus souvent atteints de déficiences » (o.c.,

p. 27). Mormiche et Boissonnat s'interrogent également sur la relation causale susceptible d'exister entre la catégorie socioprofessionnelle et l'atteinte par des déficiences, nécessitant « une antériorité du milieu social sur l'apparition des déficiences » (o.c., p. 24), la cause précédant l'effet. Ils montrent à partir de la distribution de la déficience chez les enfants que le milieu social est antérieur à l'apparition des déficiences ce qui représente « un argument sérieux en faveur d'une possible influence du milieu social sur la distribution des déficiences » (o.c., p. 24). Ils en concluent que « le social s'imisce dans le biologique » et que « la dimension biophysique du handicap (les déficiences) dépend de la position occupée dans la société et par conséquent ne peut être entièrement comprise comme un fait de nature » (o.c., p. 32). Les conclusions de leur enquête sont en cohérence avec les travaux de Gateaux-Mennecier (2005) pour qui il existe « une forte corrélation entre les déficiences les plus légères et les professions et catégories sociales les plus faibles économiquement » (o.c., p. 51). D'autres travaux encore vont dans le sens des résultats mis en relief par l'enquête HID menée par Mormiche et Boissonnat. Morisset (2005), à partir d'une enquête menée sur la population des Instituts médicoprofessionnels (IMPro) de la Seine Maritime pendant la période 1958-1975, montre en effet que 53,90 % des adolescents présents dans ces institutions sont issus de familles ouvrières contre 3,51 % d'adolescents issus de milieux cadres et professions libérales et il ajoute que l'orientation de ces jeunes vers ces structures « se fait selon d'autres critères que ceux psychométriques » à savoir leur appartenance sociale (o.c., p. 61).

Ainsi, ces différentes études et enquêtes mettent en évidence l'interdépendance entre la présence de jeunes dans des filières spécialisées (classes de perfectionnement, SES puis SEGPA, IME ou IMPro) et la catégorie socioprofessionnelle d'appartenance. Les élèves issus des couches populaires y sont surreprésentés, inégalités sociales, handicap et difficultés scolaires apparaissant étroitement liés. Le traitement ségrégatif de la difficulté scolaire perdure sous couvert d'approches médico-psychologiques toujours plus prégnantes et témoigne de « l'efficacité pérenne des processus de relégation institutionnelle » (Gateaux-Mennecier, 2005, p.37).

SYNTHESE

La médicalisation de l'échec scolaire, le recours fréquent à des interprétations et des

traitements médico-psychologiques, l'externalisation des aides, l'augmentation du nombre d'élèves en situation de handicap sont des réalités incontournables de l'école d'aujourd'hui. Les neurosciences cognitives connaissent un plein essor et s'appuient volontiers, pour preuve de leur légitimité, sur de nombreuses études indiquant un lien étroit entre échec scolaire et troubles médico-psychologiques.

A l'opposé, du côté de la psychanalyse, cette médicalisation qui infiltre le système scolaire dans son ensemble est resituée dans une perspective sociétale plus large et elle est analysée comme le résultat du discours de la science qui « subvertit l'ensemble du tissu social » (Lebrun, 1997, p. 72) et conduit à une médicalisation de l'existence (Gori & Del Volgo, 2005).

Selon les sensibilités, les convictions ou les intérêts, la médicalisation peut être envisagée de différentes façons. Pour les uns, l'avènement des neurosciences et le dépistage puis le traitement des troubles spécifiques des apprentissages constituent des progrès incontestables. D'autres s'inquiètent de cette emprise du discours médical qui s'efforce à tout prix de résoudre des dysfonctionnements dans un objectif d'optimisation et regrettent que la parole du sujet ne soit plus prise en compte. Quelle que soit la position adoptée, l'institution scolaire est fortement impactée par ce processus de médicalisation et la légitimité pédagogique des enseignants est mise à mal, de façon insidieuse parfois, dans la mesure où eux-mêmes sont demandeurs et consommateurs de traitements médico-psychologiques. Une machinerie implacable se met en place à laquelle il est difficile de résister tant les automatismes deviennent puissants, tant les pressions sont fortes. A l'injonction de réussite scolaire, il faut une solution, une réponse, aujourd'hui elle est du côté du secteur médical et il devient difficile de se dégager de ce regard, de naviguer entre les troubles des apprentissages et des difficultés scolaires ordinaires ne relevant pas nécessairement de soins. La question du normal et du pathologique reste une question fondamentale, centrale. Il semblerait qu'il n'existe plus d'espace possible pour « un entre-deux », le curseur devant nécessairement se situer à un bout ou à l'autre du continuum. Les RASED offraient cet espace, cette aide intermédiaire au sein de l'école, cet « entre-deux » entre pédagogie et soin pour les enfants résistant à une approche « tout pédagogique » et ne relevant pas pour autant de la pathologie ou du handicap. Ils tendent aujourd'hui à disparaître et laissent la place libre à des interventions plus médicalisées et extérieures à l'école. Une remise en cause du fonctionnement de l'institution scolaire, avec

des réformes pédagogiques de fond paraît nécessaire. Les enseignants sont fragilisés, en passe de perdre leur expertise sur les questions pédagogiques. C'est cette expertise qu'ils doivent pouvoir retrouver, encore faut-il leur en donner les moyens à travers des temps de formation, de réflexion autour de leurs pratiques mais aussi d'analyse des processus aujourd'hui à l'œuvre dans le monde scolaire. Une réflexion qui serait en mesure de prendre la distance nécessaire face à la prégnance d'un modèle scientifique de la pédagogie.

PROBLEMATIQUE

Quel est le profil des populations accueillies dans les ULIS école ? Ces profils correspondent-ils à ceux définis par les textes ? Sous quels motifs les élèves y sont-ils orientés ? La notion de débilité légère préside-t-elle souvent à cette orientation comme ce fut le cas pour les classes de perfectionnement ? Y a-t-il ou non un effet causal du milieu social sur l'orientation de certains élèves ? Le traitement ségrégatif de la difficulté scolaire tend-il à se pérenniser ? Sous quel motif ? Quel lien existe-t-il entre handicap, difficultés scolaires et inégalités sociales ? Quelle part y prend l'institution ? La montée en puissance du médical à l'école a-t-elle un rôle déterminant dans les processus d'orientation ?

L'objectif central de cette recherche consiste à interroger, plus de 10 ans après la loi « handicap » du 11 février 2005, les processus à l'œuvre lors de l'orientation d'élèves vers des ULIS école. Ce questionnement trouve son origine dans une pratique professionnelle. Psychologue de l'Éducation nationale depuis septembre 2012, l'une de mes missions porte en effet sur le dépistage et l'orientation d'un certain nombre d'élèves vers l'enseignement spécialisé. A maintes reprises, j'ai éprouvé un certain mal-être lors de ces situations, où je devais à partir de la réalisation d'un bilan cognitif et des résultats chiffrés d'un QI me positionner sur l'éventuelle orientation d'un élève vers une ULIS école. Outre la responsabilité qui m'incombait mais qui relevait de mes attributions, ce malaise me semblait s'ancrer dans des non-dits, reposer sur des ambivalences, relever d'un effet de voile. Certains élèves, pour lesquels je n'envisageais pourtant pas, au vu de la situation, d'autre solution, d'autre réponse possible que l'enseignement spécialisé, ne me paraissaient pas en relever. Leurs profils ne correspondaient pas à ceux prévus par les textes mais tous avaient pour point commun leur origine sociale modeste. Les facteurs sociaux n'étaient cependant pas mis en avant, le plus souvent sous-estimés ou minimisés par les différents acteurs. C'est dans mon désir de saisir le point nodal de ces ambivalences, de ces contradictions, de soulever le voile, que s'inscrit cette réflexion. Pour cela, il fallait sortir d'une logique professionnelle trop imprégnée de subjectivité pour conduire un véritable travail de recherche en mesure de répondre aux questions qui surgissaient, nombreuses.

Prendre pour objet d'analyse les processus actuellement à l'œuvre lors de l'orientation d'élèves en situation de handicap vers des ULIS école, anciennement CLIS 1, nécessite

d'interroger ces processus dans un contexte particulier où l'on assiste, sur fond de changement de paradigme, à, d'une part, une augmentation significative du nombre d'élèves reconnus handicapés, à une banalisation du signifiant handicap et d'autre part, à une montée en puissance du médical en milieu scolaire. Un nombre croissant d'élèves reconnus handicapés est aujourd'hui scolarisé en milieu ordinaire. Entre 2009 et 2014, on note dans le premier degré une progression de 31 % (MEN, 2015). La scolarisation des élèves en situation de handicap a été rendue possible par la mise en place d'un cadre législatif soucieux de la garantie des droits individuels ; elle est à replacer dans une perspective historique, celle de la constitution du secteur de l'enseignement spécialisé. Il semblerait que le degré d'acceptation du handicap par l'environnement ait suivi une courbe ascendante allant de l'exclusion à la ségrégation vers l'intégration et enfin l'inclusion. L'exclusion pourrait correspondre à la phase d'aliénation des enfants handicapés, à cette période de l'histoire où étaient regroupés à l'asile les enfants arriérés souffrant de pathologies diverses, à des degrés très variables. La phase ségrégative est à rattacher à la genèse de l'enseignement spécialisé et à la création des premières classes spéciales ou classes de perfectionnement pour les « anormaux d'école » comme les arriérés et les instables. Elles ont alors d'une part une fonction substitutive de l'asile (Gateaux-Mennecier, 2001) et ont d'autre part pour vocation de soulager l'école ordinaire des enfants considérés comme déviants (Pinell & Zafirooulos, 1978 ; Gateaux-Mennecier, 2001). Les années 60-70 vont voir apparaître des idées nouvelles concernant le handicap et l'échec scolaire. Une véritable politique d'intégration se met en place, elle s'inscrit dans le cadre plus large de la lutte contre l'échec scolaire considéré comme socialement sélectif. Si jusqu'alors les caractéristiques individuelles propres à chacun étaient mises en avant, on prend désormais en compte les dimensions socio-culturelles, affectives ainsi que la composante pédagogique. Les enfants handicapés doivent être intégrés dans le milieu le plus normal possible. Les CLIS sont un exemple de ce type d'intégration : situées dans des écoles ordinaires, elles regroupent des élèves qui ont reçu un diagnostic de handicap et auxquels on propose un enseignement adapté en petits groupes ainsi que des intégrations en classe ordinaire. Avec la loi du 11 février 2005, l'intégration va progressivement faire place à l'inclusion. Les enfants en situation de handicap sont désormais des membres à part entière de la communauté scolaire ordinaire, ils sont inscrits de droit dans la classe correspondant « approximativement à leur tranche d'âge » (Circulaire n° 2015-129 du 21-8-2015) et bénéficient en complément et en parallèle du dispositif ULIS. Nous assistons ici à un

changement de paradigme dans la mesure où l'école dans sa globalité et non plus seulement l'enseignement spécialisé, a la mission et la responsabilité de répondre aux difficultés et aux besoins de tous les élèves y compris les élèves en situation de handicap. Ce n'est plus l'élève qui s'intègre, s'adapte à l'environnement scolaire mais le milieu ordinaire qui a pour mission de s'adapter aux besoins spécifiques de chacun à travers des pratiques pédagogiques renouvelées et différenciées (Ebersold & Detraux, 2003 ; Ebersold, 2009 ; Benoit, 2014). Ce changement de paradigme a comme sous-jacent une nouvelle conception du handicap qui se détache d'un modèle médical qualifié de défectologique, parce que focalisé sur les manques, les inaptitudes d'un individu, pour adopter un modèle systémique centré sur les compétences, les réussites de la personne dans un environnement soucieux des besoins de chacun (Ebersold & Detraux, 2003 ; Benoit, 2014).

« L'école pour tous » affiche aujourd'hui sa volonté, son ambition inclusive, elle semble déterminée à rompre avec une logique d'exclusion et s'efforce de s'adapter à la diversité des individus accueillie comme un atout et à leurs besoins particuliers. Néanmoins l'affichage institutionnel d'une école affiliatrice ne correspond pas nécessairement à la réalité et il est nécessaire de se prémunir contre « les effets de mode discursifs dans la mesure où ils ne résolvent guère les contradictions entre velléités politiques intégratives et pratiques institutionnelles ségrégatives, ni n'effacent les ambivalences en regard de l'altérité » (Gateaux-Mennecier, 2005, p. 37). De nombreuses études récentes montrent en effet que le traitement ségrégatif de la difficulté scolaire à l'origine de la structuration de l'enseignement spécial perdure ainsi que la logique de filiarisation et d'orientation vers des structures séparées d'élèves qui, outre leurs difficultés face aux apprentissages, ont leur milieu social modeste pour dénominateur commun (Mormiche & Boissonnat, 2005 ; Morisset, 2005 ; Gateaux-Mennecier, 2005). Les élèves issus de milieux socio-culturels défavorisés sont statistiquement surreprésentés dans ces filières qui auraient « une fonction de régulation sociale et de contention des risques d'anomie » (Gateaux-Mennecier, 2005, p. 40). Ces orientations se font sous couvert de savoirs et de diagnostics médico-psychologiques, les difficultés scolaires étant de plus en plus fréquemment assimilées à des troubles. Cette tendance à la médicalisation de l'échec scolaire n'est certes pas nouvelle. Dès la constitution de l'enseignement spécial, les liens du scolaire et du médical sont étroits et l'école justifie déjà l'exclusion d'enfants « instables » qu'elle tolère mal, les écarte de la filière normale « en les marquant du sceau de la pathologie » (Pinell & Zafiropoulos, 1978, p.33). La théorisation

de la débilité légère, véritable construction sociale, trouve ses racines dans ce processus d'orientation de certains enfants vers le secteur spécialisé et n'est autre que « le masque psychologique d'une réalité sociologique » (Gateaux-Mennecier, 2001, 4^{ème} page de couverture). Aujourd'hui encore, cette tendance à produire du handicap se poursuit, voire s'accroît dans un système éducatif où une lecture médicale des difficultés d'apprentissage est de plus en plus courante et conduit à une interprétation pathologique des situations (Morel, 2014). Cette pathologisation de l'échec scolaire s'est renforcée avec l'essor des neurosciences cognitives, courant en pleine expansion qui revendique son avant-gardisme médical et sa scientificité. Il a participé à la reconnaissance dans le monde scolaire des troubles spécifiques des apprentissages entraînant progressivement un glissement de la notion de difficulté à celle de trouble et conduisant à la reconnaissance de handicap pour les divers dysfonctionnements dans les apprentissages. Le système éducatif dans son ensemble s'en est trouvé profondément modifié : externalisation des aides auprès des professionnels du soin, disqualification et perte de confiance des enseignants (Morel, 2014 ; Savournin, 2016). Cette médicalisation des difficultés scolaires ne profiterait pas à tous de la même façon et serait à l'origine de stratégies parentales visant à « optimiser » la scolarité de l'élève et à contourner des orientations vers des filières envisagées comme des voies de relégation (Morel, 2014). Cette tendance pathologisante des difficultés scolaires conduirait en effet, selon la catégorie sociale, à mettre en avant tel diagnostic plutôt que tel autre : trouble spécifique des apprentissages pour les uns, déficience intellectuelle légère pour les autres. Aujourd'hui encore le diagnostic de retard mental léger semble fréquemment mobilisé pour inscrire les difficultés d'élèves relevant de milieux sociaux modestes sur le registre du handicap donnant « un alibi médical » au « traitement social des jeunes exclus » (Gateaux-Mennecier, 2005, p. 50). L'approche médico-psychologique très présente au sein du système éducatif actuel semble favoriser une lecture pathologique de phénomènes sociaux qui se trouvent relégués au second plan, pris dans « une dynamique d'estompement de la problématique des inégalités » (Rochex, 2011, p. 96). En effet, le devant de la scène est aujourd'hui occupé par une lecture individualiste des difficultés scolaires, par la nécessité de prendre en compte les besoins spécifiques d'un élève placé au centre du système éducatif à travers des projets personnalisés et différenciés. Cette conception individualisante et essentialisante des difficultés ou de la réussite scolaire tend à masquer la dimension sociale (Rochex, 2011). Comment éviter les pratiques sélectives d'orientation et de ségrégation encore en vigueur à l'école d'aujourd'hui, pratiques qui

prennent appui sur une approche psychopathologique de l'échec scolaire ? Benoit (2005) considère, de son côté, que la prise en compte des besoins éducatifs particuliers, repose sur une approche situationnelle des difficultés d'apprentissage et a pour objectif d'adapter la norme scolaire. Cette approche psychopédagogique à dominante situationnelle se préoccupe des interactions entre des caractéristiques individuelles et les contraintes de l'environnement et « constitue à coup sûr un excellent antidote contre des pratiques d'orientation et de ségrégation, profondément enracinées dans la postulation d'une étiologie déficitaire à toute difficulté, et qui conduisent mécaniquement à la stigmatisation, voire à l'aggravation des inégalités sociales » (o.c., p. 100).

Notre recherche se situe dans le prolongement des travaux précités dont elle se veut complémentaire. Les différents travaux dont nous avons eu connaissance portent à ce jour sur l'orientation de populations scolarisées en classes de perfectionnement, SES, SEGPA, IME ou IMPro. Aucune ne porte sur des élèves d'ULIS école. Par ailleurs nous avons souhaité faire un état des lieux de la question plus de dix ans après la loi « handicap » du 11 février 2005 qui, en élargissant la notion de handicap, a modifié en profondeur le paysage scolaire, renforcé la médicalisation de la difficulté et de l'échec scolaires et conduit à un véritable changement de paradigme. La loi de 2005 est-elle parvenue à briser le processus de relégation d'élèves en échec scolaire issus de milieux défavorisés ? Enfin, notre recherche a été réalisée dans le département du Tarn et Garonne ce qui nous a permis de vérifier si les motifs d'orientation vers les ULIS école suivaient une pente identique à celle repérée à travers les différents travaux sur l'ensemble du territoire, le traitement des situations pouvant varier d'un département ou d'une académie à l'autre.

Mais la spécificité de notre démarche réside sans doute dans les investigations qualitatives que nous avons choisi de mener autour des procédures d'orientation. Nombre de recherches se sont en effet focalisées sur la question de l'orientation de certaines populations d'élèves vers le secteur de l'Éducation spéciale, sur la question de leur appartenance sociale en cherchant à appréhender la fonction sociale de l'enseignement spécialisé à travers des données quantitatives (Gateaux, Hugon & Vial, 1984 ; Gateaux, 2005 ; Mormiche & Boissonnat, 2005 ; Morisset, 2005 ; Philip, 2005). Aucune recherche, à notre connaissance, n'a porté sur les éléments décisionnels préexistant à l'orientation de ces élèves. Par-delà les différents travaux proposés par des historiens, des sociologues ou des chercheurs en Sciences

de l'Éducation, nous avons souhaité rendre compte de la complexité des processus d'orientation à travers une approche empirique mixte recourant tout à la fois à des matériaux quantitatifs et qualitatifs. Notre objectif est d'appréhender, à travers une démarche clinique, celle du psychologue, les processus psychiques et sociaux à l'œuvre lors de l'orientation de certains élèves vers les ULIS école.

Nous faisons l'hypothèse que le processus de filiarisation vers des structures ou dispositifs spécialisés, dont les ULIS école, se poursuit sous-couvert de savoirs médico-psychologiques. Les orientations, légitimées après l'expertise de bilans cognitifs, seraient fréquemment justifiées par un diagnostic de retard mental léger et conduiraient à discriminer des élèves non handicapés mais fragilisés de par leur appartenance socio-culturelle modeste.

METHODOLOGIE ET RESULTATS DE LA RECHERCHE

CHAPITRE 4 : DISPOSITIF DE LA RECHERCHE

Dès lors qu'un élève est susceptible d'être orienté vers l'enseignement spécialisé, la responsabilité du psychologue scolaire est engagée. Le constat, pour certains élèves, d'une orientation vers un dispositif ULIS école en dépit d'une non-conformité aux critères d'orientation définis par les textes officiels et sans handicap avéré, nous a interpellée et a constitué le point de départ de cette étude. Nous avons choisi de mener ce travail de recherche sur notre terrain d'activité professionnelle qui est devenu tout à la fois notre champ de pratique et notre champ de recherche. Ce choix n'est pas anodin dans la mesure où il nous place dans la double posture de praticien-chercheur qu'il convient dès à présent d'examiner de plus près du fait de son originalité, de sa spécificité mais aussi en raison des résistances qu'elle suscite.

4.1 Le praticien-chercheur

Albarello (2011) définit de façon assez pragmatique les praticiens-chercheurs comme « des professionnels expérimentés dans différents champs de la vie sociale et qui suivent un parcours de formation universitaire en valorisant leur expérience professionnelle » (o.c., p. 11). Kohn (2001) souligne l'importance du trait d'union qui lie les deux termes de manière égalitaire, interdisant à l'un de prendre le pas sur l'autre et permettant tour à tour de passer d'un statut à l'autre à l'intérieur d'un parcours commun. « Ces personnes occupent et assument des positions différentes en juxtaposition rapide voire simultanément » (o.c., p. 16). Le terme de parcours dont Mackiewicz (2001) rappelle une définition ancienne à savoir « convention entre habitants de deux seigneuries leur permettant de résider dans l'une ou l'autre sans perdre leur franchise » apparaît comme une métaphore éclairante de ce que peut être le parcours de recherche d'un praticien-chercheur (o. c., p. 13). La construction, la production de connaissances est le fruit du croisement d'une pratique, d'une expérience personnelle et d'une élaboration théorique, d'un cadre conceptuel. Chacune des deux postures a certes sa spécificité, ses caractéristiques propres qu'il est important d'appréhender parce qu'elles constituent autant de repères pour un praticien-chercheur et lui évitent la confusion que pourrait engendrer une répartition inégalitaire des deux approches.

4.2 Une posture double : différences et ressemblances

Sur le plan épistémologique, Kohn (2001) distingue trois éléments : l'objectif ou la visée, l'objet et le cadre de référence. Le praticien du social a pour objectif d'améliorer les conditions d'existence d'un autre. En tant que psychologue, nous nous devons d'apporter notre éclairage aux difficultés scolaires rencontrées par un élève et rechercher conjointement avec les enseignants des ajustements possibles. Il s'agit pour le praticien de trouver une solution à un problème ponctuel quand pour le chercheur, dont la recherche a une visée plus générale, il est question de comprendre, expliquer, interpréter. L'objet du praticien est un problème situé dans l'ici et maintenant, l'orientation éventuelle d'un élève par exemple et le bilan cognitif à réaliser en vue de cette orientation. L'objet du chercheur est quant à lui un objet intellectuel, abstrait. Il est construit, resitué dans un cadre théorique et conceptuel. Le cadre de référence enfin, est composé pour le praticien de ses connaissances théoriques et aussi de ses valeurs, de ses représentations voire de ses croyances. Le chercheur se doit à plus d'objectivité. S'il n'est bien évidemment pas vierge de valeurs et de représentations, il doit être en mesure d'explicitier et de discuter ses références. Ainsi le praticien-chercheur sera pris dans un mouvement de va et vient entre ses deux postures, « un survol de soi-même par soi-même » comme l'écrit poétiquement Casellas-Ménière (2011, o.c., p. 62) d'où l'impératif absolu de repérer les moments de passage, les synchronicités aussi. Quand réagit-on comme praticien ? Quand est-on en position de chercheur ? S'il y a nécessité d'assumer les deux postures, le double statut, de reconnaître la co-existence de cette double inscription, il est tout aussi important d'en repérer les mouvements, les soubresauts parfois. Est-on acteur de la situation, un acteur réflexif certes ou bien chercheur interprète ou bien encore les deux simultanément ? Se situe-t-on à ce que Kohn (2001) appelle « un niveau » celui de l'action ou à « un méta-niveau » celui de la production de connaissances ou les deux à la fois ? L'enchevêtrement des positions est parfois difficile à démêler et le praticien-chercheur se doit d'avancer avec la lucidité pour boussole : être conscient de ses résistances, de ses croyances, de sa subjectivité. Il s'agit de « repérer les mouvements entre les positions, de débusquer les recouvrements et les blocages, de veiller à rétablir le courant entre les plans, de pointer les occasions porteuses d'éclaircissements. De constater les liens entre « visibilité » et « invisibilisation », comme le dit la pensée paradoxale : mettre en relief une dimension d'une situation automatiquement met le reste dans l'ombre, changer de regard met autre chose en lumière et encore autre chose dans l'ombre. Ces repères peuvent être pertinents et féconds

pour la recherche et pour la pratique pourvu que les changements de position et les imbrications soient perçus » (o. c., p. 36).

Si nous avons opté pour la posture de praticien-chercheur, nous avons également choisi d'être ce que Kohn appelle « chercheur en secret » (o. c., p. 31) et de ne pas dévoiler lors des observations participantes (équipes éducatives, équipes de suivi), lors des entretiens avec les familles ou les enfants ou encore en situation de bilan, notre statut de chercheur. Révéler ce statut aurait sans aucun doute constitué un biais dans notre recherche, insufflé un caractère artificiel à des situations inscrites dans la réalité et précieuses, parce que témoignant justement de cette réalité. Par ailleurs, d'un point de vue éthique, l'orientation d'un élève vers l'enseignement spécial représente bien souvent un moment douloureux pour les familles peu réceptives à la présentation d'un travail de recherche. Néanmoins à l'issue du recueil de données, conformément au code de déontologie des psychologues garantissant le respect de la confidentialité, nous avons demandé aux familles des enfants concernés par les études de cas l'autorisation d'utiliser les éléments recueillis dans le cadre de notre recherche. Seule une famille a refusé. Un travail d'anonymisation a été effectué afin de ne pas identifier les élèves à la lecture du rapport final.

La position de praticien-chercheur telle qu'elle vient d'être présentée, si elle est riche et féconde, présente néanmoins des difficultés, des paradoxes liés à l'enchevêtrement des deux postures qu'il est important, dans un souci de transparence et d'authenticité, de rendre visible.

4.3 Fécondités et paradoxes

La position de praticien-chercheur facilite incontestablement l'accès au terrain et aux données. Dans le cadre de notre recherche, l'appui de collègues psychologues scolaires que nous connaissons pour la plupart, leur disponibilité nous ont été précieux. Avec leur aide, nous avons pu consulter l'ensemble des dossiers des élèves scolarisés en ULIS école dans le Tarn et Garonne et prélever les données chiffrées nécessaires à notre étude. Ils ont par ailleurs répondu volontiers à toutes nos questions. Par l'intermédiaire de la coordinatrice MDPH pôle enfant que nous côtoyons également dans le cadre de notre travail, nous avons eu facilement accès aux bilans d'activités des années 2012, 2013 et 2014 et nous avons eu la possibilité de participer comme membre à des équipes pluridisciplinaires. Ces avantages, somme toute assez pratiques, sont ceux d'un chercheur de l'intérieur. Bien au-delà de l'aspect pratique,

Kohn (2001) voit dans l'approche du praticien-chercheur l'intérêt d'« un regard que seule cette personne peut porter » parce que « éprouvé personnellement et durant un certain temps ». « Cette appartenance lui donne accès à des connaissances sur ce groupe social auxquelles le chercheur venant de l'extérieur accède bien plus difficilement, et il peut entendre et comprendre des choses incompréhensibles à quelqu'un venant ponctuellement, même si ce dernier s'immerge, s'engage et parle en son nom propre. Aussi futé, aussi sympathique, aussi disponible dans l'entretien qu'il soit, il n'a pas partagé l'histoire de ces sujets » (o. c., p. 20).

Les difficultés sont liées pour la plupart à l'enchevêtrement des deux postures, de praticien et de chercheur et à la nécessité de se situer à « un niveau » et à un « méta-niveau », à la fois dedans et dehors. Il s'agit, pour le praticien-chercheur, de se situer à une « distance raisonnée et rationnelle » de son objet de recherche (o. c., p. 22), à la juste distance en somme. Cette question de la place, du positionnement à tenir peut se révéler source d'ambiguïté, d'ambivalence et aboutir à de véritables paradoxes. Il nous est arrivé dans le cadre de cette recherche de nous positionner en tant que praticienne en faveur de l'orientation d'un élève non déficient en ULIS alors que notre posture de chercheuse nous conduisait à penser que ce même élève n'en relevait pas et à proposer une explication autour de ce dysfonctionnement institutionnel. La praticienne prenait en compte le vécu d'un élève ici et maintenant et considérait qu'au regard de l'urgence et de la complexité de la situation, une orientation en ULIS pouvait représenter une solution ; la chercheuse appréhendait la situation dans sa globalité, la resituait dans un contexte historique, institutionnel, sociologique et faisait des liens avec des cadres théoriques. Néanmoins, malgré les apparences, ces contradictions nous enseignent dès lors qu'elles sont révélées. Elles témoignent en effet des paradoxes d'un système, de la cohabitation des contraires, des ajustements à la réalité et font surgir des bribes de vérité.

En raison des ambivalences et de l'ambiguïté qu'elle génère, la double posture de praticien-chercheur fait l'objet de nombreuses critiques qu'il nous a semblé nécessaire de prendre en considération et de garder en mémoire tout au long de notre recherche comme autant de garde-fous.

4.4 Intériorité, subjectivité, implication : des écueils pour un praticien-chercheur ?

La position habituelle du chercheur est celle de l'extériorité. « Habituellement c'est

l'extériorité du chercheur qui assure la distance. N'ayant *a priori* rien à voir avec l'objet d'étude et de recherche, il est censé posséder d'emblée le recul nécessaire » (Casellas-Ménière, 2001, p. 60). Ainsi certains chercheurs dénoncent-ils le manque de distance du chercheur de « l'intérieur » à son objet de recherche. Néanmoins, la distance peut se concevoir autrement, tout à la fois proche et lointaine, une distance qui « permet de se tenir en ce point exact entre ce qui est familier et ce à quoi il faut restituer son étrangeté, ici et ailleurs, en un lieu d'où il est également possible de se rapprocher ou de s'éloigner. A la fois recul et immédiateté, cette distance-là permet de passer continuellement d'un registre à l'autre, de la proximité à l'éloignement et de l'éloignement à la proximité » (o. c., p. 60). La question de la distance à l'objet de recherche pose bien évidemment celle de la subjectivité du praticien-chercheur engagé dans son action sur le terrain. Il n'aurait pas la neutralité suffisante pour être en mesure de mener une étude avec l'objectivité nécessaire à la démarche de recherche. Toutefois, « il est largement admis aujourd'hui que la personne qui parle, l'énonciateur -dont le chercheur- est toujours située : qu'elle regarde d'un certain point de vue, aux dépens d'autres points de vue possible, qu'elle donne à voir certains phénomènes à l'exclusion d'autres. (...) C'est dire qu'aucun regard de chercheur, aucun résultat de recherche n'est neutre » (Kohn, 2001, p.18). Le chercheur tout comme le praticien-chercheur n'est pas exempt de projections ou de résistance. Reste à chacun à construire sa position de recherche, à interroger sa posture et à se repérer, pour le praticien-chercheur, dans le mouvement qui le conduit du dedans vers le dehors et inversement.

Intériorité, subjectivité, le troisième reproche adressé au praticien-chercheur est intimement lié aux deux premiers, il concerne sa nécessaire implication en tant qu'acteur de terrain, une implication qui serait proche de « la compromission » (Casellas Ménière, 2001, p. 62) et rendrait sa recherche suspecte. En effet, une trop forte implication du chercheur peut constituer un biais dans sa recherche. Les praticiens-chercheurs voient plutôt dans cette implication un mode de production de connaissances (Kohn, 2001), ils revendiquent la possibilité de « l'utiliser, de lui faire confiance, de la suivre », ils y voient une « liberté à prendre » (Casellas Ménière, 2001, p. 62-63). Si cette double appartenance introduit de l'ambiguïté, de la difficulté, elle est aussi féconde dans la mesure où elle révèle la complexité des situations, des relations, laisse surgir des paradoxes que le chercheur attentif se doit de recueillir, de rendre visible, d'interpréter. L'originalité de la démarche du praticien-chercheur consiste à assumer une certaine subjectivité tout en menant un travail sur soi afin de ne pas s'y

fondre, à « travailler avec la subjectivité en essayant de l'objectiver » (Kohn, 2001). Reprenons pour clore cette réflexion la définition très poétique du praticien-chercheur que donne Casellas-Ménière : « Le praticien et le chercheur se dessinent l'un l'autre, comme les mains d'Escher, tout en dessinant la recherche. Inséparables ils n'existent que l'un par rapport à l'autre. Contraires, ils ne peuvent jamais s'opposer d'une façon absolue car il existe entre eux une interdépendance, la trace de la lumière dans l'ombre et la trace de l'ombre dans la lumière. Dans l'obscurité des pratiques, le chercheur est la trace lumineuse, et dans la lumière de la théorie le praticien est la trace obscure. Lumière ou obscurité, vide ou plein, visible ou invisible, la fonction est identique : la volonté de rendre présent l'absent, le refus de la séparation et de la rupture » (o. c., p. 62).

C'est donc en tant que praticien-chercheur que nous avons abordé la posture exigeante qui est celle de la recherche. Le choix d'une méthode de recherche a été un moment clé de notre travail. Nous avons souhaité mettre à l'épreuve notre hypothèse de départ en prenant appui sur des données quantitatives puis des investigations qualitatives sur les procédures d'orientation nous ont semblé indispensables pour apporter des explications aux phénomènes investigués.

4.5 Une approche intégrative

Notre question de départ était la suivante : tous les élèves orientés vers l'enseignement spécialisé et plus précisément vers les ULIS école (anciennement CLIS 1) répondent-ils aux critères d'orientation définis par les textes officiels ? Relèvent-ils tous du champ du handicap ? L'objet de notre travail de recherche consiste à questionner l'orientation de ces élèves et à interroger ces orientations dans un contexte particulier où l'on assiste, d'une part à une augmentation significative du nombre d'élèves en situation de handicap, à une banalisation du signifiant handicap et d'autre part à une montée en puissance d'une approche médicale en milieu scolaire. Nous avons alors fait l'hypothèse de recherche qu'un certain nombre de ces élèves n'étaient pas déficients, si l'on s'en tenait à la définition de l'OMS et à la classification internationale des maladies CIM 10 (retard léger : QI entre 50 et 69) et ne répondaient pas non plus aux autres critères d'orientation définis par les textes. Nous appuyant sur notre cadre théorique de référence, nous avons émis l'hypothèse que ces orientations se faisaient sous couvert d'un étiquetage médico-psychologique de déficience

légère et conduisaient à une reconnaissance de handicap. L'évaluation psychométrique associée aux résultats scolaires constituait un outil déterminant dans l'orientation des élèves les plus en difficulté vers les classes spécialisées. La vérification de cette hypothèse nécessitait un recueil de données chiffrées quantifiables et mesurables.

4.6 Recueil de données chiffrées

Le recueil de données a, dans un premier temps, été réalisé à trois niveaux différents, Les deux premiers touchent au contexte général de la scolarisation des enfants en situation de handicap au niveau national puis en Tarn et Garonne, le dernier cible la population des élèves d'ULIS école scolarisés dans le département.

- Le recueil de données au niveau national a pour objectif de réaliser un rapide état des lieux, de souligner l'augmentation significative de la scolarisation des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire et de renseigner les modalités de cette scolarisation dont celles en ULIS école. Ces données concernent les effectifs du premier degré (Public, Privé) de la France métropolitaine et des Départements d'Outre-Mer (DOM) et ont été recueillies auprès du Ministère de l'Éducation nationale (MENESR-DEPP) ;
- Un recueil de données auprès de la MDPH du Tarn et Garonne à partir des rapports d'activités des trois années 2012, 2013, 2014 doit permettre de dresser un état des lieux de la scolarisation des élèves en situation de handicap en 2014, de repérer le nombre de dossiers et de demandes, les modalités de la scolarisation des enfants en situation de handicap, dont l'orientation scolaire et de façon plus spécifique les orientations en ULIS école ;
- Un recueil de données auprès de l'ensemble des 17 ULIS école du Tarn et Garonne pour l'année scolaire 2014 /2015 (2 ULIS école ont été créées pour l'année scolaire 2015/2016) va permettre d'établir un profil des ULIS école du Tarn et Garonne au regard du degré de déficience intellectuelle des élèves qui y sont scolarisés. Nous avons demandé l'autorisation auprès de la DSDEN du Tarn et Garonne de consulter l'ensemble des dossiers des élèves scolarisés en CLIS/ULIS école. Nous avons sollicité pour ce faire les onze psychologues scolaires qui ont sur leurs secteurs respectifs la responsabilité d'une ou plusieurs

CLIS. Certains nous ont transmis leurs dossiers, d'autres nous ont demandé de les consulter sur place dans leur bureau. Nous avons prélevé les résultats chiffrés des bilans d'efficience intellectuelle d'entrée en ULIS, WISC 4 ou WPPSI 3 et plus précisément le QIT (Quotient Intellectuel Total). Il arrive parfois que des dossiers soient incomplets pour des raisons diverses : changement de département et dossier non communiqué par exemple, bilan réalisé par un psychologue en libéral et non transmis par la famille. Nous avons donc retenu un nombre significatif de dossiers, soit 156 sur un total de 178.

A partir de la nomenclature OMS, (retard intellectuel léger $50 < \text{QI} < 69$, moyen $35 < \text{QI} < 49$, grave $20 < \text{QI} < 34$, profond $\text{QI} < 20$), nous avons établi le profil des ULIS du département au regard du degré de déficience intellectuelle des enfants qui y sont scolarisés. Nous avons ensuite resserré notre champ de recherche à la ville de Montauban, préfecture du Tarn et Garonne, dans laquelle nous travaillons. Une étude sur plusieurs années (2003/2004, 2009/2010, 2015/2016) a pour objectif de repérer une éventuelle évolution des profils d'élèves accueillis.

A l'issue de ce premier temps de notre recherche, nous avons analysé qui étaient ces élèves en procédant à un examen complet et fouillé de chacun des dossiers afin d'examiner sur quels critères objectifs ils avaient été orientés vers un dispositif ULIS. Nous avons volontairement restreint notre champ d'étude à Montauban parce qu'il aurait été difficile de répliquer ce travail sur la totalité du département (disponibilité des collègues psychologues scolaires, nécessité de conserver les dossiers des élèves un certain temps). A partir de notre cadre théorique de référence et des études citées concernant la fonction socialement ségrégative de l'enseignement spécial, nous avons été amenée à interroger plus particulièrement le milieu socio-culturel d'appartenance de ces élèves. Pour déterminer leur situation sociale, nous avons pris appui sur des indicateurs objectifs que sont les catégories sociales utilisées par le Ministère de l'Éducation nationale, catégories socio-professionnelles favorisée A, favorisée B, moyenne, défavorisée⁴.

Le recueil et l'analyse des données réalisés, restait à interroger le processus d'orientation de ces élèves vers l'enseignement spécial. Seules des investigations qualitatives pouvaient nous permettre de comprendre ce qui était à l'œuvre au cœur du système. Nous

⁴Annexe 1

avons choisi comme méthode de recherche l'étude de cas qui nous autorisait à aborder les situations sous un angle systémique (intérêt des différents membres du système, conflits potentiels, valeurs véhiculées) en révélant différentes facettes d'un phénomène social complexe.

4.7 L'étude de cas : un paradigme qualitatif et compréhensif, un modèle d'intelligibilité systémique

Inscrire notre recherche dans une perspective holistique ou systémique devait nous permettre de comprendre le processus à l'œuvre lors de l'orientation de ces élèves vers un dispositif ULIS, d'en saisir les motifs et peut-être même de proposer un schème d'interprétation global. La question de l'orientation ne peut être dissociée de son contexte, les situations d'enfants présentées y sont indissociablement liées. Que s'est-il passé pour eux exactement ? Qui sont les acteurs de cette décision ? Pourquoi l'orientation a-t-elle eu lieu à ce moment précis ? Dans quelles conditions ? Il s'agit d'une certaine façon de « mettre en énigme ce qui paraît normal » (Paugam, 2012, p. 30). Nous nous sommes donc efforcée à travers chaque étude de cas de prendre en compte le contexte global, ses dimensions plurielles, ses caractéristiques, de repérer les différents acteurs, les positions des uns et des autres, leurs intérêts respectifs, les logiques d'actions collectives, les relations d'interdépendance, les conflits éventuels. Nous avons essayé de décoder, de décrypter, de comprendre, de débusquer parfois des situations contradictoires, des paradoxes. Au-delà du contexte, il a été nécessaire d'inscrire nos études de cas dans une temporalité, dans une chronologie, dans une histoire. Le point de départ de chaque analyse a été le premier signalement de l'élève, le premier repérage de ses difficultés. Le point de fin a été la décision d'orientation et le début de scolarisation en ULIS qui apportait un éclairage un peu distancié sur cette décision.

La mise en œuvre de cette recherche a nécessité un recours à une pluralité de techniques d'investigation. D'une façon générale, afin d'en faire une analyse documentaire, nous avons utilisé nos notes de terrain et les dossiers des élèves contenant de nombreuses pièces : bilan psychologique, compte-rendu en orthophonie, psychomotricité, compte-rendu rédigé par le CAMSP, bilan médical, conclusion des équipes éducatives, des équipes de suivi de scolarisation, notes du psychologue scolaire concernant les entretiens familiaux ou ceux

avec l'enfant.

Nous avons rencontré les élèves orientables dans le cadre du bilan cognitif précédant l'orientation ou simplement en entretien lorsque le bilan avait été réalisé par un collègue, l'enfant arrivant d'un autre secteur. Nous avons échangé avec les enseignants, mené des entretiens avec les familles afin de préparer l'orientation. Nous avons également réalisé des observations *in situ* des élèves nous permettant de mesurer les difficultés rencontrées dans les apprentissages. Enfin, nous avons participé aux différentes équipes éducatives ou équipes de suivi préparant la scolarisation des élèves dans l'enseignement spécialisé, en présence des professionnels de soins lorsqu'il y en avait. Cette participation, à situer dans le cadre de nos activités professionnelles, s'apparente d'une certaine façon à une observation participante. Ces différents éléments de connaissance ont été prélevés dans le cadre de notre activité et pratique professionnelles et ont fait l'objet d'une analyse réflexive dans l'après-coup.

En fonction des résultats des données chiffrées et après lecture des dossiers, sur l'ensemble des 17 élèves scolarisés en 2015/2016 sur les dispositifs ULIS école de Montauban et dont le profil cognitif ne correspondait pas aux critères d'orientation tels qu'ils sont définis dans les textes officiels, nous avons sélectionné les 7 situations d'enfants scolarisés sur notre secteur d'intervention. Après avoir pris connaissance des différentes pièces contenues dans les dossiers, il nous est apparu que certains élèves posaient des problèmes majeurs à l'école de par leur comportement et d'autres pas. Nous les avons répartis en deux groupes à des fins de comparaison (problématique comportementale majeure *versus* pas de problématique comportementale majeure). En effet, ces comparaisons vont permettre de faire émerger des profils, de repérer des caractéristiques communes, de faire apparaître des points de rupture, de révéler des logiques d'action, d'interprétation et de construire ainsi des connaissances dépassant la compréhension de chaque cas singulier.

L'un de ces cas, choisi à dessein, peut être considéré comme atypique dans la mesure où il n'entre pas dans les critères définis à l'origine de la recherche : l'élève en question n'a pas été orientée vers un dispositif ULIS, les parents ayant refusé la proposition de l'équipe de suivi. Cependant cette situation nous a semblé susceptible d'apporter nombre d'informations utiles justement parce qu'elle dérogeait à la logique habituelle et venait, dans un effet miroir, éclairer des processus à l'œuvre.

Après avoir été analysées sur un mode clinique, ces différentes situations ont été mises en récit dans une démarche de recherche narrative. Il s'agissait de raconter l'histoire de

l'orientation vers l'enseignement spécial de chacun de ces enfants, de faire émerger des significations, les phénomènes sous-jacents, de comprendre le sens qu'ils prenaient pour chacun des acteurs concernés. Notre récit, s'il s'est efforcé d'être le plus fidèle possible, n'est bien évidemment pas exempt d'une certaine forme de subjectivité. Les matériaux d'analyse sont des données exprimées sous forme de mots, de phrases, puisées dans des dossiers (traces écrites) ou lors d'échanges verbaux (données orales) et se pose la double question de la subjectivité et de la reconstruction *a posteriori*. Néanmoins, ce travail de recherche est à resituer dans une logique d'expérience qui ouvre sur la connaissance de l'humain et non dans une unique logique d'expérimentation reposant sur la preuve et l'évaluation. La singularité s'inscrit nécessairement au cœur de tout travail psychologique, il y a une part de subjectivité dans toute interprétation. Au cours de notre recherche, nous nous sommes efforcée d'explorer le réel, de faire une place à la parole de chacun, de comprendre le général à partir du particulier avec le plus de rigueur possible sans pour autant nous interdire une certaine forme d'intuition. « Le singulier acquiert une valeur scientifique quand il cesse d'être tenu pour une variété spectaculaire et qu'il accède au statut de variation exemplaire » (Canguilhem, 1983, pp. 218-219).

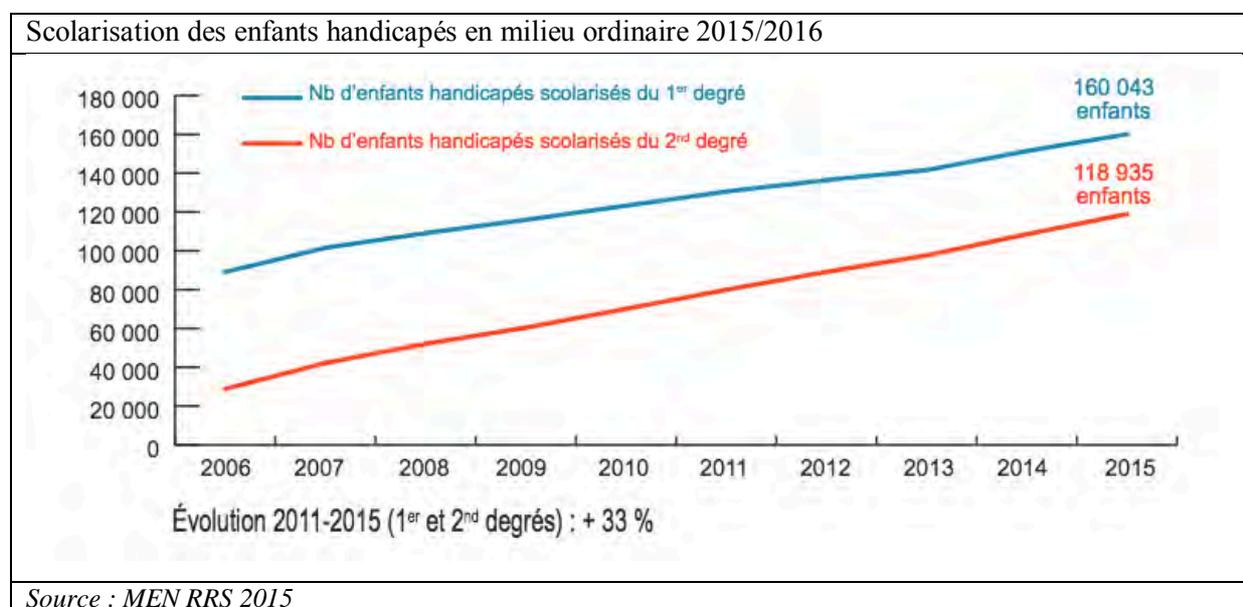
CHAPITRE 5 : LA SCOLARISATION DES ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP EN QUELQUES CHIFFRES

Ce chapitre a pour objectif de dresser un état des lieux de la scolarisation des élèves en situation de handicap au niveau national puis au niveau du Tarn et Garonne et d'en mesurer l'évolution sur les dix dernières années. Trois axes principaux retiendront notre attention : l'évolution du nombre d'élèves en situation de handicap en milieu ordinaire, leur mode de scolarisation et les orientations vers un dispositif ULIS.

5.1 Données chiffrées au niveau national

Les données recueillies auprès du Ministère de l'Éducation nationale (MENESR-DEPP) s'étendent de 2004 à 2015. Nous avons tout particulièrement porté notre attention sur trois années, 2006 un an après la mise en application de la loi, 2010 une année intermédiaire et 2015 pour les données les plus récentes à ce jour.

5.1.1 Évolution du nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire



La loi du 11 février 2005 a permis une augmentation significative de la scolarisation des enfants en situation de handicap, en milieu ordinaire, au sein de dispositifs collectifs adaptés tels que les CLIS et les ULIS ou dans les classes ordinaires avec, pour certains, un accompagnement par un Auxiliaire de Vie Scolaire.

Scolarisation des élèves handicapés en milieu ordinaire dans le premier degré			
Années	2006	2010	2015
Nombre total d'élèves scolarisés	6 644 108	6 664 279	6 805 243
Nombre d'élèves handicapés	111 083	126 294	160 043
% d'élèves handicapés	1,67 %	1,90 %	2,35 %

Source (MENESR-DEPP, Enquêtes réalisées chaque année à la rentrée dans les écoles publiques et privées de l'enseignement préélémentaire et élémentaire, RERS, éditions 2006, 2010, 2016)

Entre 2006 et 2015, les effectifs globaux du premier degré ont augmenté de seulement 2,42 % alors que le nombre d'élèves handicapés est passé pour la même période de 111 083 à 160 043, soit une augmentation de 44,07 %.

5.1.2 Évolution des principaux modes de scolarisation

1 Évolution des modes de scolarisation des élèves handicapés dans le premier degré, en milliers.



Source (MENESR-DEPP, RERS édition 2016)

Les deux principaux modes de scolarisation des élèves handicapés dans le milieu ordinaire sont d'une part les classes ordinaires et d'autre part les dispositifs ULIS. L'historique montre, de 2004 à 2015, une augmentation régulière du nombre d'élèves handicapés qui y sont scolarisés. Cette progression s'explique par un meilleur repérage des élèves handicapés ainsi que par une définition plus large de la notion de handicap avec la reconnaissance de nouvelles catégories d'élèves en situation de handicap (troubles « dys » par exemple). Par ailleurs, un certain nombre d'élèves scolarisés auparavant en établissements spécialisés sont aujourd'hui accueillis au sein de dispositifs ULIS école. L'augmentation est

de 28,72 % pour les ULIS, d'où la nécessaire création de nouveaux dispositifs, et de 89,96 % dans les classes ordinaires. Pour répondre à cette très forte progression, l'Éducation nationale va procéder à une augmentation importante des moyens d'accompagnement à la vie scolaire des élèves.

5.1.3 Évolution de l'accompagnement à la vie scolaire

Évolution du nombre d'élèves handicapés dans le premier degré accompagnés par un Auxiliaire de Vie individualisé ou mutualisé			
Années	2006	2010	2015
Nombre d'élèves handicapés	111 083	126 294	160 043
Nombres d'élèves accompagnés	23 879	49 323	86 304
% d'élèves handicapés accompagnés	21,49 %	39,05 %	53,92 %
<i>Source : (MENESR-DEPP, Enquêtes réalisées chaque année à la rentrée dans les écoles publiques et privées de l'enseignement préélémentaire et élémentaire, RERS, éditions 2006, 2010, 2016)</i>			

Le nombre d'enfants handicapés accompagnés par un Auxiliaire de Vie Scolaire individuel (AVS-i) ou mutualisé a connu un très fort développement entre 2006 et 2015 passant de 21,49 % à 53,97 %, soit 261,42 % d'augmentation.

L'augmentation du nombre d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire avec AVS ou sans AVS ou bien encore au sein d'un dispositif collectif s'explique par la mise en œuvre de la Loi du 11 février 2005 qui retient une définition plus large de la notion de handicap conduisant à la reconnaissance de nouvelles catégories (troubles du langage et de la parole, troubles associés), à la dissociation de la catégorie « déficience intellectuelle ou psychique » remplacée par « troubles intellectuels et cognitifs » et « troubles du psychisme » (comparaison des relevés statistiques avant et après la Loi de 2005, MENESR-DEPP).

5.1.4 Répartition des élèves en situation de handicap dans le premier degré selon la déficience

A partir de 2005, lors de ses enquêtes annuelles, Repères et Références statistiques (MENESR-DEPP, RERS) proposent une répartition des élèves en situation de handicap selon 9 catégories.

Répartition des élèves handicapés dans le premier degré selon la déficience			
Années	2006	2010	2015
Troubles intellectuels et cognitifs	47 921	61 880	69 048
Troubles du psychisme	21 972	23 396	32 967
Troubles du langage et de la parole ⁽¹⁾	10 173	12 408	20 450
Troubles auditifs	4 132	4 043	4 089
Troubles visuels	2 181	2 448	2 516
Troubles viscéraux ⁽²⁾	7 199	3 387	2 360
Troubles moteurs	6 427	9 482	10 260
Troubles associés	8 491	7 424	12 848
Autres troubles	2 587	1 826	5 505
Total	111 083	126 294	160 043
<i>Source : (MENESR-DEPP, Enquêtes réalisées chaque année à la rentrée dans les écoles publiques et privées de l'enseignement préélémentaire et élémentaire, RERS, éditions 2006, 2010, 2016)</i> (1) Troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dysphasie, dyspraxie, etc.) pour 2006 (2) Troubles des fonctions viscérale, métabolique ou nutritionnelle pour 2006			

En milieu ordinaire, quelle que soit l'année considérée, les élèves porteurs de déficiences intellectuelles et cognitives sont les plus nombreux, suivis des élèves ayant des troubles psychiques puis des jeunes présentant des troubles du langage et de la parole. De 2006 à 2015, l'augmentation du nombre des élèves concernés est respectivement de 44,08 % pour les troubles intellectuels et cognitifs, de 50,04 % pour les troubles psychiques et de 101,02 pour les troubles du langage et de la parole. L'augmentation des troubles du langage et de la parole peut s'expliquer en partie par les avancées des neurosciences cognitives et par le repérage des troubles non diagnostiqués auparavant. Elle peut également être mise en lien avec l'actuelle tendance à la médicalisation scolaire et au recours massif et de plus en plus fréquent à des catégories diagnostiques médicales (dyslexie, dysorthographe, dysphasie...). La présence des TED dont l'autisme, dans la catégorie troubles intellectuels et cognitifs, constitue peut-être l'un des éléments explicatifs de l'augmentation des effectifs. Une autre hypothèse serait d'envisager un élargissement de cette catégorie à des enfants en très grande difficulté scolaire qui ne présenteraient pas pour autant une véritable déficience intellectuelle. La nette augmentation des troubles psychiques interpelle également. Comment expliquer en

effet cette recrudescence des troubles de la personnalité et du comportement scolaire ? Faut-il la mettre en lien avec des facteurs familiaux, environnementaux, et plus largement sociétaux ?

En résumé, au niveau national, dans le premier degré :

- le nombre des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire augmente de façon significative ;
 - le nombre des élèves en situation de handicap accompagnés par un AVS et scolarisés en classe ordinaire connaît un fort accroissement ;
 - le nombre des élèves en situation de handicap scolarisés au sein de dispositifs collectifs (ULIS école) est en constante évolution ;
 - les élèves porteurs de déficiences intellectuelles et cognitives sont les plus nombreux.
- Cette catégorie d'élèves a considérablement augmenté depuis 2006.

5.2. Données chiffrées dans le Tarn et Garonne

Après avoir prélevé au niveau national les éléments chiffrés analysés ci-dessus, nous avons resserré notre champ d'étude au département du Tarn et Garonne dans lequel nous travaillons. Afin de recueillir des données, nous nous sommes rapprochée de la coordinatrice MDPH Tarn et Garonne pôle enfant qui nous a donné accès aux rapports d'activité de la MDPH sur les années 2012, 2013 et 2014. Nous nous sommes également appuyée sur un état des lieux de la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le Tarn et Garonne, réalisé en juin 2014 par le Groupe technique Départemental de suivi de la Scolarisation des Élèves Handicapés (GTD-SEH) sous la direction de l'Inspecteur ASH. Ces différents éléments concernent le premier et le second degré et il n'a pas toujours été possible d'isoler les données spécifiques au premier degré.

5.2.1 État des lieux de la scolarisation des enfants en situation de handicap pour les années 2012, 2013 et 2014

Les années 2012, 2013, 2014 ont enregistré une hausse d'activité importante, reflétant la tendance nationale relevée par la Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dans son rapport d'activité publié le 24 novembre 2015 (CNSA, 2015).

5.2.1.1 Situation démographique départementale en 2014

Le département du Tarn et Garonne compte 195 communes réparties sur 30 cantons. Sa superficie est de 3 718 km² pour une densité de 65,11 habitants par km². C'est le

département de la région Midi-Pyrénées qui a connu la plus grande dynamique démographique ces 30 dernières années.

	1968	1975	1982	1990	1999	2006	2011	au 01/01/2014
Population (nombre d'habitants)	183 572	183 314	190 485	200 220	206 034	226 849	244 545	251 573

(Source : Insee, recensement population 2011 et données provisoires 2014)

Entre 2006 et 2011, le département a en effet gagné en moyenne 3 000 habitants par an ce qui représente un rythme de croissance de 1,3 % par an. Les données Insee portent la population du département en augmentation de près de 3 % entre 2011 et 2014, avec 251 573 habitants (au 01/01/2014) pour 244 545 habitants en 2011. La population scolaire du premier et du second degré connaît une évolution similaire.

Évolution des effectifs des élèves scolarisés dans le Tarn et Garonne							
Années	2003	2006	2010	2011	2012	2013	2014
Effectifs du premier degré	22 682	23 853	25 773	26 273	26 758	27 179	27 413
Effectifs du second degré	17 500	17 400	18 344	18 816	19 394	19 888	20 314
Total des effectifs	40 182	41 253	44 117	45 089	46 152	47 067	47 727

Source : (MENESR-DEPP, RERS Enquêtes réalisées chaque année à la rentrée dans les écoles publiques et privées de l'enseignement préélémentaire et élémentaire)

Entre 2011 et 2014, les effectifs augmentent de 4,3 % dans le premier degré avec 27 413 élèves en 2014 pour 26 273 en 2011, et de 7,9 % dans le second degré avec 20 314 élèves en 2014 pour 18 816 en 2011, soit une progression globale de 5,8 %.

En ce qui concerne les élèves en situation de handicap, la scolarisation en milieu ordinaire connaît une forte progression dans le département. Elle est passée de 371 élèves en 2006/2007 à 1218 élèves pour 2013/2014, premier et second degré confondus, et a été multipliée par 3,5 en 8 ans soit une augmentation de 228 % (ASH 82, 2014). A la rentrée 2013/2014, le premier degré comptait 718 élèves en situation de handicap, scolarisés en milieu ordinaire, soient 2,7 % de l'effectif départemental, 130 dans une classe maternelle, 588 dans une classe élémentaire, dont 30% scolarisés en CLIS.

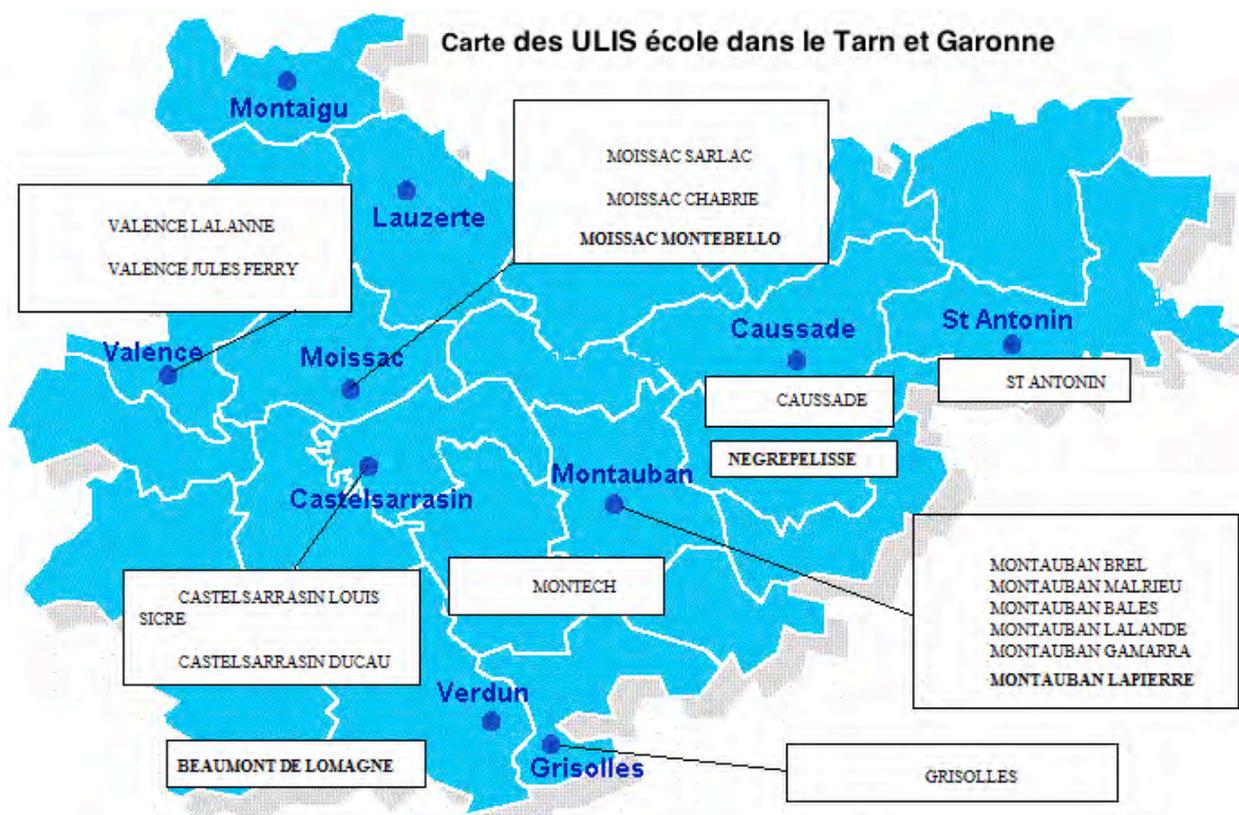
5.2.1.2 Dispositifs, établissements et services d'accompagnement médico-sociaux

En 2014, l'offre de places en établissements et services pour enfants et adolescents se présente ainsi (MDPH 82, 2014) :

- 219 places en Institut Médico-Éducatif (à destination d'un public présentant une déficience intellectuelle) sur 5 établissements dont 1 avec un agrément autisme pour 24 places ;
- 60 places en Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique (ITEP) avec 1 établissement ;
- 26 places en Institut d'Éducation Motrice pour 1 établissement ;
- Soit un total de 305 places.

Le Tarn et Garonne compte également 174 places en Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), réparties sur 7 établissements (5 IME, 1 ITEP et 1 IEM).

Le nombre des dispositifs collectifs a augmenté de façon régulière dans le Tarn et Garonne. Dans le second degré, la progression est très importante : 3 ULIS en 2006, 12 en 2013 (dont 2 en Lycée Professionnel) et 17 en 2016 (dont 3 en Lycée Professionnel). Dans le premier degré, l'évolution est similaire : 10 CLIS/ULIS école en 2006, 16 en 2013, 19 en 2015 et 21 en 2016.



En 2013/2014, on compte six CLIS sur la commune de Montauban, deux sur Castelsarrasin, deux à Valence d’Agen, deux à Moissac, une à Montech, une à Caussade, une à Saint- Antonin, et une à Grisolles. En 2014/2015, une troisième CLIS est créée sur le secteur de Moissac. En 2015/2016, deux nouvelles ULIS école sont implantées sur les communes de Nègrepelisse et de Beaumont de Lomagne. L’année suivante, deux autres ouvrent à Labastide Saint Pierre et à Labastide du Temple.

5.2.2 Activités de la MDPH 82 pôle enfants sur les années 2012, 2013 et 2014 (rapports d’activités annuels)

5.2.2.1 Évolution des demandes auprès du pôle Enfants :

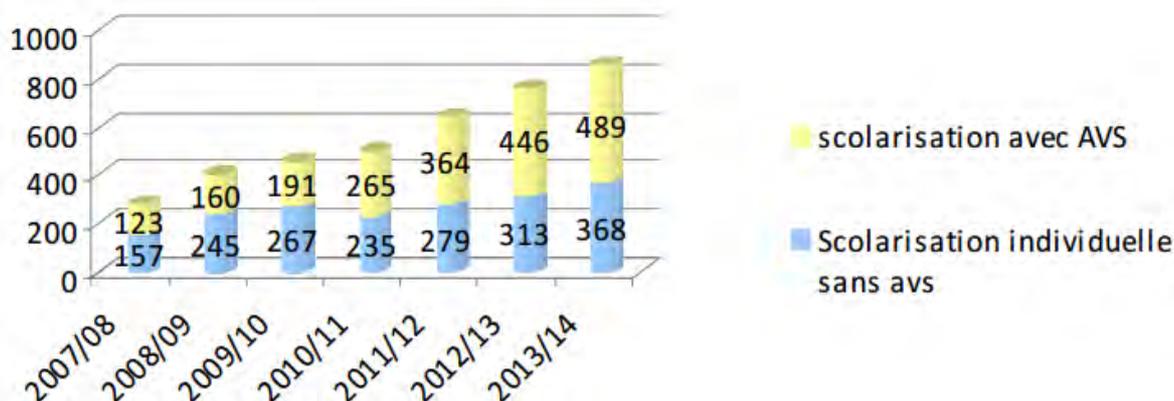
En 2014, on compte 2 390 dossiers actifs. Il s'agit des dossiers pour enfants et adolescents de moins de 20 ans ayant au moins un droit ouvert au titre d'une prestation d'AEEH, de carte d'invalidité...

La MDPH du Tarn et Garonne a connu une forte évolution de son activité entre 2009 et 2014. Il convient de préciser que les chiffres exploités correspondent au nombre total de demandes instruites et décisionnées.

Données MDPH	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Demandes instruites et décisionnées	1 711	1 462	2 315	2 891	2 609	2 767

On constate une augmentation importante du nombre de demandes qui passe de 1 711 en 2009 à 2 767 en 2014, soit une augmentation de 61,7% en 5 ans. Cette tendance à la hausse se confirme sur les deux dernières années avec une augmentation de 6,1 %. Cette augmentation du nombre de demandes et de dossiers est la conséquence directe de la mise en application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

5.2.2.2 L'accompagnement par AVS (données ASH 82, 2014)

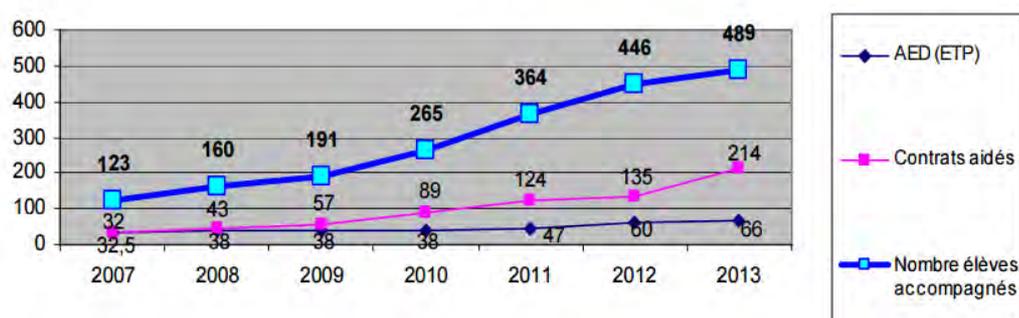


Le nombre d'élèves concernés par l'accompagnement individuel à la vie scolaire a été multiplié par 4 entre les années 2007 et 2013.

Pourcentage d'élèves en situation de handicap accompagnés par un AVS							
Années	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/2012	2012/2013	2013/2014
% d'élèves accompagnés	43,9%	39,5%	41,7%	53,0%	56,6%	58,8%	57,06%

En 2013/2014, plus de la moitié des élèves en situation de handicap scolarisés en classe ordinaire est accompagnée par un AVS individuel ou mutualisé.

Evolution quantitative de l'accompagnement individuel à la vie scolaire de 2007 à 2013



64,5 postes d'AVS permettaient d'assurer en 2007/2008 l'accompagnement individuel en classe ordinaire de 123 élèves. En 2013/2014, 280 postes d'AVS étaient affectés auprès de 489 élèves.

5.2.2.3 Les orientations vers l'enseignement spécialisé

La MDPH a pour mission d'étudier les demandes d'orientation vers des établissements et dispositifs spécialisés. Le tableau ci-dessous présente, sur les années 2012, 2013 et 2014, les décisions prononcées vers les IME, IEM, ITEP, SESSAD, CLIS et ULIS.

Années	2012	2013	2014	Évolution 2012/2014 (en %)
ITEP	50	71	84	+ 68,00%
IME	159	222	224	+ 40,88%
CLIS	55	58	77	+ 40,00%
ULIS 2nd degré	52	64	71	+ 36,53%
IEM	21	5	22	+ 4,76%
SESSAD	174	161	182	+ 4,59%

Source : MDPH, 2012, 2013, 2014

Le nombre d'orientations prononcées est en augmentation pour l'ensemble des établissements et dispositifs concernés.

La plus forte progression concerne les ITEP (68,00 %), les IME (40,88 %) et les CLIS (40,00 %). Les établissements et services médico-sociaux du Tarn et Garonne ne sont pas en mesure d'accueillir, par manque de place, la totalité des élèves orientés, les agréments et créations de places n'ayant pas évolué en proportion des besoins. Les élèves concernés sont placés sur liste d'attente et envoyés par défaut vers des ULIS école ou maintenus dans leur école de rattachement. En octobre 2013, une trentaine d'élèves était en attente de place vers un établissement médico-éducatif et 150 élèves bénéficiant d'une notification avec un accompagnement par un SESSAD ne pouvaient être pris en charge (ASH 82, 2014).

Dans le rapport d'activités de 2014, les médecins, travailleurs sociaux et coordinatrice présents à la MDPH remarquent chaque année « une augmentation des enfants en situation de troubles du comportement suffisamment importants pour bénéficier d'une orientation en établissement médico-social, la plupart du temps en partenariat avec le secteur sanitaire ».

Pour répondre à l'augmentation du nombre d'élèves orientés vers les CLIS, de nouvelles classes ou dispositifs ont été ouverts. Le nombre de CLIS/ULIS école, et donc du nombre d'élèves accueillis, a doublé de 2006 à 2016, alors que les effectifs du premier degré ont augmenté de 14,9 % sur la même période. Au-delà des scolarisations par défaut et de la volonté politique éducative actuelle en faveur d'une école inclusive, il semble légitime de s'interroger sur une progression des orientations aussi marquée.

En résumé, au niveau départemental :

- Le nombre de demandes auprès de la MDPH augmente de façon significative et se traduit sur le terrain par une augmentation de la scolarisation des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire ;
- Le nombre des élèves en situation de handicap accompagnés par AVS progresse ;
- Le volume des orientations scolaires vers les CLIS, IME et ITEP augmente. Le nombre de CLIS/ULIS école a été multiplié par 2 entre 2006 et 2016 ;
- L'évolution de la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le Tarn et Garonne est similaire à l'évolution au niveau national.

CHAPITRE 6 : QUI SONT LES ELEVES SCOLARISES EN ULIS ECOLE DANS LE TARN ET GARONNE ?

Après avoir analysé le contexte général de la scolarisation des élèves en situation de handicap, nous avons resserré notre champ d'étude autour des élèves accueillis sur les dispositifs ULIS école du Tarn et Garonne. Nous avons retenu comme critère le degré de déficience intellectuelle des élèves qui y sont scolarisés afin de vérifier la présence éventuelle d'élèves non déficients.

6.1 Profil des élèves accueillis en ULIS école

Le bilan d'efficiency intellectuelle est un élément déterminant et indispensable à l'examen du dossier par l'équipe pluridisciplinaire puis par la CDA. Afin d'établir le profil cognitif des élèves accueillis en ULIS école, nous avons relevé les résultats chiffrés obtenus lors des épreuves psychométriques (WISC 4 ou WPPSI 3) et plus précisément le QIT (Quotient Intellectuel Total).

Le quotient intellectuel est un résultat chiffré que l'on situe par rapport à une norme. Le QI « quantifie le degré d'efficiency d'un individu dans un ensemble d'épreuves comparativement à l'efficiency d'un échantillon d'individus représentatifs de la population de référence » (Grégoire, 2007, p. 16). On compare ainsi un individu à des individus de son âge et on évalue ses résultats au regard de la moyenne. On regarde où il se place, au-dessus ou au-dessous de cette moyenne. Cette comparaison est possible par la validation statistique. Pour toutes les catégories d'âge, la moyenne est de 100 et l'écart type est de 15. L'écart type qui mesure la dispersion d'une série de valeurs autour de leur moyenne permet de situer les écarts par rapport à la moyenne. On considère par exemple qu'un enfant est déficient lorsqu'il obtient un score inférieur à deux écarts types au-dessous de la moyenne (<70) ou encore qu'un enfant peut être qualifié d'enfant à haut potentiel lorsque le score obtenu se situe à deux écarts types au-dessus de cette même moyenne (>130). La référence à cette valeur moyenne est une convention.

Certains QIT n'étant pas interprétables en raison de différences significatives inter-indices qui invalident le résultat global (et considérés comme tels par le psychologue responsable du bilan), les bilans ont été classés dans une catégorie « non significatif ». Il s'agit d'élèves à profil fortement hétérogène. Nous avons, pour chacun d'eux, examiné le bilan cognitif et analysé chaque indice séparément. Tous les élèves concernés se situaient sur un versant déficitaire.

Les élèves non testables ont été comptabilisés et apparaissent dans les graphiques sous l'étiquette « non testable ». Il s'agit d'élèves qui ne peuvent être testés à l'aide du WISC 4 soit parce qu'ils ne peuvent l'être que partiellement sur certaines épreuves soit pas du tout : c'est le cas par exemple d'enfants trisomiques ou autistes pour lesquels l'accès au langage est trop limité ou pour lesquels la situation d'évaluation est trop anxiogène.

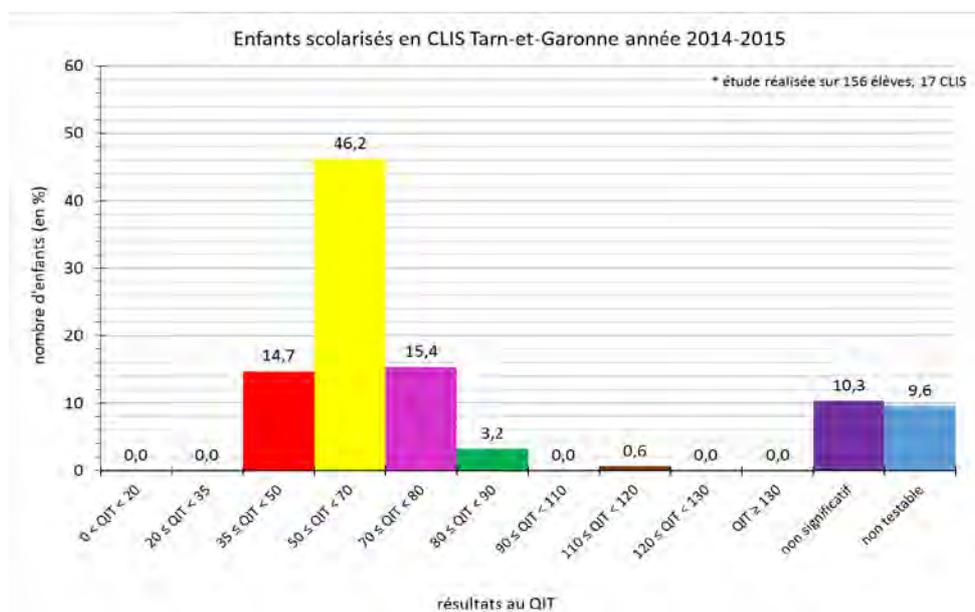
6.1.1 Présentation générale des données recueillies auprès des 17 CLIS du Tarn et Garonne en 2014/2015

Le profil des différentes CLIS/ ULIS école du département a été établi à partir de la nomenclature OMS, concernant le retard intellectuel : retard intellectuel léger : $50 < \text{QI} < 69$, retard moyen : $35 < \text{QI} < 49$, retard grave : $20 < \text{QI} < 34$, retard profond : $\text{QI} < 20$. Cette répartition permet de distinguer le retard léger du retard moyen pour les élèves présentant un retard intellectuel.

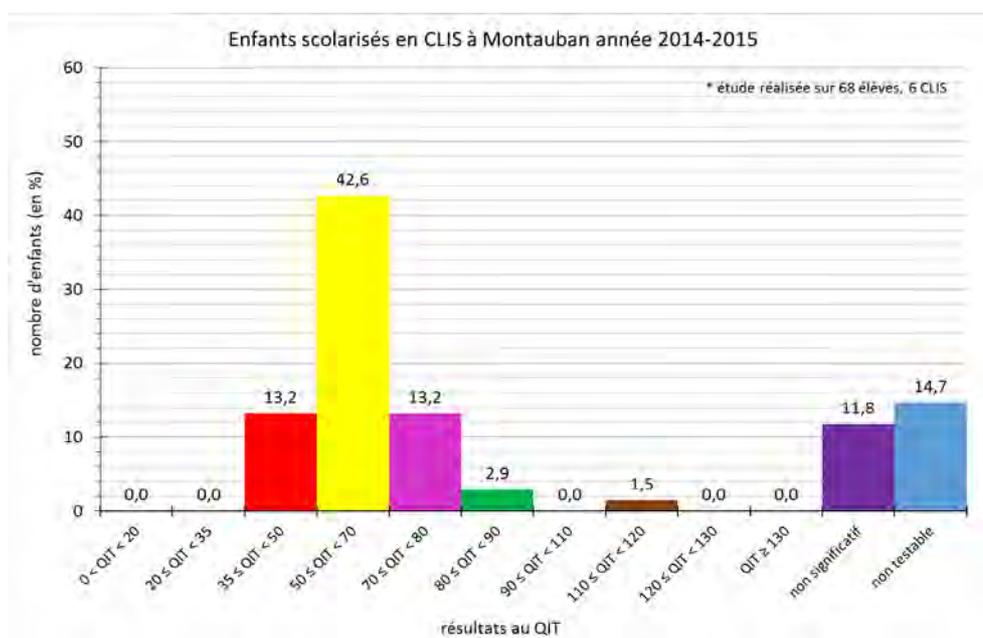
Au-delà de 70, pour les élèves non déficients, nous avons opté pour une répartition des QI en référence à la courbe de normalité du WISC.4 qui permet de préciser et de nuancer les profils cognitifs, à savoir 70-79 : niveau mental limite, 80-89 : normal faible, 90-110 : normal, 111-120 : normal fort, 121-130 : supérieur, au-delà de 130 : très supérieur /exceptionnel.

Deux histogrammes différents présentant la répartition des QI des élèves scolarisés en CLIS ont été réalisés, l'un pour l'ensemble du Tarn et Garonne, l'autre centré sur notre secteur d'intervention, Montauban, sur lequel ont été retenues nos études de cas.

Répartition des QI des élèves scolarisés en CLIS dans le Tarn et Garonne



Répartition des QI des élèves scolarisés en CLIS à Montauban



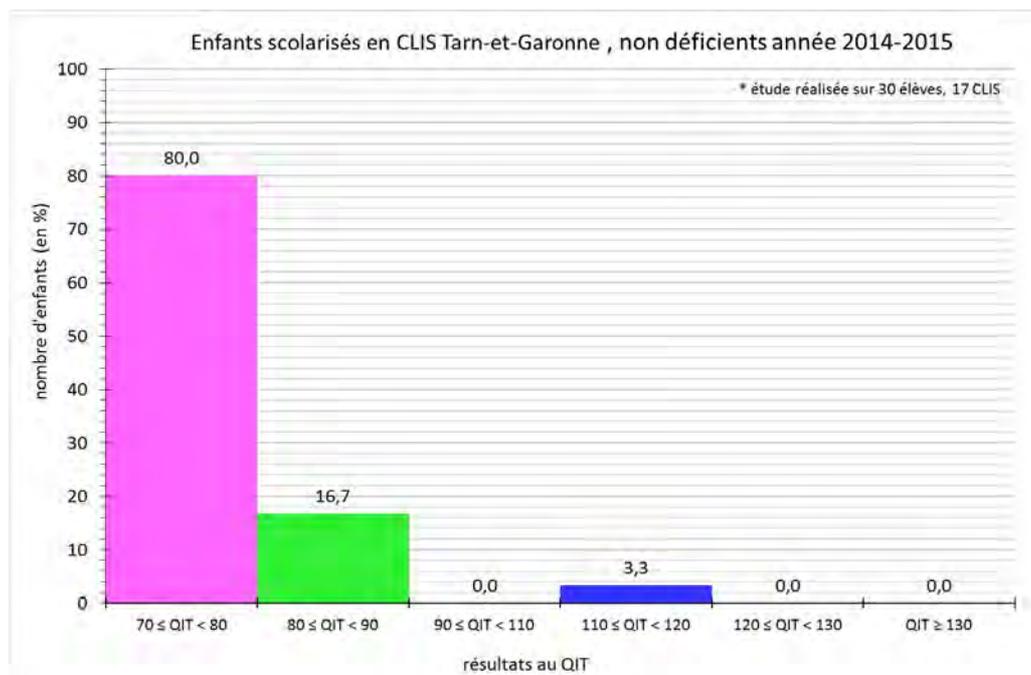
Les graphiques, CLIS Tarn et Garonne et CLIS Montauban, présentent un profil quasiment identique. Les enfants déficients légers sont les plus nombreux (46,2 % et 42,6 %). Viennent ensuite une catégorie d'élèves non déficients mais se situant dans une zone limite (15,4 % et 13,2 %). Une catégorie réduite d'élèves présente un QI se situant dans une zone

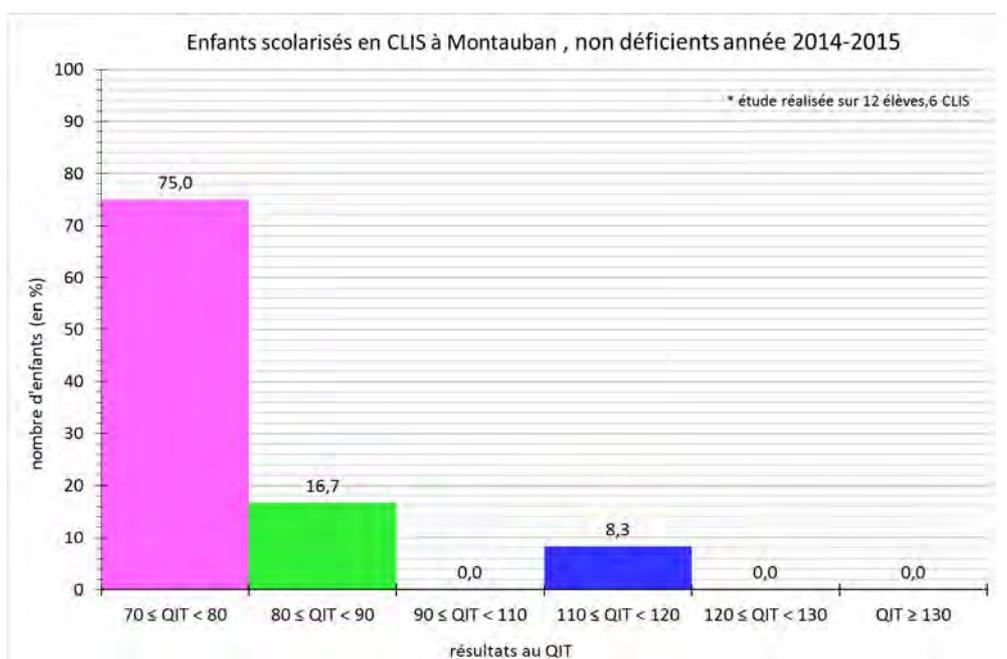
normal faible (3,2 % et 2,9 %) ou normal fort (0,6 % et 1,5 %). Une part non négligeable des élèves scolarisés en CLIS présente une déficience moyenne (14,7 % et 13,2 %). Certains d'entre eux sont en attente, faute de place, d'une orientation vers un IME ou bien la famille s'est opposée à cette orientation. Une seule petite différence est repérable : davantage d'élèves n'ayant pas pu être testés sont scolarisés sur Montauban : 14,7 % contre 9,6 %. Outre un possible effet de contingence, cet écart pourrait s'expliquer par la présence sur l'agglomération d'une population particulièrement vulnérable.

D'une façon générale dans le Tarn et Garonne, nous constatons que 60,2 % d'élèves scolarisés en CLIS/ULIS école présentent un retard intellectuel. En revanche, 19,2 % d'élèves ne relèvent pas de la déficience. Parmi les élèves non déficients, 15,4 % se situent dans une catégorie limite, 3,2 % dans une zone normal faible et 0,6 % dans une zone supérieure. Aucun élève ne se situe dans la norme 90-110.

6.1.2 Répartition des élèves non déficients en fonction de leur QI

Les deux histogrammes ci-dessous indiquent comment se répartissent, en fonction de leur QI, les élèves non déficients scolarisés en CLIS.





Dans le Tarn et Garonne comme à Montauban, la majorité des enfants non déficients scolarisés en CLIS appartient à la catégorie de niveau mental limite (80 % et 75 %). Une petite partie se situe dans une zone dite moyen faible (16,7 % dans les deux cas) et une minorité dans la norme supérieure (3,3 % et 8,3 %).

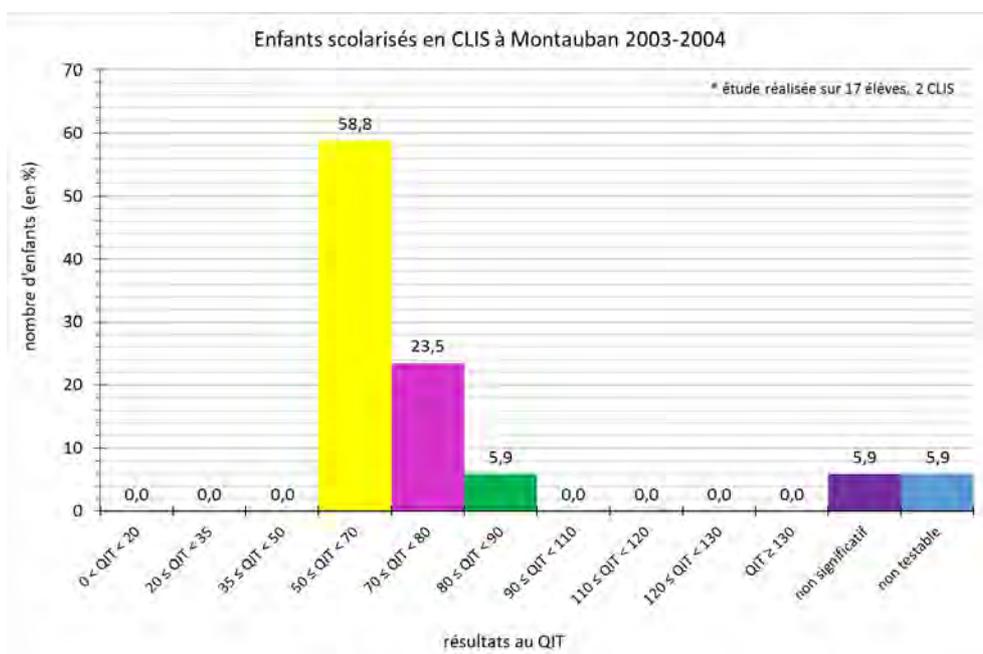
La catégorie de niveau mental limite (70-79) a, pendant un temps, été présente dans la classification internationale des maladies et a disparu dans l'avant dernière édition de l'OMS. Elle appartient désormais aux variations de la normale et se trouve hors champ de la pathologie et donc hors champ du handicap. Les élèves appartenant à cette catégorie rencontrent des difficultés à s'adapter au milieu scolaire ordinaire et à répondre aux exigences de la scolarisation. Ils sont en échec au niveau des apprentissages, mais une fois devenus adultes ne sont plus distinguables de leurs contemporains.

La présence d'élèves relevant de la catégorie norme supérieure interroge au sein d'un dispositif ULIS école qui rassemble des élèves en grande difficulté sur le plan cognitif. Les études de cas proposées au chapitre 7 devraient apporter des éléments de réponse.

Nous avons, dans un deuxième temps, souhaité inscrire notre recherche dans une certaine temporalité et vérifier si le profil des CLIS du Tarn et Garonne variait ou non sur plusieurs années. Nous avons prélevé des éléments chiffrés sur l'année 2003/2004 avant la

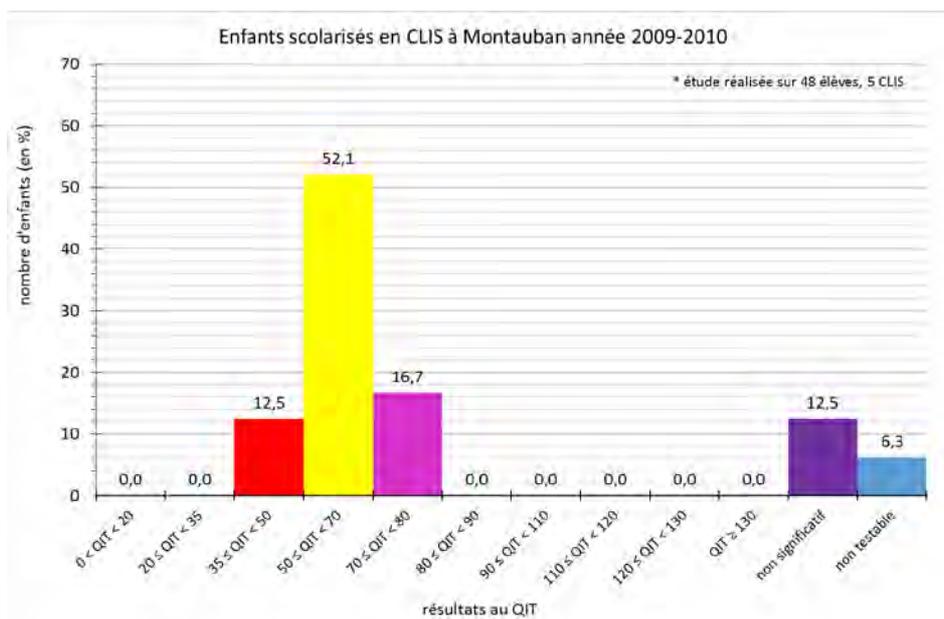
loi handicap du 11 février 2005, 2009/2010 année intermédiaire et 2015/2016 pour les données les plus récentes. Pour des raisons de commodité et de temps, nous avons réduit notre recherche aux CLIS de Montauban, la cohérence de cette étude n'en étant pas affectée dans la mesure où le profil des CLIS de Montauban suit une courbe quasi identique à celle du Tarn et Garonne. Nous avons procédé de la même façon que pour l'année 2014/2015 à savoir consultation des dossiers et prélèvement des QIT.

6.1.3 Présentation des données recueillies auprès des CLIS de Montauban en 2003/2004, 2009/2010, 2015/2016

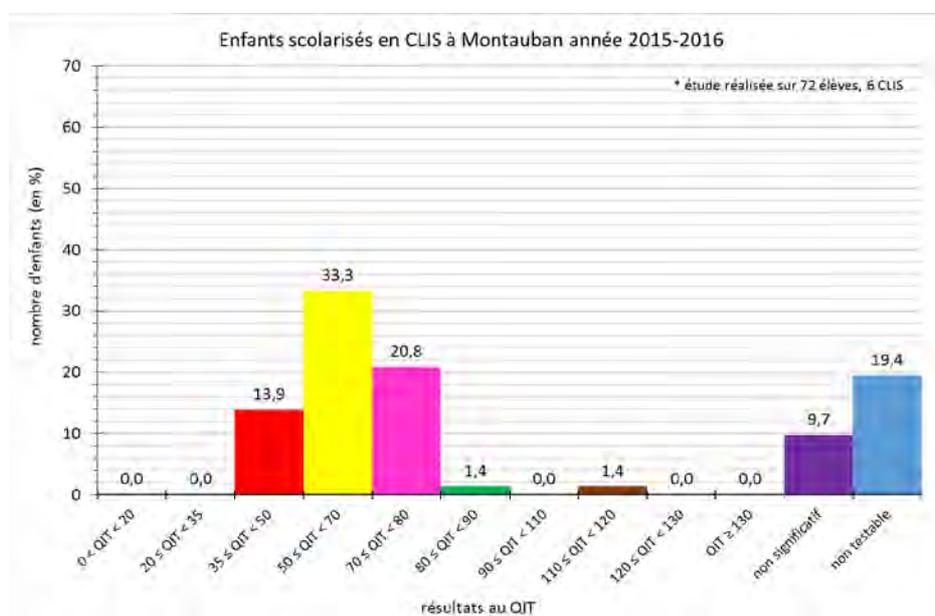


Notre travail de recherche sur les élèves scolarisés en CLIS avant la loi handicap de 2005, en 2003/2004 sur Montauban, a rencontré une limite dans la mesure où nous n'avons pu avoir accès à l'ensemble des dossiers des 4 CLIS de Montauban. En effet, après un certain nombre d'années, les dossiers ne sont plus conservés dans les archives par les psychologues scolaires et sont détruits. Sur un secteur néanmoins, les dossiers des élèves de deux CLIS différentes avaient été conservés. Si du fait de leur incomplétude, ces éléments ne possèdent pas de réelle validité et ne permettent pas de tirer des conclusions plus larges, ils ont cependant retenu notre attention pour plusieurs raisons. D'une part, nous trouvons comme pour l'année 2014/2015 une part importante d'élèves non déficients soit 29.4 % dont la majorité se situe dans la catégorie dite limite (23.5 %) et d'autre part nous ne comptons aucun élève présentant une déficience moyenne. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'avant la loi

2005 et sa volonté intégrative puis inclusive, la plupart des élèves déficients moyens étaient le plus souvent accueillis en Institut Médico-Éducatif.



En 2009/2010, la suppression au niveau national de milliers de postes dans les réseaux d'aides est engagée mais ne peut encore se répercuter de façon sensible sur l'orientation des élèves en CLIS. Le profil des CLIS est identique à celui de l'année 2014/2015. Le nombre d'élèves déficients légers atteint en 2009/2010 plus de la moitié de la population des CLIS soit 52,1 % (42,6 % en 2014/2015). La part des élèves déficients moyens est assez similaire à celle de l'année 2014/2015 (12,5 % contre 13,2 %) en 2014/2015. La présence d'élèves entrant dans la catégorie limite 16,7 % dans les mêmes proportions qu'en 2014/2015 (13,2 %). Aucun QI d'élève ne se situe au-delà de 80. La proportion d'élèves non testable est plus faible.



Le profil des élèves scolarisés en CLIS à Montauban en 2015/2016 est assez comparable à celui de 2009/2010 et 2014/2015. On retrouve une majorité d'élèves se situant dans une déficience légère. Le pourcentage d'élèves déficients moyens est globalement équivalent. En revanche, on note une proportion plus importante d'élèves appartenant à la catégorie limite en 2015/2016 (20,8 % contre 16,7 % et 13,2 %). Le pourcentage des élèves non testables a sensiblement augmenté en 2015/2016 (19,4 % contre 6,3 % et 14,7 %). Il s'agit le plus souvent d'élèves en très grande difficulté, relevant d'IME (refus des familles ou inscription sur liste d'attente).

L'inscription dans la durée de ce travail de recherche met en évidence :

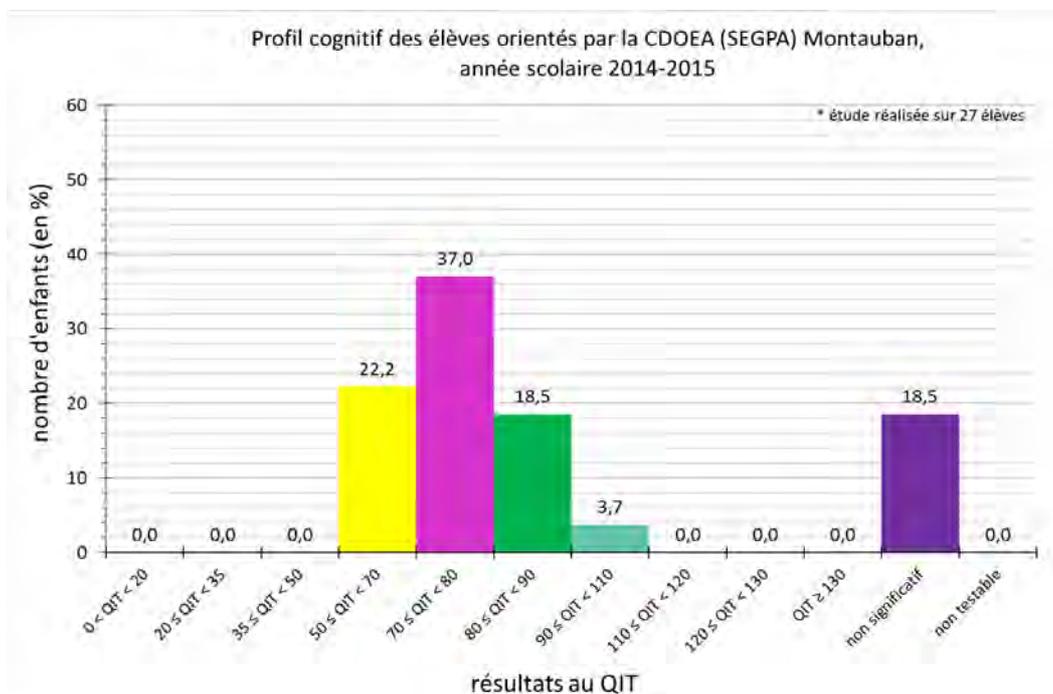
- Une certaine constance dans le profil cognitif des élèves scolarisés en CLIS de 2003/2004 à 2015/2016 (si l'on excepte l'absence d'élèves déficients moyens dans les deux CLIS étudiées en 2003 /2004 pour les raisons évoquées plus haut) ;
- Une majorité d'élèves déficients légers, une part plus réduite mais existante d'élèves déficients moyens, la présence d'élèves non déficients dont les pourcentages s'échelonnent de 16,7 % à 25 % selon les années et parmi ces élèves non déficients une part majoritaire d'élèves se situant dans une catégorie dite limite (de 13,2 % à 20,8 %) ;
- La présence de personnels RASED plus nombreux avant 2009 ne permettait pas d'éviter

l'orientation en CLIS d'élèves appartenant à la catégorie limite dans la mesure où on constate la présence de cette catégorie d'élèves dans les CLIS de Montauban en 2009 /2010 et également en 2003/2004. Toutefois, on peut penser au regard de l'augmentation significative du nombre de CLIS en Tarn et Garonne qui sont passées de 10 en 2006 à 21 en 2016/2017 que cette évolution est liée à l'entrecroisement de plusieurs facteurs : accueil d'élèves auparavant scolarisés en Institut Médico-Éducatif (enfants déficients moyens, autistes etc...) et enfin recrudescence d'élèves en grande difficulté scolaire pour lesquels il peut exister une confusion entre difficultés et handicap en raison d'un étiquetage médico-psychologique et de critères d'orientation de plus en plus larges et de plus en plus flous : troubles cognitifs auxquels s'ajoutent aujourd'hui les troubles spécifiques des apprentissages.

La présence en CLIS/ULIS école de la catégorie d'élèves dont le profil cognitif se situe dans une zone limite nous a amenée à procéder à une comparaison avec le profil cognitif d'élèves orientés ou orientables en SEGPA. En effet, nous avons pu constater dans notre pratique qu'un certain nombre d'élèves pour lesquels une orientation SEGPA est proposée ont un profil cognitif « limite ».

6.1.4 Comparatif du profil cognitif d'élèves de CLIS et d'élèves orientés en SEGPA

Nous avons établi le profil cognitif des élèves scolarisés à Montauban et orientés par la CDOEA vers une SEGPA en 2014 /2015. La démarche a été identique à celle décrite ci-dessus : consultation des dossiers de ces élèves auprès des 3 psychologues de Montauban et prélèvement des QIT.



Quelques différences notables avec le profil des élèves accueillis en CLIS sont rapidement repérables. Les différents élèves relevant de la catégorie « non significatif » ne présentent pas de retard intellectuel⁵. Aucun élève ne se situe dans la catégorie non testable. Aucun élève ne présente de déficience moyenne. La part des élèves appartenant à la catégorie moyen faible est nettement plus importante qu'en CLIS à Montauban la même année (18,5 % contre 2,9 %). Une nouvelle catégorie d'élèves dans la norme apparaît (3,7 %). 22,2 % d'élèves présentent une déficience (légère) contre 55,8 % en CLIS la même année à Montauban. La présence d'élèves déficients légers en SEGPA peut surprendre : certains viennent du milieu ordinaire après un parcours difficile sur le plan des apprentissages, d'autres arrivent de CLIS après s'y être restaurés et sont orientés par la CDA.

Un point commun est à souligner : la présence, certes plus importante en SEGPA qu'en CLIS, de la catégorie d'élèves présentant un profil cognitif limite : 37 % contre 13,2 % (Montauban 2014/2015). Une question se pose à laquelle cette étude n'est pas en mesure de répondre : pourquoi certains élèves présentant un profil cognitif limite vont relever de l'enseignement ordinaire puis de l'enseignement adapté alors que d'autres passeront par le champ du handicap ?

⁵ Comme pour les élèves relevant d'ULIS, nous avons analysé les résultats obtenus au bilan cognitif et interprété chaque indice séparément.

Nous avons montré qu'un certain nombre d'élèves orientés en CLIS/ULIS école en Tarn et Garonne ou à Montauban ne relèvent pas de la déficience. Le plus souvent, ils présentent un profil cognitif se situant dans une zone dite limite. Sur quels critères ces élèves ont-ils été orientés en CLIS ? La difficulté scolaire ou difficulté d'apprentissage, certes toujours présente, ne constitue pas en soi un critère d'orientation. Les critères médicaux énoncés dans les textes suffisent-ils à expliquer ces orientations ? Certains de ces élèves ne seraient-ils pas issus de milieux socio-culturels défavorisés ? De nombreuses études mettent en évidence le lien statistique entre handicap mental léger et milieu socio-culturel défavorisé. Les enfants présentant une déficience légère sont souvent issus d'un environnement marqué par la précarité sociale et ont des difficultés à s'adapter aux attentes normatives de l'école (Misès, Perron & Salbreux, 1994).

6.2 Orientation des élèves en ULIS école : facteurs explicatifs

Afin d'analyser les facteurs explicatifs sous-jacents à l'orientation des élèves en ULIS école sur Montauban, nous avons retenu l'année scolaire 2015/2016, période pendant laquelle notre temps de recherche portait sur l'étude des cas.

6.2.1 Examen des dossiers

Pour répertorier les différents facteurs pouvant expliquer l'orientation en ULIS école de ces élèves, nous nous sommes appuyée sur les différents critères d'orientation retenus dans les textes (Circulaire n° 2009-087, Circulaire n° 2015-129) à savoir en 2009 les troubles des fonctions cognitives ou mentales (en font partie les troubles envahissants du développement ainsi que les troubles spécifiques du langage et de la parole). Les troubles spécifiques des apprentissages apparaissent de façon explicite en 2015.

Après un premier examen de l'ensemble des 72 dossiers, nous avons repéré des éléments saillants et récurrents pouvant expliquer pour partie les difficultés rencontrées par les élèves. Nous avons établi une typologie de ces différents facteurs : facteur organique, psychologique, problématique socio-culturelle et familiale, « enfants du voyage », troubles « dys » et « TED », troubles psychiatriques.

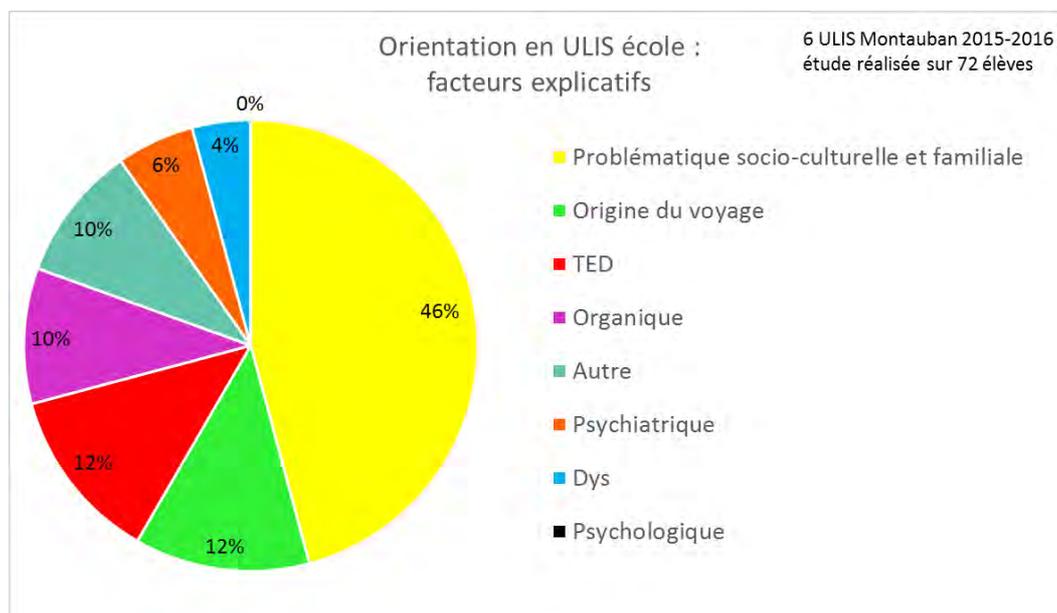
Trois facteurs peuvent être à l'origine des troubles cognitifs qui correspondent à la déficience mentale : facteur organique (trisomie, syndrome de l'X fragile par exemple),

psychologique ou environnemental à savoir problématique socio-culturelle et familiale. Notre pratique de terrain nous a amenée à constater qu'un certain nombre d'élèves scolarisés en ULIS école sont des enfants du voyage souvent sédentarisés. Saint Martin (2014) le relève également dans sa recherche auprès des élèves de CLIS 1. Les catégories « dys », organique et TED, n'ont été retenues que lorsqu'un diagnostic médical avait été posé. La mention « psychiatrique » l'a été pour des élèves suivis par l'hôpital de jour. Le facteur psychologique est un peu plus flou : il a été retenu lorsqu'un élève a un suivi psychologique à l'extérieur de l'école ou lorsque l'analyse du dossier de l'élève assortie de celle du psychologue scolaire en charge du dossier va dans ce sens. La problématique socio culturelle et familiale a été renseignée à partir d'une part des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) et d'autre part d'éléments contenus dans le dossier de l'élève : placement en famille d'accueil, AEMO, violence familiale, parent en prison, famille de réfugiés (population kosovar).

Après une deuxième lecture de l'ensemble des dossiers qui permettent d'avoir une vision assez précise de la situation, nous avons retenu pour chaque élève, outre ses difficultés scolaires globales et persistantes qui constituent un pré-requis à l'orientation en ULIS, un facteur explicatif principal de son orientation. Si les différents facteurs repérés dans notre typologie ne sont pas exclusifs les uns des autres, nous avons constaté dans notre pratique professionnelle que l'un d'eux est généralement dominant. Pour plus d'objectivité, nous avons confronté notre perception de la situation à celle du psychologue en charge du dossier afin de la confirmer ou de l'infirmer. Cette collaboration a été précieuse parce que les psychologues scolaires constituent la mémoire vivante de l'histoire de ces élèves, disposent parfois d'éléments qui ne sont pas contenus dans le dossier et ont pu nous communiquer des éléments concernant l'enfant avant sa scolarisation en CLIS : situation tendue dans l'école scolarisant l'enfant, enseignant excédé ou désemparé devant un enfant qui n'apprend pas, émergence de problèmes comportementaux... Parfois, nous n'avons pas été en mesure d'expliquer la situation d'un élève et nous l'avons alors classé dans la catégorie « autre ».

Une fois le recueil de données effectué, nous avons réalisé deux graphiques. Le premier concerne l'ensemble des 72 élèves des 6 ULIS. Dans le second, nous avons uniquement retenu la catégorie des élèves non déficients au nombre de 17.

6.2.2 Résultats pour l'ensemble des 72 élèves



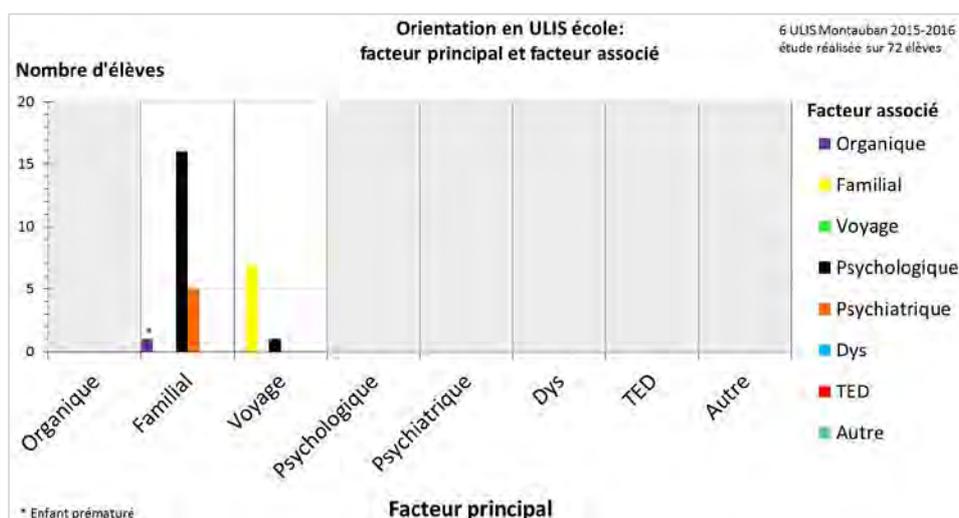
Les parts « problématique socio-culturelle et familiale » et « origine du voyage » sont très significatives puisque les deux facteurs réunis représentent 58 % des élèves d'ULIS école soit plus de la moitié. Il nous semble possible de rassembler ces deux catégories d'élèves dans la mesure où les enfants du voyage rencontrent souvent des difficultés d'adaptation scolaire, ont du mal à répondre aux exigences de l'école et à des normes ou références culturelles qu'ils ne partagent pas. Le code écrit, la tradition écrite, l'école et ses valeurs ne revêtent pas pour certains de ces élèves la même signification que pour l'ensemble de la population.

Nous trouvons ensuite dans une moindre mesure des catégories correspondant aux critères définis par les textes, TED 12 % et « dys » 4 %. Il nous semble important de repérer que, malgré l'apparition de la catégorie TSLA en août 2015 dans les critères d'orientation vers les ULIS école, la plupart des élèves souffrant d'une problématique « dys » sont scolarisés en milieu ordinaire avec AVS lorsque leur profil cognitif ne se situe pas sur un versant déficitaire. Nous pouvons d'ailleurs nous interroger sur l'introduction de ce nouveau critère d'orientation qui nous semble participer du processus de médicalisation et de pathologisation de la difficulté scolaire. En effet, face à la difficulté d'organiser les CLIS 1 autour du seul critère de handicap mental, nous avons assisté à une ouverture de la catégorie

et des critères médico-psychologiques ont fait leur apparition. Le terme de handicap socio-culturel est aujourd'hui proscrit bien qu'il semble, comme le montre cette recherche, recouvrir une certaine réalité et on lui préfère un étiquetage médico-psychologique qui lisse les aspérités...

Le facteur psychologique en tant que facteur premier n'apparaît pas. Cette problématique nous a semblé pourtant très présente à la lecture des 72 dossiers d'élèves. C'est ce qui nous a conduit dans un deuxième temps à rechercher des facteurs associés.

Pour mener à terme ce travail, nous avons utilisé la même procédure que précédemment décrite, à savoir, examen des 72 dossiers, analyse de la situation et échange avec le psychologue responsable du secteur : existe-t-il pour chacun des élèves un facteur secondaire ? Nous n'avons pas retenu de façon systématique pour chacun des dossiers un facteur associé. En effet, si l'on prend l'exemple d'une petite fille trisomique, la trisomie et la déficience qui l'accompagne constituent le motif principal de sa scolarisation en ULIS école. Une problématique psychologique ou même familiale peut venir s'ajouter à la situation, l'enfant peut bénéficier d'un suivi psychologique mais néanmoins, ces éléments-là ne constituent pas un paramètre à prendre en compte en tant que facteur secondaire et n'expliquent en rien sa présence en ULIS école. En revanche, une problématique familiale lourde ayant conduit à un placement en famille d'accueil a pu entraîner un dysfonctionnement au niveau des apprentissages qu'il convient de mettre en lien avec l'histoire personnelle, singulière de l'enfant. Le suivi psychologique de l'enfant en est un indicateur auquel s'ajoute une analyse plus globale de sa situation scolaire.



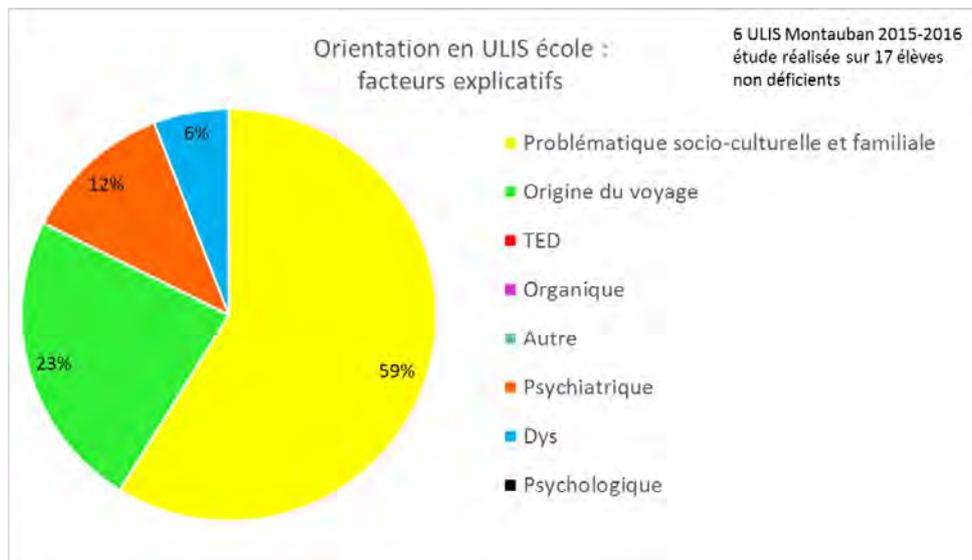
En abscisse, on trouve les facteurs principaux auxquels sont associés les facteurs secondaires à l'aide de codes couleurs.

Le facteur principal, « problématique socio-culturelle et familiale », est le plus souvent associé à un facteur secondaire psychologique ou parfois psychiatrique (enfant suivi en hôpital de jour ou par le pédopsychiatre au CMP par exemple). A un élève est associé un facteur secondaire organique : il s'agit d'un élève qui a été un grand prématuré et qui évolue dans un contexte familial particulièrement précaire (parents originaires du Kosovo, analphabètes). Facteur principal et facteur secondaire sont dans cette situation particulièrement difficiles à déterminer tant ils semblent enchevêtrés.

Le facteur principal « origine du voyage » est souvent associé au facteur secondaire « problématique socio-culturelle et familiale » en raison du contexte de vie de ces élèves : l'école y est souvent moins investie que dans l'ensemble de la population, d'autres valeurs existentielles autres que la réussite sociale ou à travers les études sont mises en avant (Beaudou, 2006). La cause secondaire « psychologique » est présente pour une seule situation d'élève et n'a pas de valeur exemplaire.

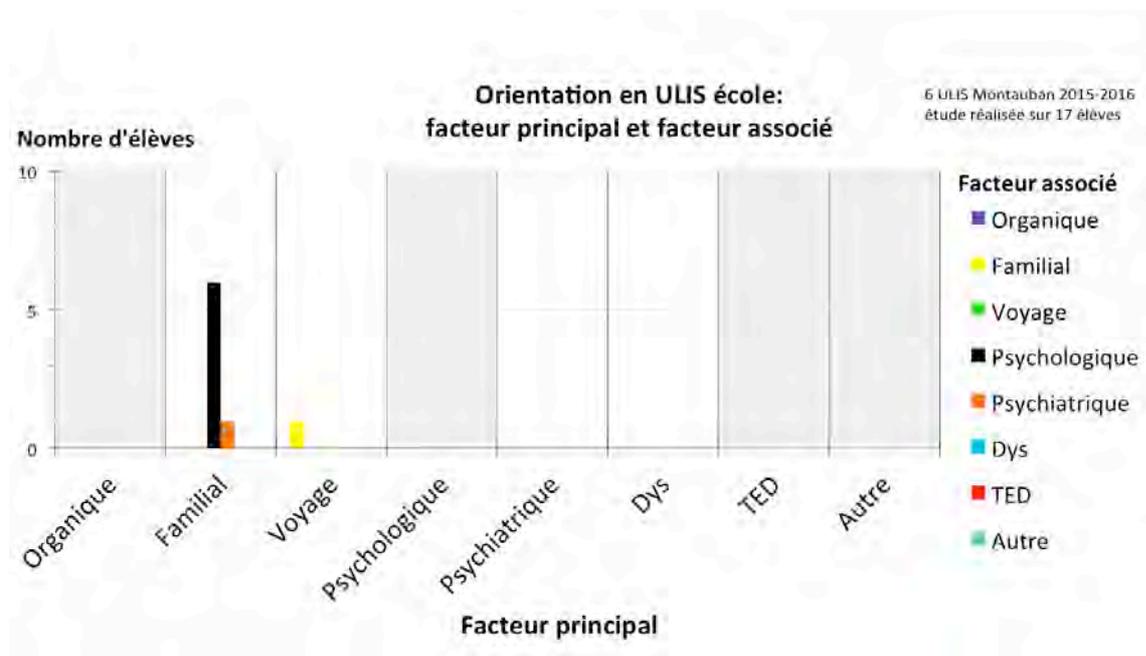
6.2.3 Résultats pour les 17 élèves non déficients

Le graphique suivant concerne les élèves non déficients scolarisés dans les 6 ULIS école de Montauban pour l'année scolaire 2015/2016. Il reprend les mêmes propositions que précédemment et met en évidence les facteurs principaux à l'origine de l'orientation en ULIS école de ces élèves.



Les catégories « problématique socio-culturelle et familiale » et « origine du voyage » augmentent de façon significative et représentent 82 % de l'ensemble de ces élèves (contre 58 % pour la totalité des élèves). En ce qui concerne les enfants originaires du voyage (23 %), ils sont le plus souvent sédentarisés et rencontrent des difficultés d'adaptation aux exigences normatives de l'école. Les deux catégories « organique » et « TED » ont disparu. Nous retrouvons la catégorie « dys » parmi les élèves non déficients puisque, pour qu'un diagnostic TSA puisse être posé, cela nécessite la présence du critère d'exclusion suivant : absence de déficit intellectuel. La catégorie « psychiatrique » est représentée ce qui peut interroger dans la mesure où un élève non déficient souffrant de troubles psychiatriques devrait relever d'un autre type de structure (ITEP, milieu ordinaire avec accompagnement par AVS, hôpital de jour).

Comme précédemment pour l'étude de l'ensemble des dossiers, nous avons recherché la présence possible d'un facteur secondaire.



Sur les 17 élèves, 7 sont issus d'un environnement marqué par une précarité sociale assorti d'une problématique familiale entraînant une fragilité psychologique, voire psychiatrique pour l'un d'entre eux.

En résumé,

- Les ULIS école du Tarn et Garonne accueillent une majorité d'élèves présentant un retard mental léger, une part plus réduite d'élèves présentant un retard mental moyen, ainsi qu'une part non négligeable d'élèves non déficients. Parmi ces derniers, la plupart se situent dans une catégorie dite limite et une infime minorité dans la norme ou zone supérieure ;
- Sur les 10 dernières années, le profil cognitif des élèves scolarisés en ULIS présente une certaine constance ;
- Pour l'ensemble des élèves scolarisés en ULIS école, la problématique « socio-culturelle et familiale est prépondérante. Elle est associée pour un tiers d'entre eux à des difficultés psychologiques.

CHAPITRE 7 : ETUDES DE CAS⁶

A l'issue de la recherche quantitative portant sur les élèves scolarisés dans les différentes ULIS école implantées en Tarn et Garonne, nous avons fait le choix d'une approche qualitative et restreint notre champ d'étude à l'analyse clinique de situations d'enfants. Nous avons repris dans un premier temps le graphique concernant les 17 élèves non déficients scolarisés dans les 6 ULIS école de Montauban pour l'année scolaire 2015/2016. Sur ces 17 situations, nous avons retenu les 7 cas d'élèves qui sont scolarisés sur notre secteur d'intervention. En effet, notre choix s'est porté sur des situations d'enfants pour lesquelles nous avons une connaissance directe, rencontre de l'enfant en entretien ou en bilan, rencontre avec la famille, présence à une ou plusieurs équipes de suivi, échange avec l'équipe enseignante. Pour chacun d'entre eux, nous étions en possession d'un dossier complet constitué du bilan cognitif de l'élève, du compte-rendu rédigé du bilan, de notes prises pendant ou à l'issue de l'entretien avec la famille, de notes prises lors des observations réalisées en classe, des relevés de conclusions des différentes équipes éducatives ou équipes de suivi de scolarisation, éventuellement de bilans médicaux ou paramédicaux lorsqu'ils ont été transmis par la famille. L'ensemble de ces situations reprend les différentes catégories repérées sur le graphique « facteurs explicatifs » de l'orientation vers un dispositif ULIS école : « problématique socio-culturelle et familiale » « origine du voyage » « psychiatrique ». La catégorie « dys » n'est pas représentée. En effet l'élève concerné n'est pas scolarisé dans notre circonscription et nous ne sommes intervenue à aucun moment de sa scolarité. Nous avons ensuite regroupé les différentes situations en fonction d'un critère distinctif repéré à la lecture des dossiers : élèves présentant une problématique comportementale majeure, élèves n'en présentant pas. L'objectif est ici de donner un aperçu global de chaque situation, de repérer, décrire, comprendre et analyser les processus à l'origine de l'orientation de ces élèves non déficients vers un dispositif ULIS. Il s'agit à travers une approche holistique de mettre à jour les caractéristiques et les perceptions propres à chacun : l'enfant, sa famille, l'équipe enseignante, les services de soins, la MDPH.

⁶ L'utilisation des sigles CLIS ou ULIS école prend en compte la date de parution de la Circulaire n° 2015-129 du 21-8-2015

7.1 Élèves présentant une problématique comportementale majeure

Les trois premières situations présentées ont été rassemblées parce que, outre le fait que ces élèves ne présentent pas de déficience intellectuelle (ou trouble cognitif global), ils ont mis en difficulté, voire en échec, l'école ordinaire de par leur problématique comportementale qui représente une forme de déviance par rapport à la norme scolaire.

7.1.1 Hector

7.1.1.1 Anamnèse

Hector, 11 ans, est scolarisé en ULIS école depuis deux ans. Il vit avec ses parents et une sœur plus jeune que lui. Le père et la mère d'Hector travaillent tous les deux et appartiennent à la catégorie sociale moyenne selon la nomenclature utilisée par le Ministère de l'Éducation nationale, père ouvrier qualifié et mère employée de commerce. Aucune problématique familiale majeure apparente n'est repérable dans cette situation.

Hector n'a jamais redoublé dans le circuit ordinaire, il a appris à lire au cours préparatoire mais il présente depuis la maternelle de grandes difficultés d'adaptation scolaire. Il peut se montrer provocateur, refuse l'autorité de l'adulte, est souvent en conflit avec ses camarades, est coutumier d'écarts de langage. Dans un premier temps (CE1), suite à un signalement au réseau d'aides spécialisées, une aide rééducative au sein de l'école est proposée à la famille afin d'aider Hector à adopter un comportement d'élève. Très rapidement cette aide se révèle insuffisante et une équipe éducative en présence de la rééducatrice et du psychologue scolaire est mise en place afin d'analyser la situation et d'envisager d'autres solutions. Hector semble présenter des troubles de la conduite et du comportement. La relation aux pairs, à l'institution, aux apprentissages est difficile. Hector gère mal ses émotions, montre une faible tolérance à la frustration ainsi qu'un fort désir de contrôle des situations. S'il a conscience de ses actes et de ses paroles, il n'est pas en mesure de les réprimer et il ne peut y mettre de sens. Le psychologue qui rencontre Hector note que « s'il reconnaît les difficultés auxquelles sa conduite l'expose et ne cherche pas à se soustraire des observations la concernant, il ne peut en faire l'analyse, n'apporte aucune matière censée donner un peu de lisibilité à ses agissements ». Le comportement d'Hector est envisagé comme la manifestation symptomatique d'une souffrance psychique, de difficultés psychologiques majeures. La mise en place de soins se révèle indispensable et une orientation

vers le CMP est envisagée. Hector bénéficiera alors d'un suivi pédopsychiatrique régulier. La situation scolaire reste toutefois difficile. L'accès aux apprentissages est gravement perturbé : Hector ne travaille plus. En classe, il refuse d'écrire, développe un manque de confiance, une mésestime de lui, ne montre plus aucune motivation pour les apprentissages. Il passe de longs moments, isolé, au fond de la classe. Il s'enferme dans une attitude de repli, il est envahi par un imaginaire débordant qui interroge sur sa structuration psychique. Le psychologue scolaire note « qu'il amène très régulièrement des sujets hors propos, fruits certes d'une imagination débordante, mais revenant en force et de façon récurrente sur quelques contenus relativement déroutants ». Une déclaration d'incident majeur pour agression sur un élève dans la cour, faisant écho à des transgressions récurrentes et répétées, peu admissibles dans le cadre scolaire, conduit l'équipe enseignante à poser la question de la présence de cet élève en milieu ordinaire et à envisager une étude de la situation par les services de la MDPH pour une éventuelle orientation.

7.1.1.2 Orientation

L'examen d'un dossier par la MDPH nécessite le plus souvent un écrit du psychologue scolaire et plus particulièrement un compte-rendu de bilan psychométrique dans le cas d'une orientation.

7.1.1.2.1 Bilan

Une évaluation psychométrique est donc réalisée par le psychologue scolaire alors en charge du dossier. Le score global obtenu au WISC 4 atteste d'un bon niveau d'épanouissement intellectuel (QIT 116/ Classe moyen-fort). Le QIT paraît au psychologue « partiellement sous-évalué du fait de l'écart très significatif entre la note Vitesse de traitement et les trois autres catégories d'épreuves (plus objectivement un fonctionnement cognitif de niveau supérieur) ». Hector fait preuve d'une aisance verbale supérieure à celle généralement attendue à son âge (ICV 124), d'un raisonnement sur les relations spatiales, un sens logique et des habiletés méthodologiques de haut niveau (IRP 119) et d'une mémoire de travail très efficace (IMT 124). Le profil cognitif est ainsi marqué par une intelligence cristallisée, une intelligence fluide et une mémoire de travail très efficiente. Les subtests fortement saturés en facteur g (intelligence générale) que sont similitudes, matrices et cubes sont tous bien réussis et sont significatifs de solides aptitudes intellectuelles. Hector est un jeune garçon en capacité d'apprendre comme en témoignent ses acquis culturels mais il est du

fait de son instabilité psychique et malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées engagé dans un processus handicapant. Les faibles résultats obtenus en vitesse de traitement, indice à forte connotation scolaire, sont significatifs des difficultés rencontrées lorsqu'il s'agit de laisser une trace écrite, une production graphique.

7.1.1.2.2 Saisine de la MDPH

Une équipe éducative en présence de l'enseignant référent du secteur est organisée. Y assistent, outre l'enseignant référent, le directeur de l'école, l'enseignante, les membres du réseau d'aide dont le psychologue, la famille et la pédopsychiatre responsable du suivi de l'enfant au CMP. Les différents membres de l'équipe s'accordent sur les limites du milieu ordinaire pour cet enfant en arrêt sur le plan des apprentissages et en grande souffrance psychique. La question de l'orientation vers l'enseignement spécialisé est posée. Une équipe de suivi n'est pas décisionnaire, chacun peut, de sa position, donner un avis et la situation est ensuite analysée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH puis la décision finale est entérinée par la CDA. Lors de cette ESS, les avis divergent. La pédopsychiatre envisage une orientation en CLIS qui permettrait de « *maintenir l'enfant en lien avec le milieu ordinaire et de bénéficier d'inclusions* ». Le petit groupe (12 élèves) et l'effet contenant de cette structure sont également mis en avant. Le psychologue scolaire fait quant à lui référence aux critères d'orientation vers les CLIS qui ne correspondent pas à la situation d'Hector. Les critères d'orientation vers les CLIS 1 sont alors définis comme suit par la Circulaire du 17 juillet 2009 : « troubles des fonctions cognitives ou mentales. En font partie les troubles envahissants du développement ainsi que les troubles spécifiques du langage et de la parole. » Hector ne présente aucun retard intellectuel, il ne présente pas non plus de trouble envahissant du développement ou de trouble spécifique du langage. En revanche, l'ITEP semblerait être une structure adaptée au profil psychologique du jeune garçon. « Les Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé » (Art. D. 312-59-1 du code de l'action sociale et des familles). La pédopsychiatre n'est pas favorable à une orientation en ITEP en raison d'un

effet de contagion possible entre enfants présentant des troubles du comportement et d'un éloignement du milieu ordinaire. Elle préconise ainsi une orientation en CLIS assortie d'un SESSAD ITEP. La famille y est favorable par crainte de la proximité d'enfants « *délinquants* » pour leur fils et souhaite le protéger le plus possible.

La MDPH suivra l'avis médical et se prononcera en faveur d'une orientation CLIS accompagné d'un SESSAD ITEP. Hector sera donc scolarisé en CLIS.

7.1.1.3 Scolarisation en CLIS

Je rencontre Hector lors de sa deuxième année de CLIS, que l'on appelle désormais ULIS école, dans le cadre d'un nouveau bilan psychométrique pour son orientation vers le collège.

La situation d'Hector semble s'être apaisée même si le comportement provocateur perdure. Les compte-rendus des équipes de suivis de scolarisation font état « d'un apaisement, d'une bonne intégration dans sa nouvelle école ». Des inclusions en français, en histoire géographie et en mathématiques sont possibles dans des classes de CE2 et CM1. Dans la cour de récréation, « Hector joue essentiellement avec des enfants plus jeunes que lui (CP) qu'il peut aisément diriger ». Il a développé une relation d'emprise sur deux élèves de la CLIS qui prend sans doute pour lui valeur de réassurance et s'inscrit dans sa problématique personnelle autour de la question du contrôle. Il exerce sur eux une fascination, les subjugue de par ses aptitudes intellectuelles et il est en mesure de les « *manipuler* ». Pendant le temps de récréation, il leur donne des consignes que les deux enfants un peu fragiles s'empressent d'exécuter : venir me trouver par exemple et décliner leur identité. Hector vole de façon systématique leurs goûters et les menace de ne plus être ami avec eux s'ils refusent. Le temps méridien étant particulièrement difficile pour l'un des deux enfants en raison du comportement harcelant d'Hector, une AVS a été attribuée à l'enfant victime.

Lors de notre rencontre et dans l'espace duel de l'examen psychologique, Hector se montre affable, serviable, très respectueux des règles et totalement engagé dans le travail proposé. Il allume la lumière, propose d'ouvrir les stores. A plusieurs reprises, face à mes demandes, il me répond : « *Bien-sûr, il n'y a pas de problème* ». L'impression clinique n'est pas celle d'un élève habituellement scolarisé en ULIS école. Hector fait preuve d'une aisance verbale supérieure à celle généralement attendue à son âge, il montre une certaine maturité

intellectuelle, ses remarques sont parfaitement ajustées, ciblées. Lorsque je l'interroge sur son parcours scolaire en m'étonnant un peu de sa présence en ULIS école, il m'explique qu'il pense qu'on l'a mis là parce qu'il ne faisait rien, il laissait feuille blanche et partait dans ses pensées. « *Je mentais beaucoup, je faisais beaucoup de bêtises, je n'étais pas vraiment à ma place, ces deux années m'ont permis d'avancer. Les autres sont un peu bêtes mais je ne sais pas pourquoi je me sens mieux* ». La vivacité intellectuelle dont fait preuve Hector lui permet de cerner très rapidement son interlocuteur et de s'y adapter. Il se conforme à ce qu'il pense attendu et s'efforce de contrôler les situations par besoin d'être rassuré. Ce rapport de domination qu'il cherche à instaurer peut se traduire par une entreprise de séduction, il s'efforce de correspondre à ce qu'il présume attendu de lui.

L'efficacité intellectuelle d'Hector se situe toujours au-dessus de la moyenne des enfants de son groupe d'âge et le profil général reste très similaire à celui obtenu lors de la dernière évaluation psychométrique avec une courbe identique et les mêmes points de fragilité, la vitesse de traitement, domaine où il a néanmoins progressé. Cette évolution positive est sans doute significative de son changement de posture depuis sa scolarisation en ULIS école. Il montre en effet une meilleure attitude d'élève et semble plus présent aux activités scolaires.

L'équipe de suivi de scolarisation d'Hector concernant son passage vers le collège va poser la question de l'orientation dans les mêmes termes que lors de la précédente équipe de suivi. Hector a désormais un niveau de CE2/ CM1, il a passé les évaluations SEGPA et les a réussies. L'enseignant spécialisé estime qu'une scolarisation secondaire en SEGPA pourrait convenir à cet élève d'un bon niveau intellectuel. Les services de soins de l'ITEP se prononcent en faveur d'une orientation vers une ULIS collège en raison de « *l'effet protecteur du dispositif* » plus adapté à « *la fragilité psychique d'Hector* » et des inclusions possibles vers le milieu ordinaire. La pédopsychiatre qui suit Hector (absente le jour de l'équipe de suivi) est également favorable à une orientation ULIS collège. La famille pour sa part s'inquiète de la confrontation d'Hector avec « *les cas sociaux dans les SEGPA* ». En ce qui me concerne, aucune des deux réponses ne me semble satisfaisante. Malgré le fonctionnement cognitif efficient d'Hector et en vertu du principe de réalité, une scolarisation en SEGPA pourrait s'avérer difficile, fragiliser Hector et l'insécuriser sur le plan psychique, certaines classes de SEGPA accueillant des élèves indisciplinés voire perturbateurs. En revanche, une classe de SEGPA relativement paisible

pourrait lui convenir en raison de ses effectifs réduits et de son enseignement adapté. Le profil d'Hector ne correspond toutefois pas non plus aux critères d'orientation vers une ULIS collège. Les élèves scolarisés en ULIS sont pour la plupart déficients, la déficience pouvant être marquée (déficience moyenne) et on y trouve de nombreux élèves pour lesquels les parents ont refusé une orientation IME. Qu'en sera-t-il de la construction identitaire d'Hector dans cette confrontation ? Cette orientation ne viendra-t-elle pas entretenir et nourrir la problématique d'Hector qui ne peut être apaisé qu'en présence de plus faibles qu'il domine ? Quel effet sa présence peut-elle avoir sur les plus fragiles ? Quelle sera sa marge de progression ? Pourra-t-il par ailleurs soutenir une scolarisation en milieu ordinaire dans une sixième lors des temps d'inclusion. Toutes ces interrogations et ces incertitudes m'ont conduite à laisser une ouverture possible par rapport à la décision finale et à conclure dans mon bilan « Une scolarisation secondaire en SEGPA avec poursuite des soins pourrait convenir à cet élève d'un bon niveau intellectuel. Toutefois sa fragilité et son besoin d'un environnement protégé et sécurisant peuvent également orienter vers un partenariat SESSAD ITEP/dispositif ULIS malgré un fonctionnement cognitif efficient ». La conclusion de l'équipe de suivi de scolarisation souligne ces questionnements en ces termes : « Il est envisagé de demander à la pédopsychiatre quelle orientation scolaire elle envisagerait pour Hector, ULIS collège ou SEGPA. Les avis sont partagés sur l'orientation ».

La MDPH suivra de nouveau l'avis médical et se prononcera en faveur d'une orientation ULIS collège avec poursuite des soins par le SESSAD ITEP.

7.1.2 Noa

7.1.2.1 Anamnèse

Noa, 9 ans, est scolarisé pour la deuxième année dans un dispositif ULIS. Il a un frère jumeau qui a également été orienté la même année en ULIS école. Les parents de Noa sont séparés depuis déjà plusieurs années et Noa vit avec son frère jumeau chez sa mère et son beau-père. A ce jour, le père de Noa ne travaille pas. Il a été incarcéré pour des faits de violence conjugale et il ne peut voir ses enfants que dans le cadre de visites médiatisées une fois par mois. Les visites ne sont pas régulières et Noa montre de la réticence pour s'y rendre. Il souhaiterait ne plus porter le nom de son père qui, dit-il : « *Est un méchant* ». La mère de Noa est employée dans un magasin de vêtements. Noa a été signalé au réseau

d'aides dès la grande section de maternelle pour des difficultés à entrer dans les apprentissages (agitation, peu d'intérêt pour les activités scolaires) et il a bénéficié d'une aide rééducative lors de son premier CP. Les difficultés persistant, une prise en charge plus globale a été demandée au CMPP. Elle n'a pu se mettre en place de façon effective qu'à partir du deuxième CP, Noa ayant en effet redoublé car il n'avait pas appris à lire et n'avait pas non plus acquis la numération au-delà de 10.

Lorsque je le rencontre pour la première fois, Noa est au cours préparatoire pour la deuxième année consécutive et il bénéficie chaque semaine d'une aide psychologique au CMPP. La persistance de ses difficultés d'apprentissage inquiète l'équipe enseignante qui s'interroge quant à la poursuite de son parcours scolaire. En lecture, il n'a pas compris la correspondance phonie-graphie et d'une façon plus générale le principe de la combinatoire. Il reconnaît très peu de mots globalement. Il n'encode pas et il est en retard au niveau du graphisme. Toutefois, il comprend les consignes et met du sens sur les lectures faites par la maîtresse. Il montre de meilleures compétences en mathématiques : il sait écrire les nombres jusqu'à 39, est en mesure de faire de petites additions, se repère bien en géométrie. Ses relations avec les autres sont très difficiles, il se sent un peu persécuté et il est souvent nécessaire de l'isoler. La mise au travail est très laborieuse. L'enseignante me signale par ailleurs des gestes et des jeux sexuels (attouchements). Un bilan psychologique est proposé en vue d'identifier et de préciser les difficultés rencontrées par Noa.

7.1.2.2 Orientation

7.1.2.2.1 Bilan

Le bilan sera réalisé en deux temps. Lors de la première séance, Noa se tient sur la défensive, dans une position de méfiance. Il parle peu. Notre deuxième entrevue est plus sereine, Noa se montre plus à l'aise, plus en confiance. C'est un enfant capable d'être dans la relation et dans la communication, en mesure de se livrer et d'évoquer ses peurs. L'autre peut être vécu sur un mode inquiétant, persécutoire : des fantasmes de dévoration se font jour à travers ses propos, ses dessins, le récit de ses cauchemars. Il évoque souvent son père et exprime une certaine crainte à son égard. Son univers est construit autour des « *méchants et des gentils* ».

L'évaluation psychométrique met en évidence l'absence de toute déficience

intellectuelle. Les indices de compréhension verbale (ICV 103) et de raisonnement perceptif (IRP 94) vont dans le sens d'une efficacité intellectuelle dans la norme des enfants de son groupe d'âge. Noa dispose d'une intelligence cristallisée efficace : bonnes capacités de raisonnement et de conceptualisation verbale, bonne compréhension des règles ou concepts relatifs à la vie sociale, connaissances lexicales et culturelles tout à fait satisfaisantes. Le registre du raisonnement perceptif montre également de réelles capacités dans l'accès à l'abstraction. Le subtest Matrices, très bien réussi, constitue un point fort intra-individuel. Il est un bon indicateur de l'intelligence fluide et donne par ailleurs une estimation fiable de l'intelligence générale indépendamment du langage. La mémoire de travail et la vitesse de traitement témoignent toutefois des difficultés réelles rencontrées par Noa dans les apprentissages. Ces épreuves sont marquées par une certaine lenteur, des difficultés graphomotrices et un certain désinvestissement de ce type de tâches à mettre en lien avec le désinvestissement de la scolarité. L'hypothèse d'une problématique psycho-affective se confirme et donne tout son sens au travail mené au CMPP. L'échec scolaire de Noa semble être révélateur d'un rapport entravé au savoir qui se traduit par une inhibition du rapport à l'écrit et un désinvestissement de la scolarité.

7.1.2.2 Saisine de la MDPH

La saisine de la MDPH est rendue nécessaire par la difficulté pour le milieu ordinaire de répondre aux difficultés de Noa : il a redoublé le cours préparatoire, a bénéficié d'une aide rééducative, une aide pédagogique spécialisée ne peut être proposée en raison de l'absence sur le secteur d'un maître E spécialisé, des soins sont en place à l'extérieur de l'école. Pourtant Noa est à l'arrêt au niveau de ses acquisitions. Il n'entre pas du tout dans l'apprentissage de la lecture et s'occupe en classe à des activités qui n'ont rien de scolaire (découpages, jeux avec de petits personnages). Malgré une efficacité réelle de ses aptitudes intellectuelles, il ne parvient pas à se mobiliser pour s'inscrire dans les apprentissages. Une équipe éducative est donc réunie en présence de l'enseignant référent afin de réfléchir collectivement aux modalités de son parcours scolaire. Dans un premier temps, l'aide d'une auxiliaire de vie scolaire est envisagée. Toutefois au cours du second trimestre, l'école doit faire face à des difficultés grandissantes avec les deux frères jumeaux. Ils montrent tous les deux des préoccupations d'ordre sexuel qui transparaissent dans la cour à travers des jeux à connotation sexuelle. Par ailleurs, les deux enfants ont également tenté de s'enfuir de la cantine un jour entre midi et deux heures. La famille est très démunie, la mère, présente, répond aux

sollicitations de l'école mais ne sait comment faire face à la situation. En classe, Noa reste un enfant tranquille, réservé et plutôt « sage », il ne pose pas de véritable problème de comportement mais dans la cour, accompagné de son frère, son attitude peut dégénérer. L'équipe enseignante en difficulté et aux prises avec des familles mécontentes rédige un signalement d'incident majeur. *« Noa, comme son frère jumeau, souffrent d'une problématique sexuelle : des gestes sur lui-même, sur les camarades et les grossièretés qu'ils profèrent sont source de gros problèmes avec les autres élèves et avec les parents de l'école qui ne supportent pas que ces enfants se permettent des attouchements trop fréquents sur les enfants de la classe (...) Ces deux enfants ont tenté de s'enfuir de l'école à plusieurs reprises, la semaine dernière (avec un autre enfant), sur le temps de pause méridienne. Les services de la mairie adressent donc un courrier à la maman prochainement pour avertissement avant exclusion de la cantine ».*

Le comportement de ces deux enfants est sans doute réactionnel et à analyser comme une réponse symptomatique à une situation complexe : milieu scolaire ordinaire inadapté à leurs difficultés d'apprentissage, enseignants excédés et impuissants face à la situation, milieu familial insécurisant (famille démunie), vécu familial traumatique dans la petite enfance. C'est ainsi qu'est proposé pour Noa, en accord avec l'ensemble des membres de l'équipe éducative un projet de scolarisation particulier « orientation en CLIS limitée dans le temps avec des inclusions en milieu ordinaire » afin de lui donner le temps de se restaurer et retrouver une certaine motivation.

La MDPH se prononcera en faveur d'une orientation en CLIS assortie de soins. Parallèlement, la même année, son frère jumeau sera orienté vers une CLIS mais dans un groupe scolaire différent afin d'atténuer des comportements exacerbés par leur présence réciproque.

7.1.2.3 Scolarisation en CLIS

Après deux ans de scolarisation en CLIS devenue entre-temps ULIS école, Noa a globalement acquis la lecture même si « la fluidité et la compréhension ainsi que l'étude de la langue sont difficiles. Le geste de l'écriture et la production de phrases et de textes restent encore fastidieux » (document Geva-sco complété lors de chaque équipe de suivi). En mathématiques, il a un niveau faible de CE1, les calculs et la résolution de problèmes sont coûteux. Trois inclusions de trente minutes sont proposées dans une classe de CE1 pour

l'étude de la phonologie. A l'extérieur de l'école, les soins au CMPP se poursuivent. Au suivi psychologique s'est rajoutée une aide orthophonique hebdomadaire.

La première année de scolarisation en CLIS a amené un apaisement notable chez Noa, il s'est bien adapté à la CLIS et a pu mobiliser ses connaissances antérieures pour entrer dans l'apprentissage de la lecture. Le relevé de conclusion de l'équipe de suivi fait néanmoins état d'une certaine agitation, « *Il ne tient pas assis sur sa chaise* », de la nécessité de « *reposer le cadre de façon régulière* », d'une motivation parfois fléchissante, « *il faut le motiver fréquemment* » et d'un certain mal-être « *il n'aime pas dire qu'il est en CLIS* ». La deuxième année, son comportement s'est fortement dégradé. « *De violences verbales qui existaient déjà auparavant, il est passé à de la violence physique. Il exprime un certain rejet du dispositif ULIS et il se sent par ailleurs jugé, persécuté par ses camarades sans que ce soit toujours justifié. Le recours à la violence semble être le moyen le plus efficace qu'il ait pu trouver pour se défendre et/ou exprimer sa souffrance* ». Plusieurs incidents majeurs ont été rédigés par l'école à l'attention de la Direction des Services départementaux de l'Éducation nationale et il a été nécessaire à deux reprises de faire appel aux services d'urgence et les pompiers se sont déplacés pour contrôler la situation (violence verbale et physique que Noa ne maîtrise plus en situation de crise).

A l'issue de la dernière équipe de suivi, une orientation vers un SESSAD ITEP est envisagée ainsi qu'une éventuelle révision du parcours en ULIS.

7.1.3 Mathilde

7.1.3.1 Anamnèse

Mathilde, 8 ans, a été orientée en urgence vers une ULIS école en cours d'année scolaire. Elle est placée, avec l'une de ses sœurs (fratrie de 4 enfants), en famille d'accueil depuis plusieurs années sur décision judiciaire suite à de la violence intrafamiliale et à de la maltraitance. Elle rencontre ses parents dans le cadre de visites médiatisées, une heure une fois par mois. Les parents ne travaillent pas et le père de Mathilde a été incarcéré de nombreuses années pour des faits particulièrement graves. Les parents détiennent toujours l'autorité parentale.

Mathilde a été scolarisée au cours préparatoire et a appris à lire sans grande difficulté mais le passage à l'écrit est resté très problématique. Des difficultés comportementales ont été

signalées dès le CP et l'enseignante a parfois été amenée à faire classe la porte fermée à clef pour éviter qu'elle ne s'échappe. Son comportement difficile, mais qui restait gérable, a conduit à réunir plusieurs équipes éducatives. Un bilan cognitif a été réalisé par la psychologue scolaire, l'enseignante de la classe s'interrogeant quant à une éventuelle précocité. Les résultats se sont avérés dans la norme. Mathilde est suivie à l'extérieur de l'école par le CMPP : elle bénéficie d'une aide en psychomotricité par défaut car elle n'est pas en capacité de soutenir et d'investir un travail psycho-thérapeutique avec la psychologue.

Lorsque je rencontre Mathilde pour la première fois, elle est au CE1 après un changement d'école. Dès le premier trimestre, les difficultés comportementales ne cessent de croître. Plusieurs signalements d'incident majeur sont rédigés. Mathilde peut en effet se mettre en danger et représenter un danger pour ses camarades (fugues, agressivité). Elle n'accepte aucun cadre, aucune consigne, aucune autorité. Elle se cache dans la cour, refuse de rentrer en classe, crie dans les escaliers, reproduit des bruits d'animaux, fait des doigts d'honneur, profère des insultes. Elle jette des objets et peut se montrer agressive envers ses camarades : morsures sur plusieurs enfants et un adulte. Elle ne semble avoir aucun repère, aucune limite sociale. Elle est parfois complètement envahie, débordée par ses émotions et devient alors parfaitement incontrôlable. Son attitude n'est pas compatible avec le milieu ordinaire et porte préjudice au bon fonctionnement de la classe. La présence constante d'un adulte auprès de Mathilde serait nécessaire sans pour autant constituer véritablement une réponse adaptée à son mal-être.

En classe, Mathilde ne montre pas une attitude d'élève et refuse de se mettre au travail. Elle a appris à lire, déchiffre et peut produire des textes en les dictant à l'adulte. Le passage à l'écrit est en revanche très difficile, Mathilde écrit en capitales d'imprimerie et ne sait pas utiliser l'écriture cursive. Ses compétences ne font néanmoins aucun doute. C'est une enfant réactive, vive d'esprit mais qui est trop envahie par une problématique personnelle pour pouvoir actualiser ses connaissances. Son niveau scolaire est difficilement évaluable.

L'observation menée en classe montre une enfant extrêmement angoissée, fragilisée, « éparpillée ». Elle est en mouvement perpétuel, ne tient pas en place, s'allonge sur la table, sur sa chaise, plonge sous le bureau. Elle est intolérante à la frustration, impulsive, suit son idée, elle est incapable de différer. Elle ne semble pas du tout concernée par le travail de la

classe et par les apprentissages. Lorsque je l'interroge sur le sens de son refus de travailler, sa vie personnelle fait aussitôt irruption. Elle peut s'emparer de la présence et du soutien d'un adulte pour faire *a minima*. Elle accepte de lire un texte court, d'écrire son prénom, demande à écrire le mien. Toutefois, cette acceptation ne fait pas sens pour elle sur le plan des apprentissages mais s'inscrit plutôt dans son désir de faire lien. Elle éprouve le besoin très fort d'établir un lien affectif, de se rassurer auprès d'un autre. Mathilde est une petite fille extrêmement insécure, elle présente des troubles du comportement qui semblent être réactionnels à une histoire familiale particulièrement complexe et douloureuse (décision de justice à venir) et qui trouvent probablement leur origine dans des traumatismes relationnels précoces.

La situation devient rapidement intenable à l'école, le comportement de Mathilde n'étant pas compatible avec la vie en collectivité. L'équipe enseignante se mobilise au quotidien et chaque enseignant reçoit à tour de rôle Mathilde dans sa classe afin de soulager l'enseignante du CE1 et protéger les autres élèves. Une AVS présente sur l'école pour une élève en situation de handicap intervient parfois auprès de Mathilde afin de la contenir. La situation est extrêmement tendue et l'école est à bout de souffle. Suite à un nouvel épisode de comportement inadapté, l'école, démunie, finira par appeler le SAMU et les pompiers viendront chercher Mathilde qui sera déscolarisée durant trois semaines.

7.1.3.2 Orientation

Avant la saisine de la MDPH, deux équipes éducatives successives ont été réunies en présence des différents partenaires (services sociaux, service de soins et équipe enseignante) afin de réfléchir à la situation et d'envisager des solutions. Les services sociaux tendent à minimiser les problématiques rencontrées à l'école, tout en reconnaissant une certaine instabilité de l'enfant au sein de la famille d'accueil (agitation, anxiété, transgression de la règle). Ils mettent en lien les manifestations comportementales de Mathilde avec une décision de justice à venir concernant le maintien ou la déchéance de l'autorité parentale. Réticents dans un premier temps à une demande d'AVS qui nécessite une saisine MDPH et placerait l'enfant dans le champ du handicap, ils en acceptent la possibilité dès lors qu'une orientation ITEP est évoquée par l'école. Les services sociaux sont farouchement opposés à une orientation ITEP, leur souci étant de « protéger » l'enfant, de ne pas « l'enfermer » dans une voie, de ne pas la mettre en contact avec des enfants présentant des troubles du comportement

qui pourraient « *exacerber les siens* ». Les différents membres présents s'accordent néanmoins lors de la deuxième équipe éducative sur la nécessité d'une saisine de la MDPH. Une équipe éducative en présence de l'enseignante référente sera réunie en urgence, la scolarisation en milieu ordinaire ayant atteint ses limites. Mathilde ne semble en effet plus en mesure de trouver les conditions nécessaires à son apaisement dans une classe ordinaire et, en l'absence d'un accompagnant, elle nuit au bon fonctionnement de la classe et gêne les apprentissages des autres élèves. Le compte-rendu psychologique rédigé suite à l'observation en classe à l'attention de la MDPH fait état de difficultés comportementales majeures : conduites répétitives et persistantes, normes et règles sociales non respectées, intolérance à la frustration, colères, désobéissance répétée, opposition, provocation, destruction du matériel, agressivité envers ses camarades. Mathilde est une petite fille en grande souffrance qui manifeste, en contexte scolaire, sa détresse et son désarroi sur un mode particulièrement démonstratif. L'équipe enseignante dans son ensemble estime que « *seule une prise en charge globale en établissement type ITEP semble pouvoir répondre à cette enfant qui a besoin d'être contenue et protégée* ». Un projet pourrait alors être construit autour de Mathilde afin de maintenir le lien avec le milieu ordinaire. L'éventualité d'une orientation ITEP envisagée du côté de l'école ne reçoit pas un écho favorable auprès des services sociaux qui trouvent la solution envisagée bien trop « *radicale* » et la vivent comme une volonté de l'école « *d'exclure* » Mathilde. Les services de soins pensent quant à eux qu'une décision d'orientation vers un ITEP serait « *prématurée* ». Les parents de Mathilde expriment une certaine défiance envers les services sociaux et se prononcent en faveur d'une orientation ITEP abondant ainsi dans le sens de l'école en laquelle ils ont « *une entière confiance* ». L'équipe de suivi (ou ici équipe éducative en présence de l'enseignant référent) n'est pas décisionnaire. Elle permet de recueillir des observations, de rendre compte des difficultés de l'élève en situation scolaire et éventuellement de suggérer des propositions d'aide ou d'orientation. Seule la CDA est en mesure de statuer.

L'équipe pluridisciplinaire se prononcera en faveur d'une orientation ITEP, proposition que la CDA n'entérinera pas en raison d'un manque d'éléments médicaux, les services de soins ayant tardé à fournir le bilan du médecin référent de la situation. Dans l'attente de ce bilan, une orientation par défaut vers une ULIS sera notifiée et Mathilde sera dès lors scolarisée dans une école bénéficiant de ce dispositif. Malgré le nombre réduit

d'élèves et la présence d'une AVS collective, la structure n'a pas suffi à apporter un cadre contenant et n'a pas permis d'apaiser la situation. Les troubles comportementaux ont perduré et un allègement de la scolarité a dû être mis en place. En l'absence d'AVS individuelle disponible, un enseignant a été détaché auprès de Mathilde jusqu'à la fin de l'année scolaire. Une nouvelle orientation sera notifiée par la CDA et Mathilde bénéficiera à partir de l'année suivante d'une scolarisation en ITEP.

7.1.4 Synthèse

Les situations d'enfants décrites ci-dessus ont de nombreux points communs. Les trois élèves ne présentent à l'évidence pas de déficience intellectuelle. Un bilan cognitif vient l'attester pour chacun d'entre eux : les bilans d'Hector et de Noa ont été réalisés en vue de l'orientation scolaire, celui de Mathilde avait pour objectif de mieux cerner les difficultés rencontrées. Les trois élèves posent gravement problème à l'école ordinaire sur le plan comportemental : un ou plusieurs signalements d'incident majeur ont été rédigés pour chacun d'eux. Leur orientation vers l'ULIS école s'est faite sans que les critères d'entrée vers ce dispositif soient véritablement respectés. Leur scolarisation en ULIS école rencontre certaines limites.

L'orientation vers le dispositif ULIS s'est faite en fonction de critères individuels propres à l'enfant et des conditions de l'environnement. Les critères individuels pourraient être définis de façon générale en fonction du degré de conformité au groupe, de l'acceptation ou non des contraintes scolaires, des capacités intellectuelles. Les différents critères individuels sont affectés ici d'une valence positive pour les capacités intellectuelles et d'une valence négative pour le degré de conformité au groupe et l'acceptation des contraintes scolaires. Les conditions de l'environnement correspondent quant à elles au degré de tolérance de l'école ordinaire à ces différents critères. De par leur problématique comportementale à laquelle s'ajoute une incapacité à entrer dans les apprentissages proposés, Hector, Noa et Mathilde représentent une déviance par rapport à la norme scolaire. L'écart à cette norme vient mettre en péril l'équilibre du système, déstabiliser l'enseignant dans son rôle institutionnel auprès des élèves (transmettre un savoir, aider à construire des compétences, faire respecter un cadre), perturber l'ensemble des élèves (phénomène de contagion, sérénité de la classe mise à mal, focalisation sur l'élève déviant). La situation de

déséquilibre du système et la nécessité de rétablir l'homéostasie, l'écart à la norme jugé trop important et devenant intolérable vont conduire naturellement à écarter dans un premier temps les élèves du milieu scolaire ordinaire pour leur permettre de se restaurer à l'extérieur et donc à poser la question de leur orientation.

L'orientation conduit nécessairement à passer par une médicalisation de la situation. Saisir la MDPH revient en effet à placer de façon institutionnelle l'enfant en situation de handicap, à l'envisager à travers le prisme du handicap défini lui-même à l'origine à partir du critère d'inadaptation scolaire et sociale. Pour que le handicap soit reconnu, un diagnostic de départ doit être posé. Le psychologue scolaire y contribue ainsi que les services de soins extérieurs à l'école. L'enfant est déficient versus l'enfant n'est pas déficient. Il présente ou non des troubles du comportement et de la conduite. Les classifications des maladies, des pathologies se font de plus en plus précises (apparition en août 2015 des troubles spécifiques des apprentissages dans les critères d'orientation vers l'ULIS école). La famille et/ou l'école font appel à des spécialistes, psychologue scolaire, orthophoniste, psychomotricien, le médecin se situant au sommet de la pyramide. L'approche des difficultés et de l'inadaptation scolaire est en effet calquée sur le modèle médical : symptôme – diagnostic - traitement (approche des maladies organiques). Hector malgré une efficacité intellectuelle élevée est orienté en ULIS sur avis médical, le dossier de Mathilde est en attente du volet médical pour une orientation définitive.

L'orientation notifiée pour chacun des trois élèves, en ULIS école, ne correspond pas *a priori* aux critères d'orientation vers ce dispositif. Aucun d'entre eux n'est déficient ou ne souffre d'un trouble envahissant du développement. Aucun diagnostic de trouble spécifique des apprentissages n'a été posé. En revanche, le profil de ces élèves semble correspondre aux critères d'orientation vers un ITEP, établissement accueillant des enfants ou adolescents qui, malgré des potentialités intellectuelles préservées, présentent des difficultés psychologiques entraînant des troubles du comportement. Pourquoi alors ce choix du dispositif ULIS plutôt qu'une orientation en ITEP ?

Nous pouvons faire l'hypothèse d'un phénomène de résistance de la part des services sociaux et du secteur Santé. En ce qui concerne Hector, la pédopsychiatre est fermement opposée à deux reprises à une orientation ITEP puis SEGPA. La famille lui fait confiance et

suit son avis. Les arguments avancés sont la fragilité psychique d'Hector qui serait confronté en ITEP à d'autres élèves présentant des troubles du comportement, « *l'effet protecteur du dispositif* » et la possibilité de maintenir l'élève dans le milieu ordinaire par le biais des inclusions. Il faut noter qu'en Tarn et Garonne, l'ITEP est peu ouvert sur le milieu ordinaire et ne dispose pas d'Unité d'Enseignement délocalisée. Pour ce qui est de Mathilde, les services sociaux ainsi que les services de soins sont très réticents à une orientation ITEP. Ils craignent un effet un phénomène de contagion sur le plan comportemental, évoquent la nécessité de « *protéger* » l'enfant, s'inquiètent de « *l'enfermement dans une voie de garage* ». L'ITEP est clairement perçu comme une structure ségrégative qui tend à isoler, à exclure l'élève du milieu ordinaire. Pour Noa, l'ITEP n'a à aucun moment été évoqué, peut-être parce que les difficultés comportementales sont apparues, non pas comme structurelles mais réactives à une situation de souffrance à l'école. Services de soins et services sociaux semblent investis de la mission de « protéger », de « soigner » en favorisant une insertion sociale, en maintenant le lien avec le milieu ordinaire par l'intermédiaire des inclusions. Seul le milieu ordinaire semble en mesure de protéger ces enfants, d'éviter la contagion. L'inclusion est envisagée comme un moyen supplémentaire, complémentaire aux soins de traiter, de répondre à la situation de handicap. Se dessine ainsi une situation paradoxale où après avoir notifié une situation de handicap, après avoir « sorti » un élève du contexte classe ordinaire en raison d'un écart à la norme trop contraignant et difficilement gérable, le système s'efforce de normaliser le handicap en réinsérant l'enfant en situation de handicap dans un endroit qu'il n'aurait jamais dû quitter. Dans les situations d'élèves évoquées, l'école, quant à elle, a pour objectif, non pas d'exclure ces enfants mais de les sortir du milieu ordinaire pour mieux les prendre en charge autrement. Dans les cas d'Hector et de Mathilde, elle se montre plus favorable, en tout cas moins hésitante à une orientation ITEP. Qu'est-ce qui distingue ici le positionnement de l'Éducation nationale d'un côté et celui des services de soins et des services sociaux ? Nous pouvons faire l'hypothèse que les équipes enseignantes avec la mise en place de la loi 2005, avec l'augmentation du nombre d'élèves en situation de handicap à l'école ordinaire, avec la multiplication des inclusions, sont bien souvent confrontées à un principe de réalité et ont une certaine conscience des limites de l'inclusion, des valeurs qu'elle véhicule, certes généreuses mais parfois illusoire.

La scolarisation de ces trois élèves non déficients dans un dispositif ULIS est venue

dans un premier temps apporter une réponse et apaiser une situation de tension. Nous pouvons toutefois nous interroger sur la réelle adéquation de la réponse apportée. Hector a sans doute pu se remobiliser sur les apprentissages. Il développe néanmoins une relation d'emprise sur des élèves plus fragiles que lui et qui ont des aptitudes intellectuelles moindres. Sa scolarisation dans un dispositif école lui permet-elle véritablement de mettre à l'épreuve sa problématique de contrôle ou au contraire vient-elle la nourrir et l'entretenir ? Noa a toujours éprouvé un peu de honte et un certain malaise à être scolarisé en ULIS école. Si la première année a apporté une accalmie, la seconde a vu une nouvelle flambée de violence qui a conduit à réinterroger son parcours scolaire. L'orientation de Mathilde a dû être réétudiée l'année suivante. La présence de ces élèves au sein du dispositif ULIS peut être envisagée comme une scolarisation par défaut. En effet, tous trois relèveraient davantage, selon les critères d'orientation définis par les textes, d'un établissement spécialisé de type ITEP. Toutefois, cette orientation est écartée, l'ITEP du Tarn et Garonne apparaissant comme une structure ségrégative qui accueille un public particulièrement difficile sur le plan comportemental.

7.2 Élèves ne présentant pas de problématique comportementale majeure

Les quatre situations suivantes ont également été regroupées en fonction d'un critère commun. Si ces élèves ne sont pas déficients, l'école n'est pas parvenue à les faire progresser suffisamment pour les maintenir dans le circuit ordinaire. A la différence des situations précédentes, ils ne présentent pas de difficultés comportementales particulières.

7.2.1 Imène

7.2.1.1 Anamnèse

Imène, 9 ans, est scolarisée en ULIS école pour la première année. Elle a un frère aîné de 11 ans orienté en SEGPA, un frère et une sœur plus jeunes, âgés de 5 et 6 ans. Ses parents ne travaillent pas. Lors d'un entretien avec la famille, la mère me confie avoir été placée dans une famille d'accueil lorsqu'elle était enfant et avoir appris à lire assez tard. Elle a suivi une scolarisation en SEGPA. Le père a suivi un parcours en IME puis en IMpro. Imène est issue d'un milieu socioculturel défavorisé. La famille est présente, elle s'efforce de répondre aux demandes de l'école mais une certaine instabilité est repérable. Imène a changé 5 fois d'écoles en 3 ans suite à des déménagements (problèmes de logement, instabilité au niveau du couple). L'entrée dans les apprentissages a été difficile. Imène a été maintenue au cours

préparatoire où elle a bénéficié, de façon très épisodique et brève en raison de son départ de l'école, d'une aide E. Une scolarisation en CE1 a été tentée mais les difficultés dans l'apprentissage de la lecture étant massives, elle retournait au cours préparatoire tous les matins pour apprendre à lire. Le passage à l'écrit (production d'écrit, encodage) était également très problématique. En mathématiques, la numération n'était pas en place, Imène maîtrisait l'écriture des nombres jusqu'à 20. Les difficultés d'apprentissage rencontrées, aussi bien en français qu'en mathématiques, étant atypiques à ce stade de la scolarité, l'équipe enseignante, démunie, sans réponse, s'est inquiétée et un bilan cognitif a été réalisé en vue d'identifier de façon précise les difficultés rencontrées. En classe Imène se montrait par ailleurs complètement effacée et tendait à se faire oublier. La famille rencontrée en amont du bilan s'interrogeait alors sur les difficultés et la place d'Imène en milieu ordinaire et décrivait une enfant « *stressée par l'école parce qu'elle n'y arrivait pas* ».

7.2.1.2 Orientation

7.2.1.2.1 Bilan

Lors de notre première rencontre, Imène est une enfant au visage triste, très calme, posée, timide, voire inhibée. Elle s'engage peu dans la relation, ne sourit pas, répond aux questions posées mais parle peu spontanément. Elle manque de repères, ne connaît pas les jours de la semaine, la date du jour ou encore sa date de naissance, son anniversaire se situant pourtant le surlendemain de notre entretien. Elle n'est pas en mesure d'indiquer son adresse ou les âges de ses frères et sœurs (oubli de sa petite sœur dans un premier temps...). Une confusion est présente entre âge/taille, plus petit/plus grand. Imène a conscience de ses difficultés et l'estime de soi semble atteinte : crainte de faire une erreur, attitude de repli lorsqu'elle ne sait pas, dévalorisation : « *Les maths, c'est difficile, enfin pour moi* ». Elle explique toutefois aimer l'école : « *parce qu'à la maison, je m'ennuie* ».

Les résultats d'Imène aux épreuves du WISC 4 montrent un profil un peu hétérogène. Le QIT de 71 est à relativiser en raison de deux différences significatives inter-indices, il se situe dans une zone dite limite sans pour autant inscrire Imène dans le champ de la déficience. Les 4 indices qui composent ce quotient se répartissent de 71 à 91, l'ICV (81) se situant dans la zone moyenne faible basse, l'IRP (71) et l'IVT (71) dans la zone limite et l'IMT (91) dans la norme. Certaines des compétences d'Imène sont fragiles comme l'accès à l'abstraction : catégorisation, conceptualisation verbale, structuration spatiale. Ses

acquisitions lexicales se situent en deçà de celles attendues chez un enfant de cet âge sans doute par manque de stimulation. En revanche, elle dispose d'une bonne capacité à utiliser les expériences de vie, à comprendre et expliquer des situations pratiques. La mémoire de travail constitue un point fort dans le fonctionnement cognitif d'Imène (résultats dans la norme des enfants de son âge) ce qui laisse envisager une marge de progression intéressante et indique une capacité d'apprendre. Lors des épreuves de vitesse de traitement, l'un des subtests faisant appel à de la discrimination visuelle fine, est particulièrement échoué, elle obtient le score minimum et cet échec significatif est probablement à mettre en lien avec les difficultés rencontrées en lecture. Aucun bilan orthophonique n'a encore été réalisé en raison des déménagements successifs et de l'instabilité générale au niveau familial.

Le bilan psychologique d'Imène conduit à faire l'hypothèse d'une inhibition de son fonctionnement intellectuel à relier, pour partie, à un manque de stimulation ainsi qu'à une problématique psycho-affective. L'inhibition repérable lors du bilan et en classe peut être analysée comme un repli sur soi face aux difficultés scolaires rencontrées (souffrance à l'école) ou bien être mise en lien avec des difficultés plus personnelles. La mise en place de soins (bilan orthophonique, suivi psychologique ou éducatif) semble indiquée.

7.2.1.2.2 Saisine de la MDPH

Face au retard massif dans les apprentissages scolaires, aux difficultés persistantes, l'école met en place une équipe éducative en présence de l'enseignante référente afin de questionner la poursuite du parcours scolaire d'Imène. Le milieu ordinaire ne semble pas en mesure de répondre efficacement à ses difficultés. Imène est scolarisée au CE1 et pour la troisième année consécutive refait les apprentissages proposés à des élèves du cours préparatoire. La différenciation pédagogique au sein de la classe semble avoir trouvé des limites et l'enseignante est démunie. Le réseau d'aides étant incomplet, elle ne peut bénéficier d'une aide E. La famille n'a pas mis en place de soins à l'extérieur. De la souffrance se développe à l'école. Le rapport de conclusion de l'équipe éducative relève « un niveau de début CP (2 ans de retard), une grande passivité en classe ». « Imène semble figée, éteinte, sidérée, très angoissée face aux apprentissages. La demande scolaire la met clairement en souffrance importante ». L'équipe enseignante dans son ensemble considère qu'« au regard des difficultés et de la grande fragilité repérées, la scolarisation dans un dispositif spécifique (CLIS) semble souhaitable ». La famille, consciente des difficultés d'Imène et à

l'écoute des propositions de l'école, est favorable à une orientation en CLIS.

La MDPH se prononcera en faveur d'une orientation en CLIS accompagnée de soins au CMPP.

7.2.1.3 Scolarisation en ULIS école

La scolarisation en ULIS école semble avoir été bénéfique. « Le manque de confiance en elle et la peur de se tromper face à chaque nouvel apprentissage » sont toujours présents mais Imène se montre désormais « volontaire et a une véritable posture d'élève ». Elle a une grande confiance dans les adultes du dispositif ULIS. En classe, elle se montre épanouie, l'inhibition est en partie tombée et Imène « prend désormais facilement la parole parfois même de façon trop spontanée » (éléments notifiés dans le GEVA-Sco). Sur le plan des apprentissages, son niveau en français langue écrite est estimé équivalent à celui d'un élève de mi-CP. Imène ne connaît pas encore les sons complexes, le déchiffrage est lent et la transcription des syllabes et des mots est souvent incomplète. Un suivi orthophonique est prévu au CMPP. En mathématiques, Imène connaît maintenant le rôle des dizaines et des unités et sait décomposer les nombres inférieurs à 70. Étant donné sa fragilité au niveau de l'estime de soi, les inclusions en classe ordinaire sont encore quasi inexistantes hormis sa participation à deux modules, sport et musique, et à un projet danse avec les classes du Cycle 2.

7.2.2 Jonas

7.2.2.1 Anamnèse

Jonas, 9 ans et demi, est scolarisé en ULIS école pour la deuxième année. Il est l'aîné d'une fratrie de trois garçons et une fille. Ses parents sont séparés et le père ne voit plus son fils depuis plusieurs années. La mère a un nouveau compagnon, présent au domicile. Le couple a eu récemment une petite fille, tous les deux sont sans emploi. L'ensemble de la famille est suivi par les services sociaux. Un accompagnement éducatif à domicile est en place.

Jonas a été signalé au réseau d'aides spécialisées dès la petite section car il présentait des difficultés au niveau du langage, une importante agitation motrice et une forte impulsivité. La psychologue scolaire a rapidement conseillé à la famille une prise en charge à l'extérieur et des soins ont été mis en place au CAMSP par les parents. Au regard des difficultés de

l'enfant venant gêner ses apprentissages et compromettre son autonomie, un accompagnement par une AVS a été demandé dès la moyenne section et obtenu pour l'année de grande section. La famille en grande difficulté, dans l'incapacité d'assurer la continuité des soins au CAMSP, ces derniers furent arrêtés et l'AVS en classe retirée, en raison de l'arrêt des soins. Jonas ne possédant pas les pré-requis nécessaires pour envisager avec sérénité un passage au cours préparatoire, l'école a alors proposé un maintien en grande section en présence d'une AVS. Les soins ayant repris au CMPP (suivis en psychomotricité et en orthophonie), l'AVS fut accordée pour deux ans. Après un maintien relativement profitable en grande section (entrée dans les apprentissages malgré un comportement souvent perturbateur), Jonas a alors abordé le cours préparatoire. Très rapidement les difficultés massives rencontrées au niveau des apprentissages sont venues réactiver et exacerber une instabilité comportementale. En lecture, Jonas n'a pas compris la correspondance phonie/graphie ainsi que le principe de la combinatoire, l'écrit ne fait pas encore sens pour lui. La comptine numérique est acquise jusqu'à 10 mais la notion de quantité n'est pas stabilisée. La mémorisation se fait mal. Il procède beaucoup par imitation de ses camarades et commence à percevoir le décalage avec les autres élèves. Un certain mal-être s'installe à l'école et s'exprime à travers des vols de goûters. La présence de l'AVS en classe est nécessaire, elle l'aide à se recentrer sur les tâches proposées et le guide dans son travail. De nouveau, la famille ne donne pas suite aux soins mis en place au CMPP. Les difficultés d'apprentissage de Jonas inquiètent l'équipe enseignante qui s'interroge quant à la poursuite de son parcours scolaire en milieu ordinaire. Un bilan cognitif est réalisé en vue d'identifier, de préciser les difficultés rencontrées par Jonas et d'amener un éclairage concernant une éventuelle orientation.

7.2.2.2 Orientation

7.2.2.2.1 Bilan

Jonas que je rencontre pour la première fois lors du bilan est un enfant vif, spontané qui communique volontiers. Il parle beaucoup, évoque sa famille, sa petite sœur et se raconte volontiers. Il dit aimer l'école où il : « *Travaille, mange et joue avec ses copains* ». Il aime beaucoup dessiner. Il présente un léger défaut de prononciation dont il a conscience : « *Je sais pas bien dire quatre* ». Encore mal repéré dans le temps, il ne connaît pas sa date de naissance. Au cours de l'évaluation, il a quelques difficultés à soutenir son attention, demande à aller aux toilettes et exprime une certaine lassitude. Il est très sensible aux encouragements,

aux compliments et manifeste le désir de réussir, d'adopter une attitude d'élève attendue par l'institution : « *J'essaie de bien travailler, je fais des efforts* ».

Les résultats du bilan sont homogènes et le QIT (74) se situe dans la zone limite. Les 4 indices qui composent ce quotient se répartissent de 73 à 82. Trois d'entre eux, ICV 82, IRP 82, IVT 81, se trouvent dans la zone moyen-faible, l'IMT (73) restant quant à lui dans la zone limite.

Les acquisitions lexicales sont pauvres, en deçà de celles attendues chez un enfant de cet âge, sans doute par manque de stimulation au sein de l'environnement familial. Jonas montre en revanche une perception juste des situations de la vie courante ainsi qu'une bonne compréhension des normes sociales. D'une façon générale l'accès à l'abstraction reste fragile : les choix de Jonas sont souvent affectifs, il a des difficultés à adopter une attitude de réflexion par rapport aux situations, à mettre en place un raisonnement catégoriel et abstrait. Toutefois il est capable de se mobiliser sur l'épreuve des cubes qui lui semble plus ludique et fait appel à de la manipulation. Il y obtient un score parfaitement dans la norme (10) témoignant ainsi de ses capacités d'analyse et de synthèse de stimuli visuels abstraits et d'une bonne perception de l'organisation spatiale. Jonas est ainsi en capacité de réussir une épreuve conceptuelle de facteur G ce qui amène à écarter un diagnostic de déficience intellectuelle.

La mémorisation se fait mal, Jonas a des difficultés à mobiliser sa mémoire de travail. Les résultats obtenus à ces épreuves sont vraisemblablement minorés par ses capacités de concentration et d'écoute limitées.

Jonas ne présente pas de déficience intellectuelle, son efficience se situe dans une zone limite. C'est un enfant qui ne montre pas, par ailleurs, de limitation significative du comportement adaptatif (communication, habiletés sociales). Nous pouvons faire l'hypothèse que les difficultés rencontrées au niveau des apprentissages sont à mettre en lien avec une problématique intra-familiale et sociale (insécurité psychique, milieu peu contenant, manque de stimulation, nécessité d'un soutien éducatif).

7.2.2.2 Saisine de la MDPH

L'équipe de suivi de scolarisation a lieu lors du deuxième trimestre du cours préparatoire. Jonas est en grande difficulté scolaire malgré la présence et l'accompagnement de son AVS. L'enseignante propose un travail différencié au sein de la classe mais s'interroge

sur ses capacités à faire progresser Jonas dans ce contexte. L'écart avec les autres élèves se creuse, Jonas perd confiance et développe une image très dégradée de lui-même : « *Je suis nul* ». « Il préfère copier sur les autres plutôt que de risquer l'erreur en cherchant par lui-même » (relevé de conclusion de l'ESS). La famille, consciente des difficultés de l'enfant, est très favorable à une orientation en CLIS. L'ensemble de l'équipe de suivi constate les limites du milieu ordinaire. Aucune aide pédagogique spécifique ne peut être proposée faute de la présence d'un maître E et un suivi orthophonique susceptible d'accompagner l'enfant dans son apprentissage de la lecture n'est toujours pas en place (arrêt des soins par la famille). Une orientation en CLIS est évoquée.

La MDPH se prononcera en faveur d'une orientation en CLIS assortie de la mise en place d'un SESSAD ITEP. Le choix de l'accompagnement par un SESSAD, qui permet un suivi éducatif de l'enfant et de sa famille, est à mettre en lien avec la fréquentation irrégulière du CMPP, interrompue à plusieurs reprises. Un SESSAD ITEP est privilégié à un SESSAD IME en raison des aptitudes intellectuelles de Jonas.

7.2.2.3 Scolarisation en ULIS école

Jonas a été placé récemment en famille d'accueil. Il voit sa mère tous les dimanches. Il bénéficie depuis son orientation d'un suivi orthophonique régulier (présence des services sociaux). Au niveau scolaire, Jonas est devenu lecteur et il a compris le principe de la numération. Il peut réaliser de petits calculs additifs. A ce jour, aucune inclusion en classe ordinaire n'est en place. Une tentative a été faite en début d'année vers le CE1 en français et mathématiques mais elle ne s'est pas avérée concluante. Le passage à l'écrit reste très difficile, Jonas a du mal à entrer dans l'analyse de la langue, il n'encode pas ou très mal. Le registre de la langue écrite reste très déficitaire. Le projet scolaire consiste en une remise à niveau sur le plan de la langue écrite. L'enseignant, conscient des aptitudes de Jonas se fixe pour objectif une orientation SEGPA dans deux ans.

7.2.3 Baptiste

7.2.3.1 Anamnèse

Baptiste, 10 ans, est scolarisé en ULIS école pour la première année. Il est issu d'une famille de gens du voyage sédentarisés. Ses parents sont séparés, sa mère est sans emploi et son père travaille sur les marchés. Il a deux sœurs plus jeunes que lui, l'une a 7 ans et l'autre 4

ans ; la cadette présente également des difficultés scolaires. Baptiste a changé d'école à trois reprises suite à des déménagements familiaux. Il a été très peu scolarisé en moyenne section, sa mère le jugeant « *encore petit* ». Lors d'une équipe éducative, elle fait également part de ses inquiétudes concernant sa santé car Baptiste suit un traitement contre l'épilepsie. Baptiste a été signalé au réseau d'aides dès la grande section en raison des difficultés majeures repérées dans les apprentissages. S'il est très à l'aise au niveau de la motricité globale, le langage est peu développé (vocabulaire pauvre, phrases courtes, difficultés articulatoires). La psychologue scolaire qui le rencontre à cette période évoque par ailleurs une forte « inhibition qui ralentit le développement intellectuel ». Un maintien en grande section est alors proposé à la famille lors d'une équipe éducative, assorti de la nécessité d'une rééducation orthophonique et d'une fréquentation plus régulière de l'école. Je rencontre Baptiste pour la première fois alors qu'il est scolarisé au CE1, il est alors âgé de 8 ans et demi. Malgré une aide apportée par l'enseignante chargée de la scolarisation des enfants du voyage, il est encore non lecteur même s'il a compris le principe de la combinatoire et déchiffre des mots simples, de petites phrases. Il n'a pas accès aux sons complexes. L'étude de la langue menée au CE1 (grammaire, conjugaison, orthographe) ne relève pas encore de ses compétences. En mathématiques, il commence tout juste à comprendre la numération mais n'est pas capable de lire des nombres au-delà de 29. Il n'est pas en mesure de suivre toutes les activités présentées à l'ensemble de la classe et l'enseignante adapte sa pédagogie en lui proposant un travail spécifique. Baptiste se montre volontaire, c'est un enfant agréable qui ne pose pas de problème particulier au niveau du comportement.

7.2.3.2 Orientation

7.2.3.2.1 Bilan

Le bilan a été réalisé en amont du CE1, au cours préparatoire, dans l'école précédente, le décalage avec l'ensemble du groupe classe étant particulièrement significatif. Baptiste est décrit comme un enfant à la communication spontanée mais avec un retard langagier important (confusion de pourquoi et parce que par exemple). Les activités scolaires sont peu investies et ne semblent pas faire sens. Baptiste se mobilise peu personnellement si ce n'est pour faire plaisir à l'adulte qui l'accompagne. Le bilan cognitif met en évidence un QIT se situant dans la zone limite par rapport aux enfants de son groupe d'âge (72) mais permettant d'écarter un diagnostic de déficience intellectuelle. L'une des quatre épreuves des échelles de

Wechsler très saturées en facteur G (sim, idc, mat et cub) est par ailleurs bien réussie (idc 11) laissant apparaître des aptitudes au raisonnement et à la catégorisation à partir d'un matériel perceptif. Les réponses langagières se situent néanmoins le plus souvent à un niveau fonctionnel. Les capacités de catégorisation verbale sont faibles mais Baptiste témoigne d'un rapport concret, pragmatique à la vie (bonne compréhension des situations sociales). Ses capacités d'abstraction sont fragiles, sa mémoire de travail peu efficiente et Baptiste montre de meilleures aptitudes face à des tâches d'exécution un peu mécaniques.

7.2.3.2.2 Saisine de la MDPH

Malgré un maintien et des aménagements au sein de la classe, Baptiste reste un élève en très grande difficulté, avec un retard scolaire important. Il est en décalage par rapport à ses camarades et une équipe éducative en présence de l'enseignant référent est réunie afin de réfléchir à la poursuite de sa scolarisation. Baptiste n'est pas un enfant déficient, il a été insuffisamment scolarisé, d'une façon un peu chaotique, ce qui n'a pas favorisé une inscription stable dans les apprentissages. Ses capacités cognitives ou tout au moins celles mises en avant à l'école ordinaire sont par ailleurs fragiles. Les enfants issus de familles du voyage, sédentarisées ou non, rencontrent souvent dans leur scolarisation des difficultés communes : leurs références culturelles, leurs valeurs sont différentes, les apprentissages sont vécus comme décontextualisés, trop théoriques, la tradition orale prévaut sur la tradition écrite très présente à l'école. Ces enfants sont parfois pris dans des conflits socio-culturels engendrant des conflits de loyauté. Apprendre peut être assimilé à trahir, à renier sa famille. L'école est parfois perçue comme une menace à leur identité de par sa fonction d'intégration voire d'assimilation. Il s'agit bien souvent pour eux de s'inscrire dans la culture scolaire sans pour autant renier leur culture familiale. La mère de Baptiste semble se situer dans un autre type de positionnement. Lors de l'équipe éducative, elle dit faire confiance à l'école et ne pas vouloir reproduire sa propre histoire. Issue d'une famille de gens du voyage itinérants, elle évoque les difficultés rencontrées dans ses apprentissages liées à ce mode de vie. Avec beaucoup de simplicité et de sincérité, elle exprime un sentiment d'infériorité parce qu'« *aujourd'hui, elle ne sait pas lire* ». Elle souhaite que son enfant apprenne à lire et à écrire et se montre favorable à toutes les propositions de l'école. Cependant, elle ne dispose pas des codes scolaires, du capital culturel, des « habitus », pour reprendre le terme de Bourdieu, nécessaires à son adaptation en milieu scolaire et le schéma familial, social tend à se reproduire. Face aux difficultés du milieu scolaire ordinaire à répondre efficacement aux

difficultés de Baptiste, une orientation vers un dispositif ULIS est proposée à la famille. L'enseignante de la classe ne sait comment le faire progresser davantage et espère que le petit groupe (12 élèves) proposé dans le dispositif ULIS ainsi que les compétences particulières de l'enseignant spécialisé (option D) pourront le faire évoluer. La MDPH statuera dans ce sens et incitera, en parallèle la famille, à prendre contact avec une orthophoniste, le suivi ayant été interrompu prématurément.

7.2.3.3 Scolarisation en ULIS école

Baptiste a retrouvé au sein du dispositif ULIS son cousin Anthony, enfant du voyage également. Conscient des difficultés qui l'ont conduit vers l'ULIS, il manque de confiance en lui et doit reconstruire une image de soi fragilisée. Il bénéficie d'une inclusion en sport avec les élèves de CM1, groupe qui correspond à sa tranche d'âge et semble bien intégré. Baptiste est en effet un enfant sociable doté de bonnes aptitudes sur le plan physique. Au niveau scolaire, l'entrée dans la lecture reste difficile, il en est encore au stade du déchiffrage. Le suivi orthophonique tarde à se mettre en place. Baptiste semble avoir bien progressé en mathématiques où son niveau est estimé comparable à celui d'un élève de fin CE1. Une inclusion en maths CE2 pourrait être envisagée l'année suivante. Au cours de l'équipe de suivi, l'enseignante spécialisée estime que Baptiste est « *à la limite de l'ULIS car il comprend* » posant ainsi à sa manière la question du handicap et de la déficience intellectuelle. L'objectif sera pour Baptiste de rejoindre le milieu ordinaire vers une SEGPA.

7.2.4 Alicia

Alicia n'est pas scolarisée en ULIS école. Bien que hors cadre au regard de notre étude, c'est son parcours même qui nous a intéressée parce qu'il est significatif d'un autre cheminement possible et constitue un point de comparaison par rapport aux autres cas étudiés.

7.2.4.1 Anamnèse

Alicia, 12 ans, est une élève scolarisée à ce jour en sixième ordinaire avec AVS. Une orientation CLIS puis une orientation SEGPA ont été pensées mais ces deux propositions se sont heurtées à un refus farouche et déterminé de la famille. Les deux parents travaillent : le père est serveur dans un restaurant et la mère est auxiliaire de vie en milieu scolaire. Alicia a un frère aîné âgé de 18 ans qui prépare un bac professionnel. Alicia est signalée dès le cours préparatoire au réseau d'aides spécialisées. Elle rencontre des difficultés globales et

importantes. L'entrée dans l'apprentissage de la lecture ne se fait pas. En fin d'année, malgré beaucoup de bonne volonté, elle ne décode pas, le principe de la combinatoire n'est pas compris. Elle connaît les lettres de l'alphabet, a une certaine conscience phonologique mais ses compétences s'arrêtent là. C'est une enfant qui a parlé et marché tardivement. Elle ne semble pas toujours comprendre ce qui lui est demandé et répond parfois à côté. La famille, alertée par l'école, l'a très rapidement inscrite au CMPP où un suivi orthophonique s'est mis en place. Un maintien au cours préparatoire est proposé à la famille ainsi qu'une aide pédagogique par le maître E. Une déficience étant également suspectée par l'équipe enseignante, la psychologue scolaire réalise, avec l'accord des parents, un bilan cognitif en milieu d'année au cours du premier CP. Il met en évidence un profil hétérogène avec un QIV se situant dans la zone dite limite, un QIP et un QVT se situant dans la norme (WPPSI 3, 2010). Peu satisfaits de la prise en charge au CMPP insuffisante à leurs yeux, la famille met en place plusieurs suivis en libéral pour soutenir Alicia : un suivi orthophonique, un suivi psychomoteur et une prise en charge orthoptique. Une dyspraxie visuo-constructive est évoquée par la psychomotricienne sans que ce diagnostic ne soit à aucun moment validé par le corps médical. La scolarité d'Alicia au CE1 s'avérant particulièrement difficile, la possibilité d'une orientation vers l'enseignement spécialisé est envisagée lors d'une équipe éducative. Le refus des parents est catégorique et une poursuite de la scolarisation avec AVS est alors proposée. La MDPH est saisie et un accompagnement par AVS est mis en place. Un nouveau bilan cognitif (2012) est réalisé à Toulouse au centre des troubles des apprentissages, il met en évidence un QIT se situant sur un versant déficitaire (67). Alicia traverse sa scolarité à l'école élémentaire de façon très laborieuse mais avec beaucoup de courage. La famille s'empare du « diagnostic dys » qui lui apparaît sans doute comme le plus avantageux parce qu'il permet d'éviter des filières spécialisées perçues comme des filières de relégation. Je réalise le dernier bilan cognitif en 2014 lorsque se pose la question de l'orientation vers le collège. L'équipe enseignante estime en effet que les compétences acquises sont insuffisantes pour envisager une sixième ordinaire. La famille est résolument opposée à une orientation en SEGPA (craintes concernant l'environnement, regard optimiste et positif sur les capacités d'Alicia).

7.2.4.2 Orientation

7.2.4.2.1 Bilan

Le bilan est particulièrement investi voire surinvesti en raison des enjeux autour de l'orientation et des attentes parentales. Alicia exprime son désir d'aller en sixième ordinaire et ses craintes par rapport à la SEGPA « où il y a des enfants à problèmes ». Le bilan semble avoir été anticipé par la famille « *maman m'a fait travailler pendant les vacances* » « *j'ai déjà fait des choses comme ça sur internet (subtest matrices)* ». Alicia, inquiète, m'interroge « *Si j'ai une faute, est-ce que j'irai en SEGPA ? J'ai combien de fautes ? Vous allez le montrer à ma mère ?* ».

Les résultats d'Alicia aux épreuves du WISC 4 montrent un profil un peu hétérogène. Le QIT (73, zone limite) est à relativiser en raison de deux (légères) différences significatives inter-indices : IRP et IMT, IMT et IVT. Les 4 indices qui composent ce quotient se répartissent de 70 à 86, l'ICV (76) et l'IMT (70) se situant dans la zone limite, l'IRP (84) et l'IVT (86) dans la zone moyen faible. Aucune différence significative n'est à relever entre l'IRP et l'ICV. Les résultats obtenus sont légèrement supérieurs à ceux du bilan réalisé en novembre 2012 qui se situait sur un versant déficitaire mais suivent une courbe identique (IRP>ICV, IRP et IVT dans une zone moyen faible, IMT, score le plus bas). Ils mettent en évidence des capacités cognitives un peu fragiles, avec une intelligence fluide plus efficiente que l'intelligence cristallisée, des difficultés de mémorisation. Tout au long du bilan, Alicia se montre volontaire, très investie dans les apprentissages avec un fort désir de réussir. Elle présente une bonne capacité à intégrer des mécanismes, une bonne implication dans les tâches d'exécution, la capacité de s'emparer des outils proposés donc d'apprendre. Son orientation ne pourra donc qu'être examinée à la lumière de plusieurs paramètres : une efficience intellectuelle qui relève davantage de l'enseignement adapté que du milieu ordinaire, couplée avec des difficultés scolaires persistantes, le refus voire le rejet de la famille d'une orientation en SEGPA, le désir exprimé par Alicia d'intégrer une sixième ordinaire et l'importance de construire un projet de scolarisation auquel la famille et l'enfant puissent adhérer.

La MDPH statuera, conformément au souhait de la famille, en faveur du collègue ordinaire avec présence d'une AVS mutualisée. Alicia poursuivra, avec toujours autant de détermination et le soutien de sa famille, un parcours très laborieux au collègue mais peu à peu l'éventualité d'une orientation SEGPA s'éloignera.

7.2.5 Synthèse

Les quatre situations d'enfants décrites ci-dessus ont des caractéristiques communes. L'école ordinaire ne parvient pas à faire progresser ces élèves de façon significative et suffisante au regard de la norme attendue et une orientation vers un dispositif ULIS est pensée pour chacun d'eux, orientation refusée par les parents d'Alicia. Le QIT de chacun de ces enfants se situe dans une zone dite limite (70-80) et correspond dans l'ancienne classification internationale des maladies de l'OMS (CIM 9) à la catégorie niveau mental limite, aujourd'hui disparu dans la CIM 10 et considérée comme une variante de la normalité. La CIM 10 place hors pathologie cette catégorie de la population et ces enfants ne peuvent donc être considérés comme déficients. Tous éprouvent des difficultés à suivre leur scolarité au même rythme que leurs camarades, ont un retard scolaire de 1 à 3 ans. Ils présentent un profil cognitif suffisamment homogène pour que le QIT reste valide, montrent peu d'intérêt pour les activités scolaires et la culture en général. Chacun de ces enfants, à l'exception d'Alicia, est issu d'un milieu socio-culturel défavorisé et précaire, parfois assorti d'une instabilité intra-familiale et sociale : séparation parentale dans les trois situations, déménagements fréquents, placement en famille d'accueil pour Jonas, parents sans emploi ou emploi précaire. Les parents ont eux-mêmes connu un parcours scolaire difficile, SEGPA, IME ou encore analphabétisme pour la maman de Baptiste. Au sein de l'école, ils ont peu ou pas bénéficié d'aides spécialisées rendues difficiles par les changements d'école ou par la présence insuffisante des personnels RASED, à l'exception de Baptiste qui a été aidé par l'enseignante chargée de la scolarisation des enfants du voyage. Les aides extérieures (orthophoniste, psychomotricité, CMPP) ont du mal à se mettre en place et à s'inscrire dans la durée en raison de la précarité du milieu d'origine : déménagements, déplacements difficiles, manque de moyens, de motivation parfois. Les enseignants de la classe sont démunis et expriment un certain désarroi parce qu'ils ne savent pas comment faire évoluer ces élèves en grave échec scolaire dont les difficultés entraînent de l'inhibition ou de l'agitation. Enfin, nous pouvons noter, que pour Baptiste et Jonas, après un passage par l'enseignement spécialisé, un retour vers l'enseignement adapté est pensé (SEGPA). Alicia, non seulement ne sera pas orientée en SEGPA, mais poursuivra son parcours en sixième ordinaire avec AVS. Alicia, à l'inverse d'Imène, de Jonas et de Baptiste, est issue d'un milieu socio-culturel certes modeste mais que nous pouvons qualifier de moyen, d'un environnement familial plutôt stable et contenant qui dispose d'une meilleure connaissance du système éducatif, la mère d'Alicia étant en effet

auxiliaire de vie en milieu scolaire. Le parcours d'Alicia est sans aucun doute le fruit de la mobilisation de sa famille qui cherche à tout prix à éviter une orientation de son enfant vers une filière spécialisée et met en avant un diagnostic médical de trouble « dys » favorisant une poursuite de sa scolarité en milieu ordinaire avec AVS. En guise de remarque connexe, il semble important également de souligner le nombre significatif d'enfants du voyage, dont Baptiste fait partie, orientés vers un dispositif ULIS. A Montauban, en 2015/2016, sur l'ensemble des élèves orientés en ULIS école, 12 % sont des enfants du voyage. Si l'on restreint le champ d'études aux élèves non déficients orientés en ULIS école, les enfants du voyage représentent alors 23 %. Ce sont le plus souvent des élèves rencontrant des difficultés d'adaptation aux exigences normatives de l'école et dont les parents ne disposent pas des ressources ou de la motivation nécessaires pour envisager d'autres solutions sur le marché scolaire.

Ainsi, l'orientation de ces élèves vers le dispositif ULIS s'est faite en fonction de critères individuels, propres à l'enfant, à ses conditions de vie, et de critères propres à l'environnement scolaire. En ce qui concerne les critères individuels, ces élèves ne posent pas de problème majeur sur le plan comportemental susceptible de déséquilibrer le système à la différence des élèves présentant des troubles comportementaux décrits dans la première partie de ce chapitre. En revanche, ils présentent un décalage important par rapport à l'ensemble du groupe classe au niveau des apprentissages, une déviance par rapport à la norme scolaire. Cette non-conformité au groupe atteint un seuil de tolérance lorsque l'écart à la norme devient trop important et laisse le système scolaire ordinaire sans réponse. Cette incapacité à entrer dans les apprentissages proposés questionne l'enseignant dans son rôle de transmission d'un savoir voire même le remet en question dans son expertise professionnelle. Si l'école n'est pas en mesure de répondre aux difficultés de cet enfant, c'est donc que son échec scolaire relève du champ du handicap, que l'enfant est déficient d'où la nécessité de réaliser un bilan cognitif qui viendra objectiver la situation et confirmer ou infirmer l'hypothèse. Il est néanmoins important de souligner que l'orientation d'élèves, certes en échec scolaire mais sans troubles comportementaux, « agite » moins le système que celle d'élèves présentant une problématique comportementale majeure. Le refus des parents d'Alicia d'une orientation ULIS puis SEGPA a été accepté sans difficulté par l'équipe enseignante. Alicia bénéficiera d'une AVS qui viendra dans une certaine mesure pallier les difficultés rencontrées et

l'équilibre du système sera maintenu. Nous pouvons toutefois nous interroger sur l'adéquation de la réponse apportée : « échec scolaire → handicap » ("échec scolaire implique handicap"). La difficulté scolaire serait à resituer du côté de l'individu et de ses manques. Les élèves dont les situations ont été examinées ne correspondent pas à priori aux critères d'orientation vers un dispositif ULIS. Ils ne sont pas déficients (TFC : troubles des fonctions cognitives ou mentales) même si les difficultés rencontrées dans les apprentissages sont bien réelles. Pour aucun d'entre eux, un diagnostic de troubles spécifiques du langage et des apprentissages n'a été posé et tout diagnostic de TED est à écarter. La réalité est toute autre : si handicap il y a, il est avant tout social en dehors de tout étiquetage médico-psychologique (TFC, TSA ou TED), un handicap social traité par une médicalisation de la situation et une objectivation passant par un bilan cognitif (diagnostic de départ).

DISCUSSION

Ce travail de recherche questionne, plus de 10 ans après la loi « handicap » du 11 février 2005, les processus à l'œuvre lors de l'orientation de certains élèves vers des ULIS école. Son objectif premier était de mettre en évidence la présence, au sein des dispositifs ULIS école, d'élèves non déficients ou ne correspondant pas aux critères d'orientation définis par les textes. Nous cherchions également à appréhender et à définir le profil de ces élèves - que nous supposons issus de milieux socio-culturels défavorisés- ainsi que les facteurs ayant présidé à leur orientation vers l'enseignement spécialisé. Les éléments de réponse les plus saillants sont présentés ici.

Les résultats chiffrés : des élèves orientés en ULIS école pour quel profil ?

La loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a conduit au niveau national à une augmentation significative de la scolarisation des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire ainsi qu'à une augmentation du nombre des CLIS/ULIS école et des ULIS/collège, lycée.

Le département du Tarn et Garonne ne fait pas exception à la règle et suit une évolution similaire à l'évolution nationale, le nombre d'ULIS école ayant doublé en 10 ans. Ces dispositifs accueillent une majorité d'élèves déficients légers, une part plus réduite mais existante d'élèves déficients moyens et environ un cinquième d'élèves non déficients. Appartiennent à cette dernière catégorie des élèves en grande difficulté scolaire que l'on peut qualifier d'élèves à besoins éducatifs particuliers sans handicap avéré.

L'augmentation des élèves scolarisés en CLIS/ULIS s'explique en partie par la présence d'élèves auparavant accueillis en établissements spécialisés, sans pour autant entraîner une diminution du nombre de places dans le secteur médico-éducatif. Les listes d'attente restent très importantes dans notre département (environ deux ans), et ce malgré l'ouverture d'un nouvel établissement en 2017. Par ailleurs, et c'est l'objet de notre recherche, un certain nombre d'élèves sont orientés en ULIS école sans pour autant présenter de handicap avéré.

Nous voyons se dessiner une certaine confusion entre difficultés, échec scolaire et

handicap rendue possible par des critères d'orientation de plus en plus larges et de plus en plus flous et la mise en avant d'un étiquetage médico-psychologique (troubles cognitifs). Une très grande partie de ces élèves non déficients sont issus d'un environnement marqué par une précarité sociale assorti d'une problématique familiale entraînant une fragilité psychologique. Nous trouvons parmi eux des enfants originaires du voyage le plus souvent sédentarisés, peu « adaptés » à la norme scolaire. Certains de ces élèves non déficients présentent des troubles psychiatriques.

Les élèves appartenant à la catégorie « problématique socio-culturelle et familiale » rencontrent des difficultés importantes et globales au niveau des apprentissages, mais une fois devenus adultes ne sont plus distinguables de leurs contemporains (Gibello, 2009). La remarque ironique de Zazzo au sujet du « débile mental, fils de l'école publique et obligatoire » (1979, p. 45) semble presque d'actualité. Il semblerait que l'école produise de la déficience et du handicap en considérant comme déficients un certain nombre d'élèves qui ont des difficultés à s'adapter au milieu scolaire ordinaire et à répondre aux exigences de la scolarisation. Nous pourrions avec Jumel (2013) qualifier de « souvenir d'école » ce passage par le champ du handicap pour des élèves qui une fois devenus adultes ne se distingueront plus de l'ensemble de la population. Toutefois, une orientation en CLIS, un passage par le champ du handicap ne peuvent être anodins dans la représentation de soi au regard des autres. De cette désignation surgissent inévitablement des questionnements identitaires. De Saint Martin (2014) évoque isolement, place marginale et stigmates institutionnels.

Les ULIS école se situeraient ainsi dans la continuité historique des classes de perfectionnement, l'enseignement spécialisé ayant encore à ce jour pour vocation d'assurer une fonction sociale de régulation voire de relégation (Gateaux-Mennecier, 2005 ; Benoit, 2005). Elles accueillent en effet une population d'élèves hétérogène qui sont en échec massif dans le milieu ordinaire et ne sont pas en mesure de suivre les programmes tels qu'ils sont proposés. Ces élèves hors normes ne sont pas en capacité de s'adapter à l'enseignement ordinaire et n'ont pas le niveau scolaire requis à leur âge. Les ULIS école n'ont certes plus pour vocation d'accueillir des élèves arriérés/indisciplinés issus des classes populaires et représentant un possible danger social. Sous l'effet de la loi 2005 et la volonté affichée d'inclusion et de protection, elles ne sont plus les filières ségréguatives qu'ont été les classes

de perfectionnement. La relégation prend des formes plus douces. Elle conduit à orienter en ULIS école tous les élèves pour lesquels le système ordinaire est mis en difficulté. Les ULIS école répondent en effet à un besoin d'allègement de l'enseignement ordinaire qui n'est pas en mesure de proposer d'autres alternatives (Tremblay, 2012a). Parmi les élèves orientés en ULIS école, un certain nombre d'enfants, issus de milieux socio-culturels défavorisés ne sont pas déficients et ne relèvent donc pas du champ du handicap, leurs difficultés étant assimilées de façon abusive à de la déficience intellectuelle légère (Dubreuil, 2005). Pourtant, dans le contexte actuel de médicalisation et de pathologisation des difficultés scolaires (Morel, 2014), le passage par la case handicap s'avère nécessaire pour justifier de leur orientation. Un phénomène de « discrimination de populations non handicapées, mais particulièrement vulnérables du point de vue socio-économique et culturel tend à se pérenniser » (Gateaux-Mennecier, 2005, p 49). Des critères médico-psychologiques, significatifs de cette tendance médicalisante de l'orientation sont mis en avant (Gateaux-Mennecier 2005 ; Morel, 2014). Le seul critère de handicap mental étant insuffisant, le champ de recrutement s'est élargi avec l'apparition de nouvelles catégories suffisamment larges et floues pour intégrer des profils divers et variés : troubles des fonctions cognitives ou mentales, TSLA, TED. Un certain nombre d'élèves, certes en grande difficulté scolaire sont désormais identifiés « handicapés », étiquetage qui vient masquer les inégalités sociales reléguées au second plan (Mormiche & Boissonnat, 2005 ; Morisset, 2005) et donner « bonne conscience » à un système qui se veut toujours plus inclusif. L'école et la MDPH, productrices de handicap, sont prises dans un mouvement contradictoire et ambivalent qui consiste à revendiquer et à œuvrer à l'inclusion d'élèves que l'on a exclu du milieu ordinaire, « paradoxe permanent entre velléités intégratives et pratiques institutionnelles socialement ségrégatives » (Gateaux-Mennecier, 2005).

Études de cas : processus d'orientation

Une analyse clinique de 7 situations d'élèves non déficients nous a permis de repérer les processus d'orientation à l'œuvre afin de les analyser et de mettre en évidence le rôle joué par l'institution éducative.

Les élèves ne présentant pas de problématique comportementale majeure

Quatre situations d'élèves ont été regroupées sous la catégorie : élèves ne présentant

pas de problématique comportementale majeure. L'école ordinaire semble impuissante à faire progresser ces élèves. Leur retard scolaire s'accroît et le décalage se creuse avec l'ensemble du groupe classe. Les enseignants mis en difficulté par ces élèves, désormais familiarisés avec l'univers médico-psychologique et ses diagnostics (trouble cognitif) et dépossédés de leur expertise pédagogique n'hésitent pas à recourir aux filières spécialisées que sont les dispositifs ULIS (Morel, 2014). Par ailleurs la fragilisation des réseaux d'aides et leur disparition progressive ne constitue plus un levier opérant pour faire face aux difficultés durables d'apprentissage.

A aucun moment, la véritable nature du handicap n'est formulée (handicap social) et un autre type de handicap est avancé, le trouble des fonctions cognitives. Il s'agit de déplacer une problématique sociale large sur une problématique de handicap, de l'interpréter en terme médical. Inadaptation sociale et handicap, déficience intellectuelle et échec scolaire tendent à se superposer (Gateaux-Mennecier, 2005 ; Mormiche & Boissonnat, 2005 ; Morisset, 2005 ; Dubreuil, 2005). La notion d'échec scolaire se trouve réduite à celle de la débilité (Gateaux-Mennecier, 2005). Le handicap est sans doute jugé moins dangereux que l'inadaptation sociale à la norme scolaire dans la mesure où il masque une réalité du problème, maintient l'illusion d'une société bienveillante et remet moins en cause le fonctionnement sociétal qui tend à reproduire les inégalités et à maintenir en place la stratification sociale élaborée à partir des résultats scolaires. Les dispositifs ULIS peuvent ainsi être envisagés comme des leviers permettant de lutter contre l'échec scolaire et les inégalités sociales en passant par le champ du handicap et ce à travers un vaste mécanisme de défense culpabilité/déplacement. Tout se passe comme si le tandem échec scolaire/inégalités sociales était associé à une représentation dangereuse nécessitant un détachement pour investir une représentation plus neutre, plus acceptable socialement, moins culpabilisante, celle du handicap. Il s'agit en somme de gommer, de faire disparaître (de refouler ?) les inégalités sociales derrière la notion de handicap. La politique autour du handicap à l'école semble ainsi s'inscrire dans le cadre plus large de la lutte contre l'échec scolaire considéré comme socialement sélectif. Nous pouvons néanmoins nous interroger et nous demander si pour des élèves socio-culturellement défavorisés, sans handicap avéré, le passage par la case handicap constitue une véritable nécessité, si des réponses autres ne pourraient être apportées à travers des réformes pédagogiques profondes et une reconsidération du fonctionnement de l'institution scolaire.

L'enseignement adapté a aujourd'hui quasiment disparu de l'école élémentaire. Les dispositifs destinés à accompagner en milieu ordinaire les élèves en difficulté persistante ont été réduits de façon considérable. La plupart des RASED sont incomplets, ils interviennent sur des secteurs géographiques bien trop vastes pour être en mesure de répondre aux besoins identifiés, les postes ne sont pas renouvelés. Les CLAD, classes d'adaptation fermées (effectif n'excédant pas quinze élèves inscrits pour l'année) ou ouvertes dont le référent principal est le maître spécialisé en option E, se font rares (quasi inexistantes ?). Elles offraient pourtant la possibilité de maintenir dans l'enseignement ordinaire des élèves en échec massif sans passer par la MDPH, de travailler dans le cadre d'effectifs peu nombreux, de constituer un repère sécurisant pour certains élèves qui pouvaient néanmoins suivre certains enseignements dans des classes correspondant à leur niveau. Tout se passe comme si progressivement les CLAD étaient remplacées par les ULIS, comme si lentement les notions d'élèves en difficulté et d'élèves handicapés venaient se superposer, comme si l'enseignement adapté venait se dissoudre dans l'enseignement spécialisé. Dans le second degré, les sections d'enseignement général et professionnel adapté sont toujours bien présentes et reçoivent des élèves venant du milieu ordinaire (CM2 en élémentaire) mais aussi et de plus en plus souvent des élèves sortant d'ULIS, comme ce sera le cas pour Jonas et Baptiste, preuve qu'il existe dans le premier degré un chaînon manquant correspondant au vide laissé par la disparition progressive de l'enseignement adapté. Les personnels spécialisés des réseaux d'aides apportaient une aide individualisée aux élèves en difficulté dans le cadre d'effectifs restreints et permettaient de consolider la maîtrise des apprentissages fondamentaux sans nécessiter pour autant une saisine de la MDPH et entraîner l'élève dans un processus de médicalisation.

La corrélation entre précarité, inégalités sociales et échec scolaire est aujourd'hui communément admise (Enquête Pisa, 2015) même si l'on considère qu'il n'y a pas de fatalité, pas de détermination sociale incontournable et que l'école peut constituer un formidable ascenseur social. Nous constatons néanmoins à travers cette étude que, malgré la volonté inclusive et le refus de filiarisation affichés par l'école, l'orientation d'élèves en grande difficulté scolaire vers l'enseignement spécialisé se poursuit. Pour justifier ces pratiques, pour les rationaliser, l'institution scolaire prend appui sur des diagnostics et savoirs médicaux ou psychologiques, dont les bilans cognitifs. Pinel et Zafirooulos soulignaient déjà en 1978 que le critère de déficience légère était loin d'être le seul retenu pour l'orientation vers les classes

de perfectionnement et ils pointaient l'origine sociale des élèves comme un facteur influençant leur entrée dans l'Éducation spécialisée.

Certaines familles perçoivent les ULIS école comme des voies de relégation et cherchent à tout prix à les éviter. Elles s'efforcent d'optimiser la scolarité de leurs enfants en « mobilisant des diagnostics médicaux plus avantageux sur le marché scolaire » (Morel, 2014, p. 205). C'est le cas d'Alicia qui se situe hors cadre de notre étude de recherche dans la mesure où elle n'a jamais été scolarisée en ULIS école. Nous l'avons néanmoins choisi à dessein parce que sa situation venait éclairer les processus que nous nous efforcions de mettre en avant. Les parents d'Alicia sont issus d'une catégorie sociale moyenne, la mère d'Alicia est AVS et a donc une certaine connaissance du système éducatif. Leur refus massif d'une orientation en ULIS école (puis plus tard d'une orientation en SEGPA) est révélateur de leurs représentations à l'égard de l'enseignement spécialisé perçu comme une filière ségrégative et relégatoire. Ils mettront en avant un diagnostic de trouble des apprentissages (à aucun moment validé par le corps médical) afin de justifier leur refus de l'orientation proposée et Alicia poursuivra sa scolarité en milieu ordinaire avec AVS.

Difficultés scolaires graves et déficience intellectuelle légère tendent parfois à se confondre, à se superposer. Ainsi la médicalisation, la pathologisation des difficultés d'apprentissage (Morel, 2014) conduit, à travers une approche nosographique, à attribuer l'échec scolaire à une étiologie déficitaire, à l'assimiler à de la débilité légère, aggravant ainsi les inégalités scolaires et sociales. Comme l'affirmait déjà Gateaux-Mennecier en 1990, la débilité légère est bien souvent « le masque psychologique d'une réalité sociologique : la résistance ou la non adhésion aux normes culturelles de l'école » (4^{ème} page de couverture). La loi de 2005, si elle témoigne de la volonté de mettre en place une école moins ségrégative, moins normative, et constitue indéniablement une réponse satisfaisante pour un grand nombre d'enfants en situation de handicap, n'en est pas moins productrice de handicap. Mormiche et Boissonnat ont décrit ce phénomène comme « des mécanismes de production des inégalités en termes de handicap », le social s'immisçant dans le biologique (o.c., p. 33). La problématique des inégalités sociales est reléguée au second plan, elle tend à s'estomper (Frاندji & Rochex, 2011). Le diagnostic médical constitue désormais une grille de lecture, un outil d'analyse de la difficulté scolaire et vient apporter une justification, une caution scientifique donc difficilement réfutable, à des

pratiques ségrégatives. L'approche psychopathologique de l'échec scolaire participe de ce processus de marginalisation. Dans un même temps et de façon un peu paradoxale, l'institution scolaire s'efforce de gommer, de faire disparaître ces pratiques ségrégatives par la mise en place de processus toujours plus inclusifs comme en témoigne par exemple le remplacement des CLIS par les dispositifs ULIS imposant l'inscription des élèves en situation de handicap en classe ordinaire. Nous pouvons voir là une tentative de masquer ou de se masquer une réalité en contradiction avec les valeurs portées par la loi de 2005. Le questionnement posé par Plaisance et Gardou (2001) semble toujours d'actualité. « La question fréquemment soulevée est celle de savoir si de telles modifications sont de simples toilettages des dispositifs anciens, qui n'introduisent pas de changements en profondeur, ou si elles introduisent de nouvelles dynamiques, par exemple en termes d'aspirations à de véritables formations professionnelles pour les adolescents, ou de prises en charge de sujets en situation de handicap dans un cadre scolaire ordinaire, qui leur assurent aussi des services multidisciplinaires d'aides spécialisées » (o. c., p.10).

Il ne s'agit pas ici de remettre en question la volonté institutionnelle d'instaurer une école toujours plus inclusive capable de scolariser les enfants en situation de handicap dans un contexte d'inclusion sociale, de rendre l'enseignement accessible à tous en reconnaissant la singularité de chacun. Il n'est pas question non plus d'émettre des doutes sur la volonté de se décentrer d'une approche déféctologique du handicap mettant l'accent sur l'inadaptation ou l'incapacité de la personne ou encore sur le réel désir d'en finir avec les processus institutionnels de ségrégation et de filiarisation (Ebersold, 2006). Néanmoins, il nous paraît fondamental de repérer les ambivalences, les paradoxes voire les incohérences de notre système éducatif. Ces ambivalences nous semblent être en lien direct avec la mise en présence de deux modèles pour le moins incompatibles : d'un côté, le modèle bio-médical qui conduit à médicaliser les situations, à repérer, dépister un dysfonctionnement pour finalement poser un diagnostic justifiant une orientation, de l'autre un modèle situationnel qui invite à sortir d'une logique médicale en envisageant le dysfonctionnement non plus du côté de l'enfant mais du côté l'institution, à s'inscrire dans une démarche pédagogique d'adaptation de la norme, dans une logique psychopédagogique plutôt que psychopathologique (Benoit, 2014). Le premier modèle fait la part belle à la médicalisation des difficultés scolaires, s'appuie sur la notion d'écart à la norme pour justifier des catégories nosographiques (le bilan cognitif en

est un exemple). Centré sur l'enfant, il recherche la cause de ses troubles, réduit l'enfant à son dysfonctionnement, produisant un effet de stigmatisation. Le second modèle n'est pas centré sur l'individu mais sur la situation d'apprentissage, la norme n'est pas interrogée du côté de l'élève mais du côté de l'institution, la difficulté de l'élève est pensée comme la conséquence d'un système peu adapté et non à travers une causalité médicale. Il est porteur d'un idéal, celui de l'école inclusive, et à ce titre refuse toute discrimination, exclusion ou ségrégation. Le premier modèle oriente, le second inclut. Le premier pointe les manques, les déficits, le second s'efforce de les gommer. Le paradoxe réside sans doute dans la coexistence, dans la cohabitation au sein de notre système éducatif de ces deux approches traversées par des conceptions radicalement différentes voire contradictoires. Nous parvenons ainsi à des situations paradoxales où après avoir pointé, l'écart à la norme, le dysfonctionnement d'un élève en le référant à des catégories médicales déficitaires (critères d'orientation), après avoir notifié son orientation vers l'enseignement spécialisé, l'institution s'efforce d'effacer toute trace de stigmatisation et réhabilite l'élève dans le milieu ordinaire qu'il n'aurait jamais dû quitter par le biais du dispositif inclusif. La présence en ULIS d'élèves non déficients présentant des troubles majeurs du comportement et relevant de l'ITEP (ou de l'hôpital de jour) participe de cette logique.

Les élèves présentant une problématique comportementale majeure

Ces situations d'enfants ont été regroupées dans notre étude sous la catégorie : élèves non déficients présentant une problématique comportementale majeure. Ils posent à l'école de sérieuses difficultés de par leur comportement, ils déstabilisent les enseignants, perturbent l'ensemble des élèves et mettent en péril l'équilibre du système tout entier. Pourtant, malgré une orientation possible et logique vers un ITEP si l'on se réfère aux critères d'orientation tels qu'ils sont définis dans les textes officiels, le choix a été fait de les scolariser en ULIS. L'ITEP est en effet perçu comme une filière ségrégative, une voie de relégation, il apparaît comme peu compatible avec le principe de non-discrimination et les valeurs égalitaristes de l'école inclusive. Or, seule l'école ordinaire semble en mesure de guérir « socialement » ces enfants. Le dispositif CLIS/ULIS présente en effet une plus grande proximité que l'ITEP avec le milieu ordinaire, de par sa position géographique dans l'école, de par le système des inclusions, et plus récemment de par l'inscription des élèves dans la classe « ordinaire » correspondant à leur tranche d'âge. C'est un peu comme si l'on avait intégré une hiérarchie

entre les différentes structures allant de la plus ségrégative à la moins ségrégative, de la plus marginalisante, à la moins marginalisante, l'orientation en ULIS école constituant alors pour les élèves précités la moins pire des solutions.

Notre étude ne prétend pas mettre en évidence un déterminisme absolu : tous les enfants issus de milieu socio-culturels défavorisés ne sont pas concernés, tous ne sont pas orientés vers l'enseignement spécialisé. A appartenance sociale comparable certains élèves vont rencontrer des difficultés dans les apprentissages et d'autres pas. La catégorie socio-professionnelle ne suffit pas à rendre compte des inégalités observées sur le plan des apprentissages. Nous avons pleinement conscience de la part qui revient au sujet, à son histoire, à ses rencontres. Nous avons à ce propos montré que les élèves non déficients orientés en ULIS école étaient certes issus d'un environnement marqué par une précarité sociale à laquelle s'ajoutait le plus souvent une problématique familiale entraînant une fragilité psychologique (placement en famille d'accueil par exemple). Il nous semble également essentiel de repérer les effets conjoncturels pouvant relever de rencontres et qui constituent le quotidien de notre pratique : tel enseignant particulièrement angoissé par les difficultés scolaires massives rencontrées chez certains de ses élèves, tel professionnel du soin dont le diagnostic dépendra de ses convictions et de son orientation théorique, poids des idéologies avec les tenants d'une scolarisation en milieu dit ordinaire et ceux plus favorables à l'enseignement spécialisé.

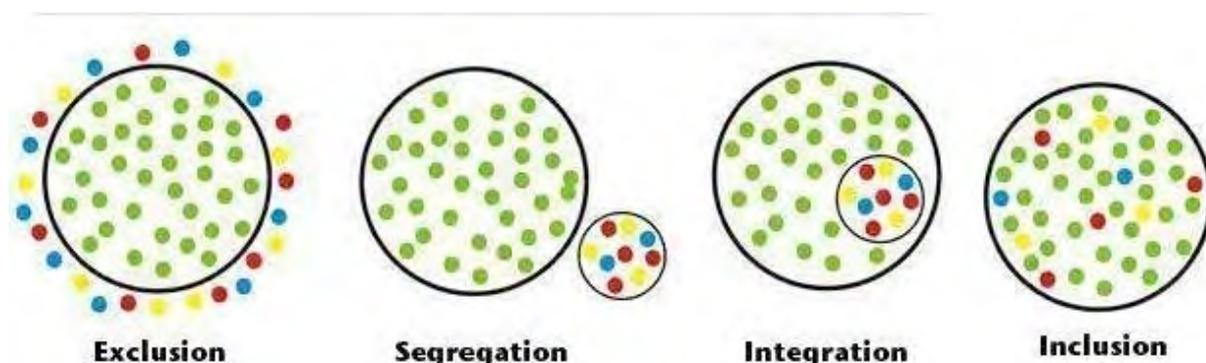
Quoi qu'il en soit et malgré les affichages politiques, l'institution éducative a sa part de responsabilité dans la genèse d'un certain nombre d'inégalités scolaires et sociales. Nous nous devons de porter un regard lucide, sans complaisance sur notre système éducatif, loin des effets de masquage qu'induisent aujourd'hui les processus de médicalisation et de pathologisation de la difficulté scolaire. Nous pouvons élargir la citation de Dubet (1998, p.19) concernant le collège au système éducatif dans son ensemble « toutes les observations montrent que les divers acteurs de l'école, les enseignants, les équipes de l'administration et de direction, les emplois associés, possèdent un dévouement et des compétences remarquables. Rien n'autorise à soupçonner des individus de vouloir mal faire. Cependant la somme des bonnes intentions et des talents n'engendre pas nécessairement un système efficace, juste et équitable. Personne ne veut que le collège accentue les inégalités et pourtant c'est bien ce qui arrive. Il faut donc regarder les réalités en face et mesurer toute la distance

qui sépare nos principes des effets de nos pratiques ».

A partir des éléments théoriques présentés dans cette recherche et des résultats empiriques mis en avant, il nous semble possible de proposer une représentation simplifiée du modèle inclusif actuel décrivant et expliquant les processus à l'œuvre.

Essai de modélisation : approche systémique de la politique d'inclusion

L'approche linéaire



Le schéma ci-dessus emprunté à l'association trisomie 21 Haute-Garonne « pour comprendre la différence entre intégration, exclusion, ségrégation, et inclusion » est révélateur de la manière la plus courante de poser le problème de l'inclusion scolaire. Il se réfère à une approche linéaire selon laquelle les événements s'enchaînent de manière linéaire, les uns à la suite des autres et selon une unique direction, du passé vers l'avenir (modèle ontogénétique). Dans ce cadre de référence, toute explication d'un événement présent trouve son origine dans un événement antérieur. Le concept de causalité y occupe une position centrale, le postulat de base étant qu'un événement A détermine un événement B qui à son tour détermine l'événement C. Ainsi le contenu de A explique et détermine le contenu de B, dans une logique de cause à effet. Au niveau des causes, nous allons trouver les caractéristiques individuelles propres à chacun ou pour le dire autrement la nature du handicap considéré ainsi que les conditions de l'environnement à savoir le degré d'acceptation du handicap par l'environnement. Selon les périodes et en fonction de la politique du moment, l'effet sera l'exclusion, la ségrégation, l'intégration ou l'inclusion. Nous parlons d'exclusion lorsque l'enfant handicapé n'est pas pris en compte par le système

éducatif, de ségrégation lorsqu'il est placé à l'extérieur du milieu ordinaire dans un milieu d'éducation spécialisée, d'intégration lorsque l'élève handicapé, apte à être scolarisé en milieu ordinaire, est incorporé au système ou à la classe ordinaire et d'inclusion lorsqu'il est reconnu comme membre de droit de la communauté scolaire ordinaire et se trouve inclus dès le début de sa scolarisation.

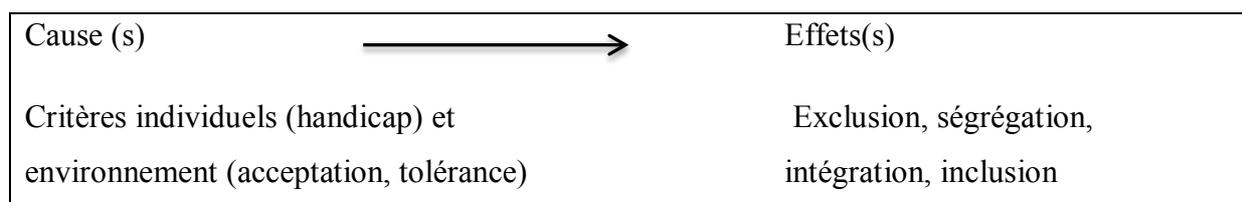
Une telle approche linéaire de l'inclusion nous semble présenter certaines limites.

Tout d'abord, quelle que soit la période considérée (exclusive, ségrégative, intégrative ou inclusive), un diagnostic de départ posé sur le handicap est nécessaire pour justifier l'orientation ou la prise en compte des besoins spécifiques de l'élève. Il s'agit toujours d'un diagnostic médical. Les critères d'orientation vers les CLIS puis vers les ULIS correspondent à une tentative de cerner la cause c'est-à-dire la nature du handicap à l'origine de l'orientation. Nous l'avons vu, ces critères, s'ils restent toujours sur le versant médical, ont été modifiés au fil des textes, des circulaires : nous sommes ainsi passé du handicap mental (1991) aux troubles importants des fonctions cognitives (2002) avec retard mental global, difficultés cognitives électives, puis sont apparus de façon explicite les troubles envahissants du développement et les troubles spécifiques du langage et de la parole (2009) et enfin en 2015 les troubles spécifiques des apprentissages. Cet élargissement des différentes catégories semble répondre à la difficulté d'organiser les CLIS 1 ou ULIS autour du seul critère de handicap mental et à la nécessité d'ouvrir à un autre public tout en maintenant en place des critères purement médicaux justifiant le terme de handicap.

Une telle démarche linéaire nous amène également à considérer que l'exclusion, la ségrégation, l'intégration et l'inclusion se différencient uniquement par l'appartenance ou non à un milieu d'éducation ou d'intervention. Il y aurait ségrégation lorsque l'élève est accueilli en dehors du circuit ordinaire : ainsi les IME, établissements spécialisés, sont perçus comme ségrégatifs dans la mesure où les élèves sont exclus, du fait de leur handicap, du système d'enseignement général et ne bénéficient donc pas d'une inclusion totale. Il y aurait inclusion lorsque le milieu ordinaire, la classe ordinaire s'adaptent à tous les élèves quels que soient leur handicap et leurs besoins spécifiques. Cette approche humaniste repose sur des fondements éthiques qui excluent toute forme de rejet et font de l'inclusion une question morale. Une telle lecture linéaire met en avant l'évolution positive de la politique

d'intégration puis d'inclusion en faveur des enfants handicapés et il ne s'agit pas ici de mettre en cause le principe même de l'inclusion comme objectif à atteindre, comme but ultime voire même comme idéal. Néanmoins une telle approche ne nous semble pas en mesure de cerner la situation dans son intégralité et dans toute sa complexité.

Le point de départ est une situation A (la cause) qui produit une situation B (l'effet) en fonction d'une époque considérée et de la politique mise en œuvre.



Un tel modèle ne nous semble pas prendre en compte le système dans son ensemble et en particulier les liens étroits qu'entretiennent dès l'origine le secteur Éducation nationale et le secteur Santé. Il ne nous permet pas d'élargir le champ d'observation et de repérer les interactions nombreuses entre ces deux secteurs ainsi que les enjeux qui y sont rattachés. Il n'est pas en mesure de situer la question de l'orientation et de l'inclusion dans un réseau plus vaste et plus complexe d'intérêts, de pouvoir. Le handicap et les critères médicaux avancés sont-ils toujours à l'origine de l'orientation des élèves vers les dispositifs ULIS ? Ne serait-ce pas un élément parmi de nombreux autres ? Qu'est-ce qui permet au système de fonctionner, de se maintenir, de rester en équilibre (principe d'homéostasie) ? Qu'est-ce qui pourrait menacer son équilibre ? Et si le handicap était dans une certaine mesure indispensable au bon fonctionnement du système ? S'il était un alibi ? S'il permettait de déplacer une problématique douloureuse et culpabilisante, celle de l'échec scolaire, sur une autre plus acceptable socialement, celle du handicap ? Une analyse systémique de ces questions devrait nous amener à poser le problème différemment, à le reformuler en fonction des nouveaux éléments repérés.

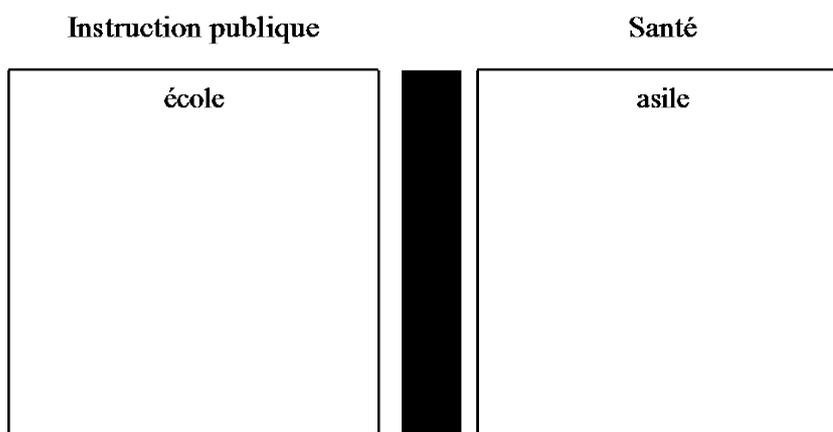
L'approche circulaire

L'approche circulaire ou approche systémique telle qu'elle a été théorisée par l'école de Palo Alto peut permettre de prendre en compte les deux institutions que sont le secteur Éducation nationale et le secteur Santé qui se partagent le traitement de la difficulté scolaire et le suivi des élèves en situation de handicap. La nature de la causalité n'est plus pensée selon

un schéma linéaire et le système y est défini comme un ensemble d'éléments qui interagissent en fonction d'un but. « Un phénomène demeure incompréhensible tant que le champ d'observation n'est pas suffisamment large pour qu'y soit inclus le contexte dans lequel ledit phénomène se produit. Ne pas pouvoir saisir la complexité des relations entre un fait et le cadre dans lequel il s'insère, entre un organisme et son milieu, fait que l'observateur bute sur quelque chose de « mystérieux », et se trouve conduit à attribuer à l'objet de son étude des propriétés que peut-être il ne possède pas » (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1972, p.15).

Nous n'envisagerons pas le système comme une totalité figée mais comme un processus de totalisation, à savoir un système ouvert en recherche permanente d'un équilibre selon le principe d'homéostasie, avec de possibles évolutions. Il nous faut donc considérer que le système est en interaction permanente avec l'environnement et la volonté politique d'une époque. A l'intérieur du système, un jeu de stratégies, de pouvoir, d'influences se développe entre les différents éléments : mouvements antagonistes ou de coopération. Une dialectique s'instaure entre les objectifs communs propres au système et les objectifs particuliers de chacun des éléments.

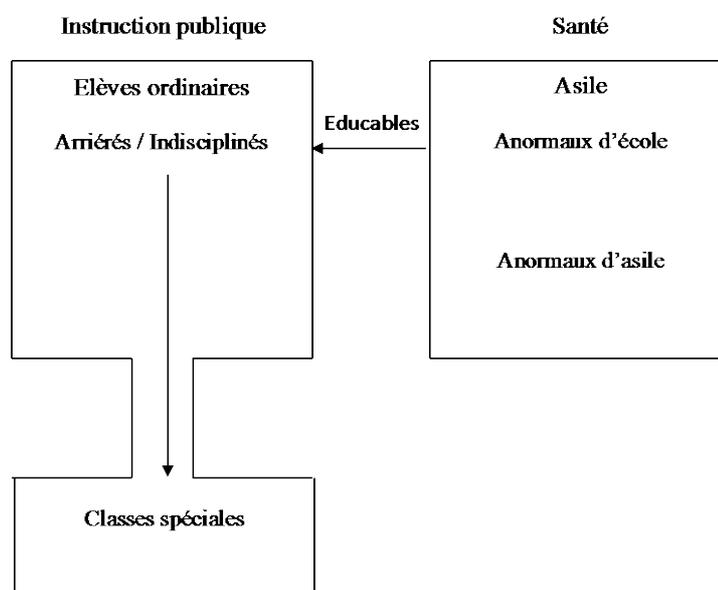
L'école exclusive (avant 1909)



A la fin du XIX^{ème} siècle, les lois de Jules Ferry (28 mars 1882) instaurent l'instruction gratuite et obligatoire pour les enfants des deux sexes âgés de 6 à 13 ans. Les deux secteurs -Instruction publique et Santé- coexistent séparément. L'instruction publique gratuite et obligatoire reposant sur un principe humaniste égalitaire se met progressivement en place. Les enfants arriérés, les « idiots » et les « dégénérés » ont alors leur place à l'asile. La création des classes spéciales de perfectionnement va donner naissance à un enseignement dit

spécial et constitue un moment charnière dans la mesure où elle signe et officialise la mise en relation entre l'Instruction Publique et le secteur Santé.

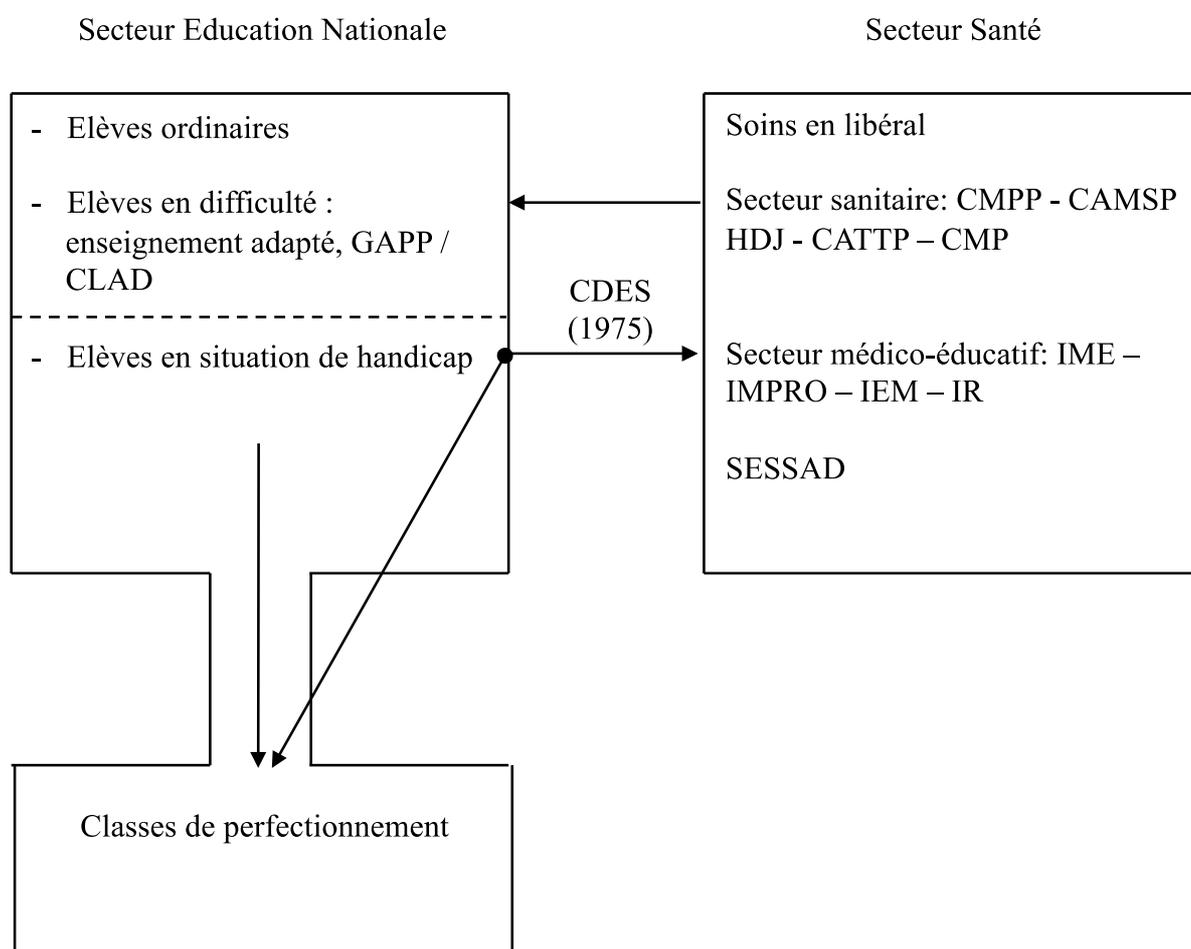
1909 : la création des classes spéciales de perfectionnement



L'enseignement spécialisé ne trouve pas son origine dans un mouvement et une causalité linéaires comme cela est couramment avancé : suite à la loi de 1882 sur l'obligation de l'enseignement primaire, un certain nombre d'élèves auraient été incapables de répondre aux exigences scolaires d'où l'émergence d'un enseignement spécial, conséquence d'un processus linéaire et endogène. La réalité est plus complexe et met en interaction l'Instruction publique et le secteur Santé. Les classes spéciales de perfectionnement ont alors une fonction substitutive à l'asile et vont également avoir pour vocation de soulager l'école ordinaire des élèves perçus comme instables et pouvant représenter un danger social. Elles recrutent les élèves en fonction de deux critères, l'un officiel l'arriération, l'autre non officiel l'indiscipline. La dynamique à l'œuvre est loin d'être linéaire et endogène : elle ne provient

pas uniquement de l'école mais fait intervenir le secteur Santé à l'origine de la revendication d'un enseignement spécial et voit se croiser, de part et d'autre, de multiples intérêts et motivations qui ne sont pas toujours clairement affichés.

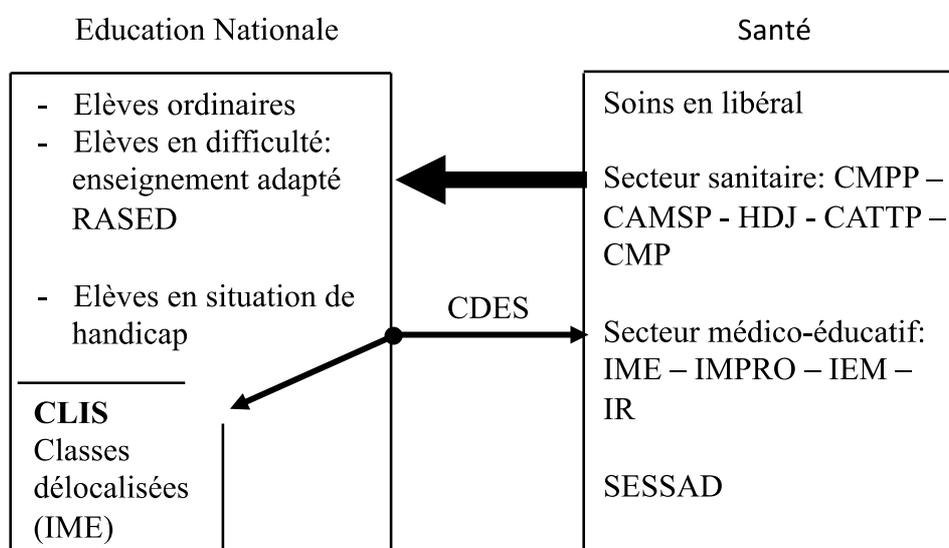
Loi de 1975 → 1990. La période intégrative (1)



La loi de 1975 en faveur des personnes handicapées marque la volonté de pratiquer une politique de l'intégration mettant en jeu les différents systèmes existants, Éducation nationale et Santé, et leur fonctionnement relationnel. Le mécanisme de l'intégration pourrait se définir ainsi : enlever un enfant handicapé du secteur Santé pour le

placer dans l'institution Éducation nationale, considérée comme représentative du milieu normal. Le flux du secteur Santé vers le secteur Éducation nationale, représenté par la flèche noire, doit devenir prioritaire et constitue l'objectif à atteindre. À l'inverse, le flux de l'institution Éducation nationale vers l'institution Santé doit devenir minoritaire. Il est intéressant de noter que, lors de la parution des Circulaires du 29 janvier 1982 et du 29 janvier 1983 relative à la mise en œuvre de la politique d'intégration, la coordination intersyndicale et inter-associative composée de plusieurs syndicats du secteur Santé a demandé le retrait des circulaires car « l'intégration ne peut en aucun cas se dénaturer en se réduisant à soigner les enfants à l'école » (extrait de la motion finale des Assises nationales du 27 novembre 1983). Nous pouvons faire l'hypothèse que l'institution Santé, craignant une confusion possible des missions, s'est sentie menacée dans son existence même au profit du secteur Éducation nationale : risque d'intégration du secteur Santé dans le secteur Éducation nationale.

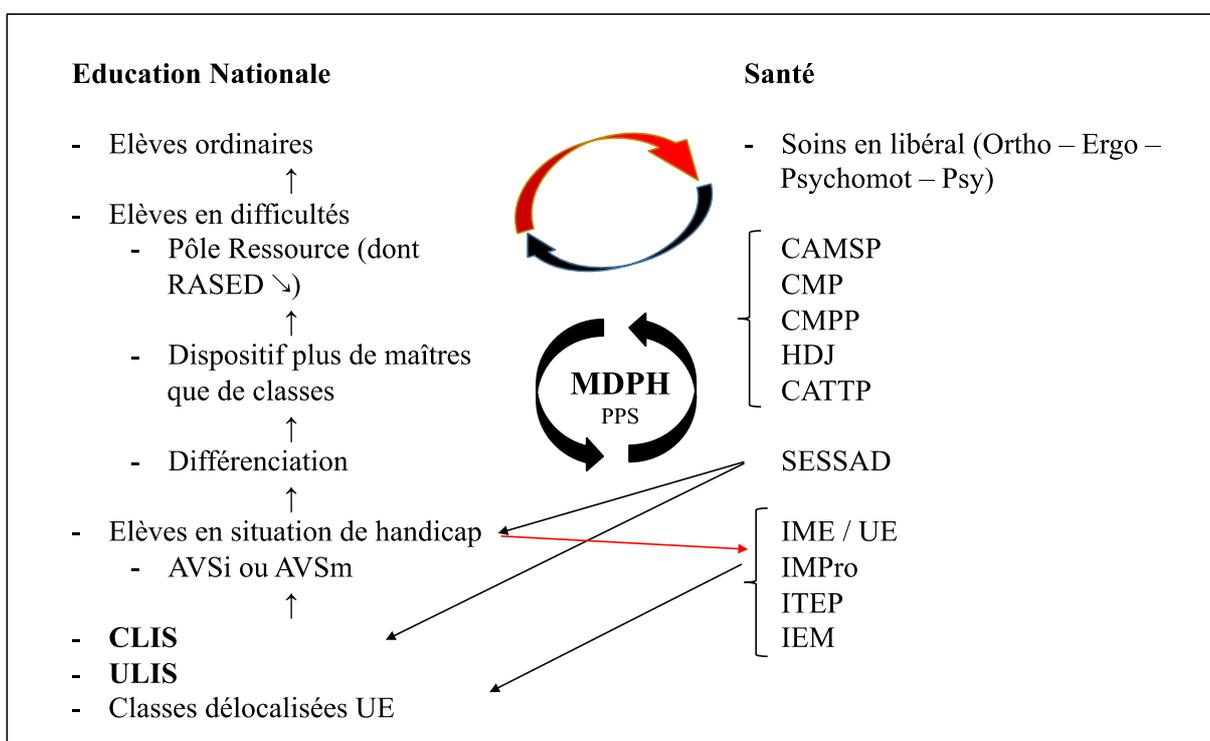
1990 → 2005. La période intégrative (2)



À partir de 1990 jusqu'en 2005, la phase intégrative s'accélère, se renforce avec la mise en place des RASED (9 avril 1990) et la création des CLIS (18 novembre 1991) qui remplacent les classes de perfectionnement. La volonté intégrative s'affiche clairement : les réseaux d'aides interviennent auprès d'élèves en grande difficulté scolarisés dans les classes, les CLIS réintègrent l'école ordinaire et constituent une classe parmi les autres, les élèves

pouvant désormais bénéficier d'un temps de scolarisation (intégration) en classe ordinaire. Le flux intégratif du secteur Santé vers le secteur Éducation nationale se densifie et en parallèle, du côté de l'Éducation nationale, le recours au médical, aux professionnels du soin tend à se banaliser. Le processus de la médicalisation de la difficulté scolaire s'accélère renforçant le secteur Santé et balayant ses craintes identitaires premières.

A partir de la loi 2005 : la phase inclusive



La phase inclusive constitue une nouvelle étape dans le système relationnel des deux institutions. Nous assistons progressivement à un rapprochement institutionnel du secteur Éducation nationale et du secteur Santé qui tendent à se recouvrir d'où une représentation possible au sein d'un même tout. Éducation nationale et Santé tendent à se superposer ou pour le dire autrement l'Éducation nationale tend à devenir un vaste secteur de pédagogie spécialisée assortie d'une médicalisation de la difficulté scolaire. La loi de 2005 a modifié en profondeur le système scolaire et rendu possible cette superposition. La MDPH y occupe une

position centrale dans la mesure où elle favorise les échanges entre le secteur Éducation nationale et le secteur Santé. Un nombre croissant d'élèves bascule dans le champ du handicap pour intégrer l'enseignement spécialisé (CLIS/ULIS) et rejoindre le milieu ordinaire par le biais du dispositif inclusif. Ils bénéficient à ce titre de soins en libéral, par des services spécialisés (CMP, CMPP) ou encore par l'intermédiaire des SESSAD, le passage par le champ du handicap s'accompagnant nécessairement d'une médicalisation. Un nombre très important d'élèves « en situation de handicap » sont accompagnés dans leur scolarisation en milieu ordinaire par un auxiliaire de vie individuel ou mutualisé. Une étroite collaboration est devenue nécessaire entre les spécialistes du soin et les enseignants et se traduit par de nombreux échanges lors d'équipes de suivi de scolarisation ou d'équipes éducatives. De nouveaux postes font leur apparition comme les postes de coordonnateurs dont la mission est d'assurer le lien entre les différentes instances. L'enseignant coordonnateur d'ULIS en est un exemple. Les objectifs gouvernementaux sont clairs : « Nous souhaitons, dans une approche partagée, accentuer le développement de la coopération entre le secteur médico-social et l'Éducation nationale. Ainsi, localement, nous souhaitons qu'en tant que de besoin, l'Éducation nationale puisse s'appuyer sur les compétences professionnelles des acteurs du médico-social pour faciliter la scolarisation et la formation des élèves en situation de handicap. Cette modalité se traduira par la valorisation et le renforcement de la fonction d'appui à l'éducation inclusive portée par les établissements médico-sociaux locaux capables d'aider à la scolarisation et à la formation (en accompagnement direct) et/ou au soutien des professionnels de l'éducation et de la formation » (Conférence nationale du handicap, 2016).

Une telle restructuration a de nombreuses répercussions sur l'ensemble du système et entraîne l'émergence de problématiques identitaires. Échec scolaire et handicap tendant à se confondre, le recours aux professionnels du soin se banalise et vient faire intrusion à l'école. Les enseignants perdent de leur légitimité devant la position d'expertise des soignants. Les services de soin se voient adresser une demande de résolution de l'échec scolaire qui ne correspond pas à leur vocation première. Nous observons un double mouvement : du secteur Santé vers l'Institution Scolaire à travers un processus de médicalisation de la difficulté scolaire et du monde scolaire vers l'univers médical à travers un processus de scolarisation de l'univers du soin (Morel 2014).

CONCLUSION

Quels constats pouvons-nous faire au terme de cette étude doctorale qui avait pour objectif de mettre en évidence et d'analyser les processus à l'œuvre lors de l'orientation d'élèves vers des CLIS 1 renommées en 2015, ULIS école ? Quels enseignements pouvons-nous en tirer ? Quelles réponses ou tentatives de réponse pourraient être apportées aux difficultés voire aux dysfonctionnements institutionnels repérés ?

Il semblerait que la logique à l'œuvre lors de la mise en place des classes de perfectionnement se poursuive. Les CLIS 1 et aujourd'hui les dispositifs ULIS école continuent à assurer une fonction de régulation sociale (Gateaux, 2005), le recours à l'enseignement spécialisé restant socialement différencié (Mormiche & Boissonnat, 2005). Nous avons en effet montré les relations entre inégalités sociales et processus d'orientation sans toutefois remettre en question l'intention politique de lutter contre la filiarisation des élèves et de mettre en place un système éducatif inclusif, plus juste, capable de s'adapter à la diversité des besoins particuliers de chacun. Nous nous sommes efforcée de questionner le cadre, d'éclairer les contradictions entre une volonté inclusive clairement affichée dans les textes et la réalité pratique de terrain bien différente. Le point nodal de ce paradoxe nous a semblé se situer dans la médicalisation de l'échec scolaire qui constitue aujourd'hui un mode d'interprétation et de prise en charge des difficultés rencontrées à l'école (Morel, 2014). La difficulté scolaire est le plus souvent envisagée à travers un modèle médical nécessitant diagnostic d'un trouble suivi d'un traitement. Un certain nombre d'élèves vulnérables issus de milieux socio-culturels défavorisés dont les difficultés ne sont pas assimilables à un handicap avéré voient néanmoins ces dernières inscrites sur le registre du handicap dont les contours flous permettent « d'étendre la catégorie autant que de besoin » (Dubreuil, 2005, p. 80). Leurs difficultés scolaires assimilées à de la déficience légère conduisent à les orienter vers un dispositif spécialisé. La volonté de poser un regard lucide sur notre système éducatif, sur ses ambivalences, de ne pas se bercer d'illusions sur le décalage, parfois, entre une intention, un affichage politique et des pratiques de terrain a sans aucun doute guidé la première partie de notre recherche. Dans un deuxième temps, il nous a été nécessaire de comprendre et pour cela de démêler l'écheveau, entre valeurs, idéaux et réalités des pratiques. La spécificité de notre démarche réside sans doute dans les investigations qualitatives qui ont été menées autour des

procédures d'orientation. Nous avons ouvert la « boîte noire » contenant les éléments décisionnels préexistant à l'orientation de ces élèves vers les ULIS école, nous les avons examinés à travers une approche systémique en nous efforçant de mettre en perspective les angles de vue des différents acteurs, leurs interrelations. Nous avons cherché à comprendre comment ces processus se nouent et se jouent sur le terrain au regard d'un psychologue, par-delà les différents travaux proposés par des historiens, des sociologues ou des chercheurs en Sciences de l'Éducation. A travers une démarche clinique, nous avons essayé de repérer cet espace de tension entre processus psychiques et processus sociaux dépendant d'un faisceau de paramètres tout à la fois individuels et conjoncturels. Deux logiques irréconciliables sont à l'œuvre. La première issue du modèle médical oriente vers un parcours spécialisé, elle se focalise sur le dysfonctionnement, l'écart à la norme, et tend à *pathologiser* les difficultés sociales. La seconde qui correspond à la logique institutionnelle actuelle telle qu'elle apparaît à travers les textes officiels, cherche à effacer les traces que la première a laissées : elle s'efforce d'inclure, d'adapter en proposant une pédagogie différenciée, s'applique à répondre aux besoins éducatifs particuliers d'un public hétérogène et à gérer les écarts à la norme. Ces deux logiques se heurtent à d'autres logiques, plus individuelles, conjoncturelles, locales qui transparaissent à travers les études de cas proposées. Pour chacune de ces situations, la question de la norme scolaire et de l'écart à cette norme constitue l'épine dorsale. Le système dans sa globalité se trouve placé dans une situation paradoxale : comment inclure des élèves en situation de handicap à l'école en évitant cette référence à la norme alors que c'est cette norme même qui les a désignés différents par l'intermédiaire d'un discours médical ? Comment se désaxer d'un rapport à la norme et se situer du côté de la diversité alors que l'importance de la norme est renforcée par le modèle médical ? Comment concilier un système de valeurs sociales en recherche d'un idéal avec un système d'attitudes individuelles pris dans des nécessités de fonctionnement institutionnel ? Il ne s'agit plus de se positionner en faveur ou en défaveur de l'inclusion mais plutôt de rechercher ce qui pourrait contribuer à sa réussite. Cette question de l'éducation inclusive fait aujourd'hui l'objet de nombreuses réflexions (Benoit & Plaisance, 2009 ; Benoit & Barry 2013 ; Benoit, 2014) et notre recherche n'a pas pour vocation de donner un guide de bonnes pratiques. Il nous semble toutefois important de souligner la nécessité de sortir d'une logique de médicalisation de la difficulté scolaire qui place notre système éducatif dans une position paradoxale dans la mesure où elle va à l'encontre des effets recherchés. Un retour vers un questionnement sociétal visant à

comprendre en quoi l'école d'aujourd'hui n'est pas adaptée à des élèves issus de milieux populaires est incontournable. L'institution scolaire a la responsabilité de proposer à chacun le meilleur environnement d'apprentissage possible en resserrant ses objectifs autour d'options plus pédagogiques que médicales, en renforçant actions de prévention et médiations didactiques, en aidant les enseignants à reconstruire leur identité professionnelle par l'intermédiaire de formations. Une approche psychopédagogique de la difficulté scolaire permettrait, en présentant des réponses scolaires adaptées et des aides à l'élaboration de stratégies cognitives, de redonner toute sa place à la situation d'apprentissage et à l'action pédagogique, de proposer une alternative à la médicalisation des situations à travers une réflexion autour de la scolarisation de l'élève. Les réponses actuelles se présentent sous forme de dispositifs dont fait partie l'ULIS école et qui ont pour vocation d'accompagner l'enfant, la perspective n'étant plus celle de l'orientation (Benoit, 2014). Notons toutefois que les RASED fonctionnaient comme des dispositifs d'adaptation dans la mesure où ils permettaient de regrouper de manière temporaire « des élèves en difficulté qui *continuaient* à fréquenter la classe ordinaire dans laquelle ils demeuraient régulièrement inscrits » (Circulaire 90-082 du 9 avril 1990, 2.1, abrogée remplacée par la circulaire n°2002-113 du 30 avril 2002), sans pour autant nécessiter une médicalisation de la situation et un passage par la MDPH.

Outre la prise de conscience du glissement qui s'opère de l'échec scolaire vers le handicap à travers une approche de plus en plus médicalisée des difficultés scolaires aux dépens d'une approche pédagogique et didactique, l'intérêt majeur de cette recherche nous semble à replacer du côté de la pratique, de la clinique du psychologue scolaire. En effet, alors qu'un tout nouveau corps des psychologues de l'Éducation nationale vient d'être créé, une réflexion sur son rôle au sein d'une école inclusive s'impose. Le Journal Officiel du 1er février 2017 et dont l'article 3 entre en vigueur au 1er septembre 2017 rappelle la contribution que doit apporter le psychologue de l'éducation à « la lutte contre les effets des inégalités sociales ». Nous avons mis en évidence dans notre étude les dérives de la médicalisation des difficultés scolaires, la tendance actuelle à prendre appui sur des diagnostics médico-psychologiques à des fins d'orientation vers des dispositifs spécialisés et les risques de relégation sociale que cela entraîne avec l'enfermement dans un rôle social d'élève handicapé (Savournin, 2016). Si en bonne héritière de la tendance sociétale actuelle, l'école est en recherche d'un savoir objectivé qui passe par des bilans chiffrés et une mesure des écarts à la norme, le psychologue de l'Éducation nationale se doit de construire, de faire émerger du sens

à travers une approche globale des situations d'apprentissage et du fonctionnement psychique de l'enfant. Au-delà du seul trouble, du symptôme, dans une approche résolument clinique, il doit être en mesure de prendre en compte les aspects cognitifs, psychoaffectifs, sociaux, environnementaux et pédagogiques afférents à toute situation. Il s'agit de se centrer sur les processus à l'œuvre plutôt que sur la mesure d'un écart à une norme. Seule une approche pluridimensionnelle de la difficulté scolaire avec un recentrage sur un savoir-faire pédagogique nous semble en capacité de relever les défis que représente le développement des pratiques inclusives et de permettre à chacun de s'inscrire dans la communauté scolaire.

Nous nous sommes efforcée, tout au long de cette recherche doctorale, de rendre intelligible le processus d'orientation d'élèves vers des dispositifs ULIS école en nous donnant les moyens de comprendre le système dans sa totalité et de saisir la spécificité de chaque situation singulière inscrite dans un processus collectif. Nous avons néanmoins conscience des limites inhérentes à cette étude réalisée sur un nombre restreint d'élèves scolarisés en ULIS école dans un département donné et dont les résultats ne peuvent être généralisables à l'ensemble de la population des élèves accueillis au sein de tels dispositifs. Par ailleurs, il aurait été intéressant (mais beaucoup plus ambitieux) de comparer les profils des élèves orientés en ULIS école sans handicap avéré avec celui d'élèves maintenus dans le milieu ordinaire avec accompagnement d'un auxiliaire de vie scolaire. Nous avons ouvert une voie en ce sens à travers l'étude du cas d'Alicia scolarisée en classe ordinaire avec AVS après le refus par sa famille d'une orientation en CLIS. Une étude plus systématique de ce type de situation nous aurait permis d'interroger les mobiles à l'origine de ces refus, les représentations de l'ULIS qui leur sont sous-jacentes ainsi que le contexte social et environnemental de l'enfant. Notre pratique professionnelle nous amène en effet à constater que les familles des classes moyennes ou supérieures, cherchant à éviter des « filières » perçues comme réléatoires, mettent plus volontiers en avant des diagnostics médicaux de type « dys » afin d'expliquer les difficultés scolaires rencontrées par leurs enfants.

Etudier les nouvelles modalités et les nouvelles formes que peut prendre la médicalisation de la difficulté scolaire au regard des inégalités sociales pourrait constituer une nouvelle perspective de recherche et contribuer à compléter la construction des connaissances dans ce domaine. Dans le Tarn et Garonne, pour la première fois à la rentrée scolaire 2017/

2018 vont être créés deux nouveaux dispositifs ULIS école, l'un dans le secteur privé et l'autre dans le secteur public, destinés de façon spécifique aux élèves souffrant d'un trouble des apprentissages (TSA). Cette spécialisation des ULIS école nous semble intéressante à plusieurs égards. Un processus de filiarisation des élèves prenant appui sur des diagnostics médicaux pourrait se dessiner au sein même de l'enseignement spécialisé et être analysé à l'éclairage du rapport complexe mettant en relation inégalités sociales et handicap. Il semblerait en effet que malgré le discours dominant et la volonté affichée de mettre un terme à la filiarisation des élèves vers des parcours spécialisés, la logique de sélection et de dualisme éducatif perdure. Qui seront, demain, en Tarn et Garonne les élèves « orientés » vers des ULIS ciblées troubles spécifiques des apprentissages ? Quel sera leur profil cognitif, psychologique, social ? Sera-t-il identique à celui des élèves dirigés vers des ULIS non spécifiées ? La mise en place progressive des dispositifs spécialisés remplaçant les CLIS va-t-elle introduire de nouvelles dynamiques et entraîner des changements en profondeur ou bien verra-t-on se reconstruire, dans la réalité des pratiques, des formes plus douces et plus pernicieuses de relégation sociale ? Il s'agit là, sans aucun doute, d'une question centrale à laquelle nous devons répondre demain si nous souhaitons faire de l'école inclusive l'école du XXI^{ème} siècle.

BIBLIOGRAPHIE

- De Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D. (1989). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris : Masson.
- Albarelo, L. (2011). Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche. Belgique : De boeck. Allen Frances, Allen : *DSM5 in Distress: The DSM's impact on mental health practice and research*, Psychology Today. Retrieved 2013-03-26.
- Armstrong, F. (2006). L'école inclusive : qu'est-ce que c'est et comment la construire ? In R. M. Chevalier (Éd.), *Actes du colloque international sous le thème : Pour une école inclusive...Quelle formation des enseignants ?* (pp. 73-81). Créteil : Services culture éditions ressources pour l'éducation nationale (SCÉRÉN) et centre régional de documentation pédagogique (CRDP) de l'académie de Créteil sous le thème.
- AuCoin, A., & Vienneau, R. (2010). Inclusion scolaire et dénormalisation. In N. Rousseau (Ed.), *La pédagogie de l'inclusion scolaire : pistes d'action pour apprendre tous ensemble* (pp. 63-86). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Beaudou, A. (2006). Apprendre à lire et à écrire au cycle 3 et au collège, à des adolescents du voyage non-lecteurs, *Recherche formation inter académique des CASNAV de Toulouse et de Bordeaux*, 2003-2006.
- Benôit, H., Morisset, H., & Philip, A. (coordonné par) et al. (2005). Handicap, difficultés scolaires et inégalités sociales. *La nouvelle Revue de l'AIS, l'école pour tous* (n° 31).
- Benoit, H. (2014). *Les impasses actuelles du pédagogique et les enjeux de l'accessibilité face au défi éthique de l'inclusion sociale*. Thèse de doctorat préparée au sein de l'école doctorale 5 et de l'unité de recherche CRISES, Spécialité : Sciences de l'éducation et psychanalyse, sous la direction de M. B. Salignon.
- Bergson, B. (1889). *Essai sur les données immédiates de la conscience*. Paris : F. Alcan.
- Berstein, B. (1971). *Langage et classes sociales, codes sociaux-linguistiques et contrôle social*. Paris : Editions de minuit. Traduction 1975.
- Berzin, C., Brisset, C., & Delamezière, C. (2007). Vers une scolarisation réussie des enfants en situation de handicap : bénéfiques et limites. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 39, pp. 101-116.
- Binet Lacabe, Mme Fuster, Kuhn, Granier, Fejard, Roussel, Boitel, Cf Fejard E.T. (1905). *Seconde enquête sur l'observation des enfants, Bull., n° 21*.
- Binet, A., & Simon, Th. (1905). Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'Année Psychologique*, 11, pp. 191-244.
- Binet, A. (1909). *Les idées modernes sur les enfants*. Paris : Flammarion.
- Borch-Jacobsen, M., & Fischman, G. (2005). *Constructivisme et psychanalyse* (débat entre M. Borch-Jacobsen et G. Fischman animé par B. Granger). Paris : Éd. du Cavalier bleu.
- Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (1964). *Les Héritiers. Les étudiants et la culture*. Paris : Editions de Minuit, coll. « Le sens commun ».
- Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (1970). *La reproduction : Éléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris : Editions de Minuit.
- Caglar, H. (1983). *La Psychologie scolaire*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Canguilhem, G. (1968). *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris : Vrin. Éd. 1983.
- Casellas-Ménière, M. F., Mackiewicz, M.P. (coordonné par) et al. (2001). *Praticien et chercheur Parcours dans*

- le champ social*. Paris : L'Harmattan.
- Charlot, M. (1904). Rapport au Ministre de l'Instruction Publique, 30 septembre 1904.
- Charlot, B. (1997). *Du Rapport au savoir. Éléments pour une théorie*. Paris : Anthropos.
- Chevallier, P. (1986), « Les filières scolaires de l'échec », *Revue française de pédagogie*, n° 77, pp. 39-46.
- Cognet, G., & Marty, F. (2013). *Pratique de la psychologie scolaire*. Malakoff : Dunod.
- Cottraux, J. (2001). *Les thérapies cognitives (Comment agir sur nos pensées ?)*. Paris : Retz.
- Delaubier, J. P. (2011). Les classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) en 2010. Rapport n° 2011-104 MEN. Inspection générale de l'Éducation nationale.
- Dubreuil, B., Morisset, H., & Philip, A. (coordonné par) et al. (2005). Handicap, difficultés scolaires et inégalités sociales. *La nouvelle Revue de l'AIS, l'école pour tous*. (n° 31).
- Dorison, C. (2006). Des classes de perfectionnement aux classes d'intégration scolaire. L'évolution de la référence à la catégorie de débilité. *Revue Le français aujourd'hui 2006/1 n° 152*, pp. 51-59.
- Duval Héraudet, J. (2001). *Une difficulté si ordinaire : les écouter pour qu'ils apprennent*. Paris : ECPA, Collection Enfance Plurielle.
- Ebersold, S., & Detraux, J.-J. (2003). « Scolarisation des enfants atteints d'une déficience : configurations idéologiques et enjeux », *Éducation et enseignement spécialisés : ruptures et intégrations*. Bruxelles : De Boeck Supérieur, « Raisons éducatives », pp. 77-92.
- Ebersold, S. (2006). « La nouvelle loi change radicalement la place du handicap pour l'école ». *Reliance (Revue des situations de handicap, de l'éducation et des sociétés)*, Vol. 4 n°2, Toulouse : ERES.
- Ebersold, S. (2009). Autour du mot inclusion, dans *Recherche et formation*, n° 61, INRP, Lyon, pp. 71-83.
- Esquirol J. E. D. - Article "Idiotisme", in *Dictionnaire des sciences médicales* en 60 vol. (1812-1822), sous la dir. de Panckoucke, vol. 23 (HYG - ILÉ), 1818, pp. 507-524 (Consultable sur le site de la BIUSante).
- Esquirol J. E. D. (1838). *Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal*. Réimpression de l'édition de Paris en 1982 à Marseille Laffite, J. 2 vol. in-8, » 714 et 866 p., I atlas, 27 pl. ht.
- Falvey, M. A., & Givner, C. C. (2005). *What is an inclusive school?* In R. A. Villa & J. S. Thousand (Éd.), *Creating an inclusive school* (2e éd. pp. 1-11). Alexandria, VA : Association for supervision and curriculum development.
- Foucaud, T. (2013). Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED). Sénat. N° 737.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie*. Paris : TEL Gallimard (1ere édition 1961).
- Freud, S. (1910). *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*. Paris : Gallimard Foliobilingue. 1991.
- Frاندji, D., & Rochex, J.-Y. (2011). *De la lutte contre les inégalités à l'adaptation aux « besoins spécifiques »* Université Paris VIII – Saint-Denis – ESCOL-CIRCEFT. Éducation & formations n° 80 Daniel ENS de Lyon, IFE, Triangle Jean-Yves.
- Garbo, R., & Albanese, O. (2006). L'intégration des élèves en difficulté et la formation des enseignants de soutien en Italie. In P.-A. Doudin & L. Lafortune (Éd.), *Intervenir auprès d'élèves ayant des besoins particuliers : quelle formation à l'enseignement ?* (pp. 31- 44). Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Gateaux-Mennecier, J. (1989). *Bourneville et l'enfance aliénée*. Paris : Le Centurion.
- Gateaux-Mennecier, J. (2001). *La Débilité légère, une construction idéologique*. Paris : CNRS. 1^{ère} édition 1990.
- Gateaux-Mennecier, J., Morisset, H., & Philip, A. (coordonné par) et al. (2005). Handicap, difficultés scolaires et inégalités sociales. *La nouvelle Revue de l' AIS, l'école pour tous*. (n° 31).
- Gibello, B. (1983). Dysharmonie cognitive, intelligence et psychopathie. Étude différentielle sur une population de 126 cas. *Bulletin de Psychologie*, XXXVI.
- Gibello, B. (2009). *L'enfant à l'intelligence troublée*. Malakoff : Coll. Enfances, Dunod.
- Guidetti, M., & Tourrette, C. (2012). *Handicaps et développement psychologique de l'enfant*. Paris : Armand Colin.
- Gosselin, V., & Askofaré, S. (2009). L'impossible sujet des sciences neuro-cognitives. Éléments pour une recherche. *Cliniques méditerranéennes*, 1/2009 (n° 79), pp. 253-263.
- Gossot, M. (1995). *Les Classes d'intégration scolaire : examen de quelques situations départementales*, Paris, Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Insertion professionnelle.
- Guyoto, P. (2008). *L'enseignant spécialisé*. Lyon : Coll. Pédagogie formation, Chronique Sociale.
- Hick, P., Kershner, R., & Farrell, P. T. (2009). Introduction. In P. Hick, R. Kershner & P.T. Farrell (Éd.), *Psychology for inclusion: New directions in theory and practice* (pp. 1-10). Abingdon: Routledge.
- Hinz, A. & Boban, I. (2009). « Inklusive Pädagogik in der Schule ». *Zeitschrift für Heilpädagogik*, n° 5, pp. 170-179.
- Hugon, M. A., Gateaux-Mennecier, J., & Vial, M. (1984), « Les enfants des classes de perfectionnement (1907-1950) », dans CRESAS, *Intégration ou marginalisation ? Aspects de l'éducation spécialisée*, Paris : INRP-L'Harmattan.
- Huteau, M., & Lautrey, J. (2006). *Les tests d'intelligence*. Paris : Ed. La découverte, Coll. Repères.
- Jumel, B., & Sournin, F. (2009). *L'aide-mémoire du WISC 4*. Paris : Dunod.
- Klein, M. (1976). *Essais de psychanalyse*. Paris : Ed. Payot.
- Kohn, R., Mackiewicz, M.P. (coordonné par). (2001) et al. *Praticien et chercheur Parcours dans le champ social*. Paris : L'Harmattan.
- Lebrun, J.P. (1997). *Un monde sans limite : essai pour une clinique psychanalytique du social*. Toulouse : ERES.
- Le Goff, J-P. (1999). *La barbarie douce*. Paris : La découverte.
- Liberman, R. (1988). *Handicap et maladie mentale*. Paris : PUF.
- Lurçat, L. (1976). *L'échec et le désintérêt scolaire à l'école primaire*. Paris : Cerf.
- Mackiewicz, M.P. (coordonné par) et al. (2001). *Praticien et chercheur Parcours dans le champ social*. Paris : l'Harmattan.
- Mahler, M. (1942). Pseudo-Imbecility, a magic cap of invisibility. *Psychoanalytic Quarterly*. 11, pp. 149-164

- Mannoni, M. (1964). *L'enfant arriéré et sa mère*. Paris : Seuil, réed. 1981, Coll. Points essais.
- Massé, L. (2010). Stratégie d'enseignement pour une classe inclusive. In N. Rousseau (Éd.), *La pédagogie de l'inclusion scolaire, pistes d'action pour apprendre tous ensemble* (pp. 351-379). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Mazeau, M., & Pouhet A. (2014). *Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier/Masson.
- MDPH 82. Rapports d'activité 2012, 2013 et 2014, documents internes consultés.
- MEN. (1909). *Loi du 15 avril 1909 relative à la création de Classes de Perfectionnement annexées aux écoles élémentaires publiques et d'Écoles autonomes de Perfectionnement pour les Enfants arriérés*, J.O.R.F. du Mardi 27 Avril 1909, pp. 4473-4474.
- MEN. (1970). Circulaire n° IV-70-83 du 9 février 1970 : *Prévention des inadaptations Groupes d'aide psychopédagogique Sections et classes d'adaptation*, B.O.E.N. n° 8 du 19 février 1970.
- MEN. (1975). La loi n° 75-534 du 30 juin 1975 : *loi d'orientation en faveur des personnes handicapées*, Journal Officiel du 1er juillet 1975.
- MEN. (1989). La loi n° 89-486 d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989, Journal Officiel du 14 juillet 1989.
- MEN. (1990a). Circulaire n° 90-082 du 9 avril 1990 : *Mise en place et organisation des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté*, B.O.E.N. n° 16 du 19 avril 1990.
- MEN. (1990b). Circulaire n° 90-083 du 10 avril 1990 : *Missions des psychologues scolaires*, B.O.E.N. n° 16 du 19 avril 1990.
- MEN. (1991). Circulaire n° 91-304 du 18 novembre 1991 : *Scolarisation des enfants handicapés à l'école primaire Classes d'intégration scolaire (CLIS)*, B.O.E.N. n° 3 du 16 janvier 1992.
- MEN. (1995). Circulaire n° 95-125 du 17 mai 1995 : *Mise en place de dispositifs permettant des regroupements pédagogiques d'adolescents présentant un handicap mental : les UPI*, B.O.E.N. n° 21 – 25 mai 1995.
- MEN. (2002). Circulaire n° 2002-113 du 30 avril 2002 : *Les dispositifs de l'adaptation et de l'intégration scolaires dans le premier degré*, B.O.E.N. n° 19 du 9 mai 2002.
- MEN. (2004). Circulaire 2004-026 du 10 février 2004 : *Mise en œuvre de la formation professionnelle spécialisée destinée aux enseignants du premier et du second degrés préparant le certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap (CAPA-SH) ou le certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap (2CA-SH)*, B.O.E.N. spécial n°4 du 26 février 2004.
- MEN. (2005). Loi n° 2005-102 du 11 février 2005, *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, J.O. n° 36 du 12 février 2005.
- MEN. (2009). Circulaire n° 2009-087 du 17-7-2009 : *Scolarisation des élèves handicapés à l'école primaire ; actualisation de l'organisation des classes pour l'inclusion scolaire (CLIS)*, B.O.E.N. n° 31 du 27 août 2009.
- MEN. (1963). Décret n° 63-713 du 12 juillet 1963 portant création du certificat d'aptitude à l'éducation des enfants et adolescents déficients ou inadaptés (CAEI), modifié par les décrets n° 65-361 du 6 mai 1965 ; n° 67-400 du 9 mai 1967, n° 83-181 du 10 mars 1983 et n° 84-75 du 27 janvier 1984, abrogé par le décret n° 87-415 du 15 juin 1987.

- MEN. (2009a). Circulaire n° 2009-087 du 17 juillet 2009.
- MEN. (2009b). Circulaire n° 2009-088 du 17 juillet 2009 : *Fonctions des personnels spécialisés des RASED dans le traitement de la difficulté scolaire à l'école primaire*, B.O.E.N. n° 31 du 27 août 2009.
- MEN. (2010). Circulaire 2010-088 du 18 juin 2010 : *Unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis), dispositifs pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le premier et le second degrés*, B.O.E.N. n°28 du 15 juillet 2010.
- MEN. (2014a). Circulaire n°2014-107 du 18 août 2014 : *Fonctionnement des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) et missions des personnels qui y exercent*, B.O.E.N. n° 31 du 28 août 2014.
- MEN. (2014b). Décret n° 2014-1377 du 18 novembre 2014 : *Évaluation des acquis, accompagnement pédagogique des élèves, dispositifs d'aide et redoublement : modification*, B.O.E.N. n° 44 du 27 novembre 2014.
- MEN. (2015a). Circulaire 2015-016 du 22 janvier 2015 sur "le plan d'accompagnement personnalisé", B.O.E.N. n° 5 du 29 janvier 2015.
- MEN. (2015b). Circulaire n° 2015-129 du 21-8-2015 : *Unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis), dispositifs pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le premier et le second degrés*, B.O.E.N n° 31 du 27 août 2015.
- MEN. (2016). Circulaire n° 2016-117 du 8 août 2016 *relative au parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires*, B.O.E.N n°30 du 25 août 2016.
- MEN. (2017). Décret n° 2017-120 du 1er février 2017 portant dispositions statutaires relatives aux psychologues de l'Éducation nationale.
- Menès, M. (2012). *L'enfant et le savoir*. Paris : Seuil.
- Meyer, C. (sous la direction de). (2005). *Le livre noir de la psychanalyse (Vivre, penser et aller mieux sans Freud)*. Paris : Les Arènes.
- Mezeix, P. (1951). « *Classes et écoles de perfectionnement* », dans R. Vettier (dir.), *L'École publique française*, Paris : Éditions Rombaldi.
- Miller, J.A. (2006). *L'anti-livre noir de la psychanalyse collectif*. Paris : Seuil, « Champ freudien ».
- Mirabail, M. (1979). *La débilité mentale de l'enfant*. Toulouse : Privat.
- Mitchell, D. (2005). Introduction. Sixteen propositions on the contexts of inclusive education. In D. Mitchell (Éd.), *Contextualizing inclusive education: Evaluating old and new international perspective* (pp. 1-21). Abingdon: Routledge.
- Misès, R. ; Perron, R., & Salbreux, R. (1994). *Retards et troubles de l'intelligence de l'enfant*. Paris : E.S.F.
- Mitchell, D. (2008). *What really works in special and inclusive education: Using evidence-based teaching strategies?* Abingdon: Routledge.
- Morel, S. (2014). *La médicalisation de l'échec scolaire*. Paris : la dispute, coll. L'enjeu scolaire.
- Mormiche, P., & Boissonnat, V. (2005). Handicaps et inégalités sociales : premiers apports de l'enquête « Handicaps, incapacité, dépendance ». *Revue française des affaires sociales* 2003/1 (n° 1-2).
- Morisset, H., & Philip, A. (coordonné par) et al. (2005). Handicap, difficultés scolaires et inégalités sociales. *La nouvelle Revue de l'AIS, l'école pour tous*. (n° 31).
- Muel, F. (1975). « L'école obligatoire et l'invention de l'école anormale ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 1, pp. 60-74.

- Euvsard, F. (1979). « Démocratisation ou élimination différée ? » *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 30, pp. 87-97.
- Ogbu, J. (1978). *Minority Education and Caste*. New-York et Londres : Academic Press.
- Paré, M. & Trépanier, N. (2010). Individualiser l'enseignement pour les élèves intégrés en classe ordinaire : mieux définir pour mieux intervenir. In N. Rousseau (Éd.), *La pédagogie de l'inclusion scolaire* (2e éd., pp. 287-306). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Paugam, S. (2012). *L'Enquête sociologique*. Paris : PUF.
- Perraudau, M. (2008). *Adaptation et scolarisation des élèves handicapés*. Paris : Nathan.
- Plaisance, E. (2009). *Autrement capables. École, emploi, société : pour l'inclusion des personnes handicapées*. Paris : coll. « Mutations », Autrement.
- Plaisance, E., & Gardou, C. (2001). Situations de handicaps et institution scolaire. *Revue Française de Pédagogie*, n° 134, janvier-février-mars 2001.
- Prost A. (1997). *Éducation, société et politiques : une histoire de l'enseignement en France de 1945 à nos jours*. Paris : Seuil.
- Ravon, B. (2000). *L'« échec scolaire »*. *Histoire d'un problème public*. Préface de Dominique Glasman. Paris : In Press Éditions.
- Roach, V. (2001). Foreword. In C. M., Jorgensen (Éd.), *Restructuring high schools for all students, taking inclusion to the next level* (pp. xv-xx). Baltimore, MD: Brookes.
- Rochex, J.-Y. (2004). *La notion de rapport au savoir : convergences et débats théoriques*. In *Pratiques Psychologiques*, 10, n°4, pp. 93_106
- Rochex, J.-Y. (2010). « Les trois «âges» des politiques d'éducation prioritaire : une convergence européenne ? » In C. Ben Ayed (dir.), *L'école démocratique. Vers un renoncement politique ?* Paris : Armand Colin, pp. 94-108.
- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1971). *Pygmalion à l'école*. Paris : Casterman.
- Rousseau, N. (2006). *Développement d'une pratique pédagogique inclusive par une activité de recherche-action. Projet de recherche-action visant l'expérimentation d'interventions novatrices en collaboration avec le milieu de la recherche* (Mesure 30054) – Bilan de recherche 2005-2006 [Rapport de recherche]. Trois-Rivières: Chaire de recherche Normand- Maurice, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Rousseau, N., & Prud'homme, L. (2010). C'est mon école à moi aussi : dialogue sur les caractéristiques essentielles de l'école inclusive. In N. Rousseau (Éd.), *La pédagogie de l'inclusion scolaire : pistes d'action pour apprendre tous ensemble* (pp. 7-46). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Rousseau, N. Bergeron, G., & Viennau, R. (2013). L'inclusion scolaire pour gérer la diversité : des aspects théoriques aux pratiques dites efficaces. *Revue suisse des sciences de l'éducation*, 35 (1) 2013, 71-90 71, ISSN 1424-3946, Academic Press Fribourg.
- Savournin, F., & Jumel, B. (2009, réed. 2013). *L'aide-mémoire du WISC 4*. Paris : Dunod.
- Savournin, F. (2011). La mesure : un enjeu du métier entre commande sociale et acte du psychologue. *Psychologie & éducation / SCD*, n°84 (mars 2011), pp. 43-53.
- Soliveres, A. (2001), Mackiewicz, M.P. (coordonné par) et al. (2001). *Praticien et chercheur Parcours dans le*

- champ social*. Paris : L'Harmattan.
- Stiker, H.J. (2006). *Corps infirmes et sociétés. Essais d'anthropologie historique*. Paris : Dunod, coll. « Idem ».
- Terrail, J.-P. (2006). « La psychologisation de la difficulté intellectuelle. Un obstacle à la démocratisation scolaire ». *Le Journal des psychologues*, 3/2006 (n° 236), pp. 68-70.
- Tremblay, P. (2012a). *Inclusion scolaire*. Bruxelles : Ed. De Boeck Education.
- Tremblay, P. (2012b). Évaluation comparée de deux dispositifs scolaires destinés à des élèves ayant des troubles d'apprentissage. *Revue française de pédagogie, Recherches en éducation* n° 179, pp. 63-72.
- Vergnaud, G. (2005). « Qu'est-ce qu'apprendre ? », In R.M. Chevalier (Ed) Pour une école inclusive... Quelle formation pour les enseignants ? *Actes du colloque international des 24, 25 et 26 novembre 2005, IUFM de Créteil*.
- Vienneau, R. (2002). Pédagogie de l'inclusion : fondements, définition, défis et perspectives. *Éducation et francophonie*, 30 (2), pp. 257-286.
- Vienneau, R. (2004). « Impacts de l'inclusion scolaire sur l'apprentissage et sur le développement social. Dans N. Rousseau et S. Bélanger (dir.), *La pédagogie de l'inclusion scolaire, Québec*, Presses de l'Université du Québec, pp. 125-152.
- Wallon, H. (1952). Pourquoi des psychologues scolaires ? *Enfance*, Volume 5, n° 5, pp. 373-376.
- Watzlawick, P., Beavin J., & D. Jackson. (1967). *Une logique de la communication*. Norton, trad. Paris : Seuil 1972.
- Wood, P.H.N. (1976). « Classification of impairments and handicaps (CIH) ». Genève WHO/ICD, 9, REV. CONF./75, 15.
- Zazzo, R. (1965). « Les débiles mentaux », *Esprit*, n° spécial « l'Enfance handicapée », pp. 642- 659. 1979.
- Zucman, E. (2009). Les "Besoins éducatifs particuliers" : une clef pour la scolarisation de tous les élèves en difficulté, *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, Hors-Série n°5, p.115-34

SITOGRAPHIE

- ASH 82-GTD- SEH (2014). La scolarisation des élèves handicapés dans le département du Tarn et Garonne État des lieux 2013 – 2014, Perspectives 2014 et 2015. Article en ligne
- Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). (2015). Les MDPH face à de nouveaux enjeux : Synthèse des rapports d'activité 2014 des maisons départementales des personnes handicapées, article publié le 24 novembre 2015 en ligne http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-dt-mdph-2015_web.pdf
- Dorison, C. (2006). Des classes de perfectionnement aux classes d'intégration scolaire. L'évolution de la référence à la catégorie de déficience. *Revue Le français aujourd'hui* 2006/1 n° 152. pp 51-59. Article en ligne sur Cairn.info, DOI : 10.3917/lfa.152.0051.
- Ebersold, S., & Detraux, J.-J. (2003). « Scolarisation des enfants atteints d'une déficience : configurations idéologiques et enjeux », *Éducation et enseignement spécialisés : ruptures et intégrations*. Bruxelles, De Boeck Supérieur, « Raisons éducatives », p. 77-92. Article en ligne <http://www.cairn.info/education-et-enseignement-specialises--9782804144050-page-77.htm> . DOI : 10.3917/dbu.chate.2003.01.0077
- Intégration Scolaire et Partenariat. (2016). Article en ligne <http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/page184.htm>
- Langevin, P. & Wallon, P.-H. (1947) Commission ministérielle d'étude : Projet de réforme de l'enseignement http://www.esen.education.fr/fileadmin/user_upload/Modules/Ressources/Rapports/langevinW.pdf
- Madelin-Mitjavile, C., & Wahl, G. (2010). *Échec scolaire : le "tout pédagogique" est voué à l'échec, Pour une approche ouverte intégrant toutes les complexités pédagogiques, médicales et sociales*. Article en ligne Le Monde.fr /06.10.2010. http://www.lemonde.fr/idees/article/2010/10/06/echec-scolaire-le-tout-pedagogique-est-voue-a-l-echec_1420886_3232.html
- MEN. (2012). *Refondons l'école de la République*. en ligne <http://www.education.gouv.fr/archives/2012/refondonslecole/>
- MEN. Publications annuelles de la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance, Repères Et Références Statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche (DEPP-RERS). Archives en ligne <http://www.education.gouv.fr/cid57096/reperes-et-references-statistiques.html>
- MEN. (2016). Dossier de Presse de la Conférence nationale du handicap 2016. Article en ligne <http://www.education.gouv.fr/cid102157/conference-nationale-du-handicap-2016-un-point-d-etape-positif-pour-l-ecole-inclusive.html>
- Pinell, P., & Zafiropoulos, M. (1978). La médicalisation de l'échec scolaire [De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile]. In: *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 24, novembre 1978. Le déclassé. pp. 23-49. Document en ligne DOI : 10.3406/arss.1978.2614 http://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1978_num_24_1_2614
- Ringard, J.-C. (2000). *A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique*, rapport commandé par le Ministère de l'Éducation Nationale. Rapport en ligne <http://www.education.gouv.fr/cid1944/a-propos-de-l-enfant-dysphasique-et-de-l-enfant-dyslexique.html>
- Rochex, J.-Y. (1995). Le sens de l'expérience scolaire : entre activité et subjectivité. in: *Revue française de pédagogie*, volume 119, 1997. L'éducation préscolaire. pp. 141-146. Article en ligne www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1997_num_119_1_3003_t1_0141_0000_2
- Sanchez, J. (2012). *L'impact de l'évolution conceptuelle du handicap sur les politiques publiques*. en ligne, <http://www.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/wiki/econnaissances/view/Questions-Cles/Limpactdelevolutionconceptuelleduhandicapsurlespolitiquespubliques>

Savournin, F. (2016). *De la difficulté au trouble : vers une médicalisation des difficultés scolaires ?*. Empan, 1/2016 (n° 101), p. 42-46. Article en ligne <http://www.cairn.info/revue-empan-2016-1-page-42.htm>, DOI : 10.3917/empa.101.0042

ANNEXE 1 : Catégories sociales utilisées par le Ministère de l'Éducation nationale

Catégorie favorisée A : professions libérales, cadres de la fonction publique, professeurs et assimilés, professions de l'information, des arts et du spectacle, cadres administratifs et commerciaux d'entreprise, ingénieurs, cadres techniques d'entreprise, instituteurs et assimilés, chefs d'entreprise de dix salariés ou plus.

Catégorie favorisée B : professions intermédiaires de la santé et du travail social, clergé, professions intermédiaires administratives de la fonction publique, professions intermédiaires administratives du commerce ou des entreprises, techniciens, contremaîtres, agents de maîtrise, retraités cadres et professions intermédiaires.

Catégorie moyenne : agriculteurs exploitants, artisans, commerçants et assimilés, employés civils, agents de service de la fonction publique, policiers et militaires, employés administratifs d'entreprise, employés de commerce, personnels de service direct aux particuliers, retraités agriculteurs exploitants, retraités artisans, commerçants ou chefs d'entreprise.

Catégorie défavorisée : ouvriers qualifiés, ouvriers non qualifiés, ouvriers agricoles, retraité employés ou ouvriers, chômeurs n'ayant jamais travaillé, personnes sans activité professionnelle.

ANNEXE 2 : SIGLES

AIS : Adaptation et Intégration Scolaire

ASH : Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés,

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

AVSi : Auxiliaire de Vie scolaire individualisée

AVS-Co : Auxiliaire de Vie scolaire collective (sur les dispositifs ULIS)

AESH : Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap

BEP : Besoins éducatifs particuliers

CAEA : Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des enfants arriérés

CAEI : Certificat d'Aptitudes à l'Éducation des enfants et adolescents déficients ou inadaptés

CAPSAIS : Certificat d'Aptitude aux actions Pédagogiques Spécialisées d'Adaptation et d'Intégration scolaires

CAPA-SH : Certificat d'Aptitude Professionnelle pour les Aides spécialisées et la Scolarisation des élèves en situation de Handicap

CAPPEI : Certificat d'Aptitude Professionnelle aux Pratiques de l'Éducation Inclusive CAMSP : Centre d'Action médico-sociale précoce

CATTP : (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDES : Commission Départementale de l'Éducation Spéciale

CDOEA : Commission Départementale d'Orientation vers les Enseignements Adaptés

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

CIM : Classification Internationale des Maladies

CLIS : Classe d'Intégration Scolaire, puis Classe d'Inclusion scolaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMS : Centre médico-social

CRA : Centre de Ressources Autisme

DEPS : Diplôme d'État de Psychologue Scolaire

EGPA : Enseignement Général et Professionnel Adapté

EREA : Établissement Régional d'Enseignement Adapté

ESS : Équipe de Suivi de Scolarisation

GAPP : Groupes d'Aide Psycho-Pédagogique

GEVA-Sco : Volet scolaire du Guide d'Évaluation et d'aide à la décision pour les MDPH.

IEM : Institut d'Éducation Motrice

IME : Institut Médico-Éducatif (Les IME regroupent les IMP et les IMPro)

IMP : Institut Médico-Pédagogique (de 6 à 14 ans)

IMPro : Institut Médico-Professionnel (de 14 à 20 ans)

ITEP : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique

ITEP Pro : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique Professionnel

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCH : Prestations de Compensation du Handicap

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PAP : Plan d'Accompagnement personnalisé

PAI : Projet d'Accueil individualisé

PPRE : Programme personnalisé de Réussite éducative

PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation

RASED : Réseau d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficulté

RPM : Rééducateur en psychomotricité

RPP : Rééducateur en psychopédagogie

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

SESSAD : Service d'Éducation spéciale et de Soins à Domicile

TCC : Trouble du comportement et de la conduite

TED : Troubles Envahissants du Développement (dont l'autisme)

TFA : Troubles de la Fonction Auditive

TFC : Troubles des Fonctions Cognitives ou mentales

TFM : Troubles des Fonctions Motrices

TMA : Troubles Multiples Associés (pluri-handicap ou maladie invalidante)

TFV : Troubles de la Fonction Visuelle

TSLA : Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages

UE : Unité d'Enseignement rattachée à un établissement spécialisé

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS école, ULIS collège, ULIS lycée)